Jaargang 25
November 2017

tbv 9

Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

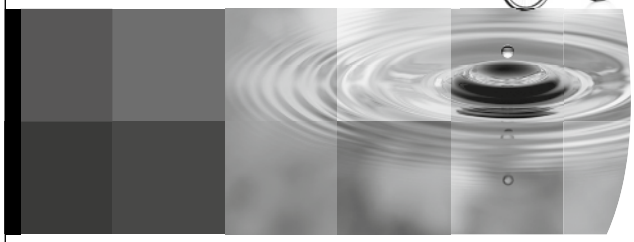
THEMANUMMER

Psychotrauma: meer dan PTSS

www.tbv-online.nl

Stichting tot Bevordering der Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
Bohn Stafleu van Loghum

We teach...



NIEUW

TRIAGE IN DE BEDRIJFSARTS PRAKTIJK
Topclass Arbeid en Gezondheid
10 december 2017, Amsterdam

ACTUALITEITEN MEDISCHE ADVISERING IN HET SOCIAAL DOMEIN
14 december 2017, Zwolle

INTRODUCTIE BOUW
22 januari en 5 februari 2018, Harderwijk

LEREN VAN DE BUREN IN BELGIË
25 en 26 januari 2018, Leuven

GENEESMIDDELEN, RIJVAARDIGHEID EN WERK
12 februari 2018, Zwolle

HOE BENUT JE E-HEALTH IN DE PRAKTIJK
13 februari en 13 maart 2018, Utrecht

UITVOERING SOCIALE ZEKERHEID IN DE PRAKTIJK
5 en 19 maart 2018, Utrecht

GOEDGEKEURD! BASISTRAINING VOOR DE KEURINGSARTS
6, 20 en 27 maart 2018, Hilversum

ENGELS VOOR DE BEDRIJFSARTS
7 en 21 maart 2018, Utrecht

VOORJAARSSCHOOL VOOR BEDRIJFS- EN VERZEKERINGSARTSEN
8 en 9 maart 2018, Otterlo

...en nóg 170 modulen!

Bekijk het volledige bij- en nascholingsaanbod op **www.nspoh.nl.** Of vraag de brochure aan.

NSPOH
we teach health

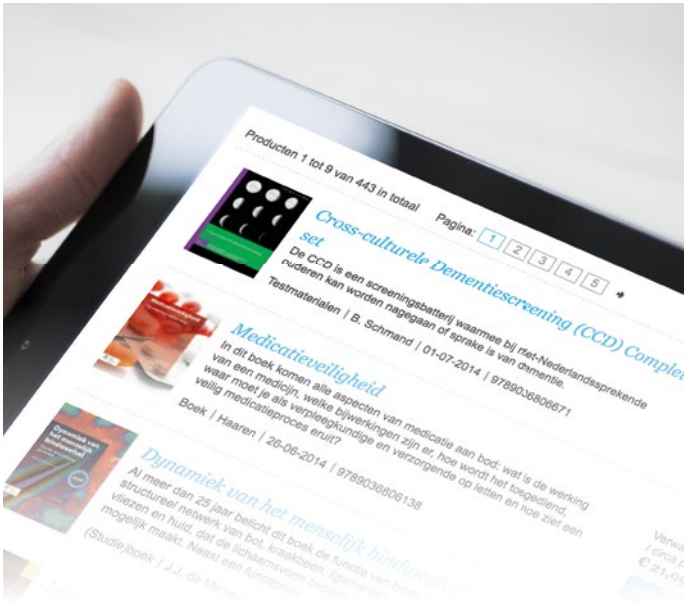
De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.

Bedrijfsarts, voel jij je thuis bij...

- een middelgrote arbodienst met toonaangevende klanten
- een organisatie met korte lijnen en veel persoonlijk contact
- een artsengroep die verbinding hoog in het vaandel heeft staan

...dan is De Arbodienst op zoek naar jou! Bel Judith Pagie op **06 29 499 555** of mail naar **jpagie@de-arbodienst.nl**.

DE ARBODIENST®



Vakinformatie koop je bij de specialist

- **Meer dan 2.000 producten voor professionals en studenten in de zorg**
- **Boeken, tijdschriften, e-books, vragenlijsten, testen, e-learnings, web-tv's en meer**

bohn stafleu van loghum

Ga direct naar www.bsl.nl

Psychotrauma: meer dan PTSS

Wim Otto

Als redactie zijn we er trots op om u ook tegen het eind van dit jaar weer een themanummer te kunnen presenteren. En nog een beetje meer trots dan vorige jaren, want het verschijnt dit keer vlak voor het TBV-congres dat aan hetzelfde thema is gewijd. U kunt zich dus alvast inlezen en misschien alsnog besluiten om naar het congres te gaan – als het tenminste niet is volgeboekt, zoals vorig jaar. Want tijdschrift en congres vullen elkaar aan. Ook als u dit themanummer van A tot Z leest mag u een veelheid aan belangwekkende informatie verwachten tijdens het congres. En andersom geldt hetzelfde: uw kennis over de gevolgen van psychotrauma kunt u na het congres verrijken door de artikelen in TBV tot u te nemen.
Een voorbeeld: de specifieke symptomen en problemen bij vluchtelingen met PTSS komen niet in dit TBV aan bod, maar wel tijdens een van de verdiepingssessies op het congres.
Een onderwerp dat juist in ons blad aan de orde komt is het artikel over huiselijk geweld van Onclin. Bepaald geen 'minor problem' waar de laatste jaren meer aandacht voor is gekomen, omdat het langdurig en op alle levensterreinen doorwerkt, ook op het functioneren in werk.

En zo treft u een breed palet aan thema's aan in deze editie.
PSYTREC gunt u een blik in hun keuken. Dit expertisecentrum is volledig gefocust op complexe PTSS-problematiek en behaalt met Imaginaire Exposure en EMDR prima resultaten.
Speciale aandacht is er in het artikel van De Groene voor PTSS als beroepsziekte. Zij vestigt de aandacht op de (mogelijke) onbedoelde consequenties van de verandering van criteria voor de classificatie van PTSS in de DSM-5. Dat zou kunnen leiden tot nadelige gevolgen voor patiënten ten aanzien van erkenning, behandeling en onderzoek.

Dat niet elk trauma tot PTSS leidt wordt uiteengezet in het artikel van Lenferink over rouw na de vliegramp met de MH17. Van belang voor de juiste behandeling.
Dat het nog complexer kan blijkt uit het artikel van Van Essen: soms is sprake van een combinatie van aandoeningen die ieder op zich een geëigende aanpak vereisen. Het artikel geeft flink wat voorbeelden en een reeks tips voor bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Ik heb zelf de indruk dat na een traumatische ervaring de diagnose PTSS al snel en niet altijd terecht wordt gesteld. Hoe zit dat?
Lankhorst et al. gaan op die vraag in vanuit hun specifieke ervaring met de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van militairen en veteranen. Meer in het algemeen: hoe krijg je zicht op de ernst van het trauma en de mate waarin iemand beperkt is? Een grondige en diepgaande anamnese zijn dan onontbeerlijk, terwijl het PTSS-protocol zorgt voor een betrouwbare en uniforme beoordeling van de ernst van de beperkingen. Misschien kunnen we hier nog wat van leren voor de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetgeving?

Er komen nog andere specifieke doelgroepen aan bod. Gersons vraagt aandacht voor her- en erkenning van de gevolgen van psychotrauma bij politiepersoneel. Herkenning in de zin van gedragsproblemen, die maar al te gemakkelijk voor disfunctioneren worden aangezien. Erkenning door ervoor te zorgen dat getraumatiseerden gehoord worden en op een soepele manier worden gecompenseerd voor de schade die zij hebben opgelopen. Een bijzonder verhaal is dat van het treinstel: Koos en Marrie. Beiden hebben ernstige incidenten meegemaakt, maar zouden desondanks hun loopbaan bij de spoorwegen zo weer overdoen. Uit hun verhaal blijkt dat de spoorwegen hebben geleerd van de incidenten, waardoor er nu een protocol is met veel aandacht voor opvang en nazorg.

Nog meer schakering en verdieping kunt u vinden in een referaat, column en enkele boek- en proefschriftbesprekingen.

Ik sluit af met de twee sprekers die het congres zullen afsluiten: Van der Elst en Van Hoof. Beiden waren betrokken bij de hulp aan slachtoffers van de aanslag op Zaventem én de evaluatie daarvan. In een tweetal interviews delen zij hun ervaringen en de lessen die daaruit kunnen worden geleerd met TBV.

tbv Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

9

Jaargang 25 – November 2017

hoofdredactioneel

Psychotrauma: meer dan PTSS 407

zeepkist

Re-integratie na psychotrauma: kennis, houding en afstemming zijn cruciaal 409

opinie

Woedend waren ze 411
Berthold Gersons

onderzoek in het kort

Rouw na vliegramp MH17 413
Lonneke Lenferink

column

Help! Getraumatiseerde jongeren! 415

voor de praktijk

Een treinstel met psychotrauma's 416
Bas Sorgdrager, Hans Burggraaff

Beroepsgerelateerde traumatische ervaringen: hoe verder op het werk? 419
Jelly van Essen

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychotrauma bij (ex-)militairen 422
Han Lankhorst, Marije Parlevliet, Annette Koop

Een blik in de keuken van PSYTREC 427
Gusta Boland

Huiselijk geweld; een hardnekkige erfenis 430
Sonja Onclin

interview

Frank Van der Elst: 'Het is dansen op een dun koord als je direct na een aanslag een psycholoog op een slachtoffer loslaat' 433
Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans

Elke van Hoof: 'Psychotrauma door terreur is een nieuwe realiteit' 438
Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans

boekbespreking

Trauma en persoonlijkheidsproblematiek 443

referaat

De maatschappelijke impact van posttraumatische stress 444

proefschriftbespreking

Joanne Mouthaan: Injured body, injured soul? 446

Linda de Voogd: Do you remember what you did last summer? 447

voor u gelezen

Praktijkboek psychotrauma 448

beroepsziekten

Een PTSS als beroepsziekte 449
Gerda de Groene

van de verenigingen

NVAB 452

NVVG 453

Re-integratie na psychotrauma: kennis, houding en afstemming zijn cruciaal

Yvonne Menzel

Y. Menzel is traumatherapeut bij Psy-Zo! in Groningen.

Bedrijfsartsen hebben te maken met werknemers die uitvallen na een traumatische ervaring. In een aantal gevallen ontstaat er een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en is traumabehandeling geïndiceerd. In de re-integratie die volgt kunt u een belangrijke bijdrage leveren. Graag deel ik mijn ervaringen met u en beschrijf ik twee typische casussen.

Casus Sandra

Sandra is verpleegkundige. Ze heeft na de geboorte van haar eerste kind haar werk niet meer kunnen hervatten. De bevalling vond zes weken te vroeg plaats via een spoedsectio. Sandra en haar kind zijn allebei in acuut levensgevaar geweest. Ze heeft er PTSS-klachten aan overgehouden en wordt drie maanden na de bevalling verwezen voor traumabehandeling. Sandra staat nog drie maanden op een wachtlijst en kan dan starten met therapie. Inmiddels werkt ze inclusief het zwangerschapsverlof al bijna een jaar niet meer.

De bedrijfsarts is blij dat ze eindelijk therapie krijgt en verzekert haar dat EMDR meestal snel helpt en dat hij verwacht dat ze nu wel snel op zal knappen. Hij vindt dat het tijd is om bij het werk langs te gaan en stelt een wekelijks 'koffiebezoek' voor. Sandra heeft nog forse klachten. Ze slaapt niet goed, is emotioneel labiel, prikkelbaar en kan zich nergens op concentreren. Bovenal voelt ze zich erg onzeker. Sandra heeft altijd met plezier gewerkt en er veel voldoening uit gehaald. Ze hoopt dat de bedrijfsarts gelijk heeft en dat het inderdaad snel goed komt en gaat akkoord met het voorstel.

De behandeling verloopt moeizaam. Sandra is opgegroeid in een gezin waar geen ruimte was om emoties te tonen. Zo heeft ze geleerd dat gevoelens uiten 'lastig' en 'gezeur' is. De bevalling heeft haar een gevoel van falen gegeven. De confrontatie met deze emoties tijdens de therapie, die zij niet kan uiten maar ook niet kan wegdrukken, is heel moeilijk voor haar.

De bezoeken aan het werk vallen helaas erg tegen. De ziekenhuissfeer triggert de traumatische herinneringen aan de bevalling. Sandra voelt zich vreselijk en nutteloos tijdens de bezoeken. Ze bespreekt dit met de bedrijfsarts. Die toont begrip, maar meent dat het een kwestie van wennen is en dat ze nu geen stap terug moet doen in het re-integratieproces. Hij adviseert haar leidinggevende een nuttige invulling te bedenken. Deze stelt voor dat Sandra helpt met het uitzetten van de medicijnen. In zijn ogen is dit een mooi en simpel klusje dat in een uurtje te doen valt. Helaas gaat het helemaal mis. Sandra heeft niet het concentratievermogen voor deze klus. Ze is bang om fouten te maken, voelt veel stress en tijdsdruk. Ze vertrekt helemaal overstuur naar huis met een nog groter gevoel van falen dan zij al had en denkt dat ze er nooit meer bovenop zal komen. Ze laat de bedrijfsarts weten dat ze niet terug wil naar haar werk.

Casus Marc

Marc is een jonge politieagent. Na een nachtdienst rijdt hij op zijn motor naar huis. Hij wordt hinderlijk achtervolgd en lastiggevallen door een auto waarin mannen zitten die het duidelijk leuk vinden hem eens flink de stuipen op het lijf te jagen. Ze gaan voor hem rijden, blokkeren de weg en remmen plotseling. Marc schiet de berm in en gaat onderuit. De mannen stappen uit, komen naar hem toe, beginnen hem uit te schelden en tegen hem aan te schoppen. Marc is doodsbang en heeft overal pijn. Hij wil opstaan en zich verweren, maar dat lukt niet. Als er een andere auto aankomt gaan de mannen er vandoor. Marc belt zijn collega's die snel komen. Helaas weet Marc het nummerbord niet en kan hij geen goede beschrijving geven van de mannen. De collega's helpen Marc naar huis.

Marc gaat de volgende avond weer naar zijn werk. Zijn chef weet wat er gebeurd is en vraagt hoe het met hem gaat. Het gaat helemaal niet goed. Marc heeft niet geslapen; hij dacht er steeds aan hoe machteloos hij daar lag en wat er had kunnen gebeuren als er geen auto was gekomen. Ook voelt hij zich stom omdat hij het nummerbord niet heeft kunnen geven. Hij barst in

huilen uit. Zijn chef stuurt hem naar huis, maant hem voorlopig maar thuis te blijven. Door de bedrijfsarts wordt hij verwezen naar een traumatherapeut waar hij snel terecht kan. Al na een paar sessies heeft Marc geen klachten meer en voelt hij een grote behoefte om zijn werk weer op te pakken. Zijn chef belt hem wekelijks en zegt dat hij maar niet te snel van stapel moet lopen en eerst maar eens moet beginnen met een uurtje administratief werk. Marc is teleurgesteld en voelt zich door zijn chef aan de kant gezet. Hij wil graag terug de straat op, het werk doen waar hij voor opgeleid is. De behandelaar en bedrijfsarts bespreken de situatie en maken samen met Marc een re-integratieplan volgens de principes van geleidelijke exposure. De bedrijfsarts legt het plan uit aan de chef en vraagt om zijn medewerking en ondersteuning. De chef accepteert het, maar tegen Marc maakt hij de opmerking dat hij zijn hart vasthoudt en hoopt dat Marc niet vandaag of morgen weer huilend tegenover hem zit. Deze opmerking treft Marc zeer, hij voelt zich als een watje weggezet. De werkhervatting gaat goed dankzij de steun van de bedrijfsarts. Achteraf zegt Marc dat de toestand rondom de re-integratie meer impact op hem heeft gehad dan het incident zelf.

Kritische succesfactoren

In deze beide gevallen heeft de bedrijfsarts een cruciale rol gespeeld. Maar wat zijn nu de 'kritische succesfactoren' die we uit de casuïstiek kunnen destilleren? Naar mijn mening zijn er drie essentiële factoren: kennis, houding en afstemming.

Op het gebied van kennis kunnen we constateren dat de bedrijfsarts van Sandra handelt op grond van aannamen die niet kloppen (EMDR werkt altijd snel), te snel de re-integratie inzet (Sandra heeft nog volop PTSS-klachten) en dit met een methode doet die niet passend is (een tijdcontingente opbouw is ondersteunend bij een burn-out, niet bij een PTSS).

De houding van Sandra's bedrijfsarts is vrij stellend en bepalend. Bij PTSS is er vaak sprake van sterke gevoelens van machteloosheid. Tijdens het herstelproces is het van groot belang dat de cliënt een gevoel van controle terugkrijgt. Een te bezorgde, betuttelende houding of juist een te stellige, bepalende houding gaat hieraan voorbij en kan hard aankomen, als zout in een open wond. Deze gevoeligheid en het effect van een goed bedoelde, maar niet op de cliënt aansluitende houding worden vaak onderschat bij een psychotrauma.

De bedrijfsarts stemt niet af met haar behandelaar en laat het aan de leidinggevende over om passende werkzaamheden te kiezen. In de afstemming en communicatie tussen cliënt, werkgever en behandelaar heeft de bedrijfsarts een unieke taak en positie. Alleen de bedrijfsarts mag medische informatie ontvangen en de werkgever adviseren ten behoeve van het herstel van de cliënt. Wanneer deze rol onvoldoende of onjuist wordt ingevuld is dit niet alleen jammer, maar kan dit het herstelproces ook schaden.

De moraal van mijn verhaal: met de juiste kennis, houding en afstemming kunt u als bedrijfsarts een belangrijke bijdrage leveren aan de re-integratie van een cliënt na psychotrauma. Ik wens u hiermee veel succes en voldoening.

Woedend waren ze

Berthold Gersons

Onlangs was ik uitgenodigd voor een bijeenkomst van politiemensen met PTSS en hun partners. Twee case-managers PTSS van de eenheid Amsterdam hadden die georganiseerd. Ik was blij met de uitnodiging. In 1980 had ik vanuit mijn werk als psychiater bij de GG&GD voor het eerst kennis gemaakt met politiemensen met PTSS na schietincidenten. 1980 was ook het jaar waarin de diagnose PTSS voor het eerst het licht zag in de DSM-III, de diagnostiekbijbel van de American Psychiatric Association. Een paar politiemensen hadden mij destijds opgezocht omdat ze boos en verongelijkt waren. Ze hadden schietincidenten overleefd, die destijds zeldzaam waren in Amsterdam. Een jaar later ontvingen ze van hun chef tot hun verbijstering een negatieve beoordeling. Hoe konden 'helden' zo worden behandeld en weggezet? Niemand bij de politie had er een goede verklaring voor. Ze vroegen mij of ik met hen wou praten. In het gesprek bleek mij dat ze voortdurend op scherp waren blijven staan sinds het schietincident. Ze sliepen slecht en ze hadden last gekregen van een 'kort lontje'. Dat hield in dat ze snel boos werden en dat ze tamelijk agressief konden reageren op het 'publiek'. Zo kwamen er klachten over hun gedrag bij hun chefs terecht. En dat was de reden voor de negatieve beoordeling.

Samen met de latere hoofdcommissaris van politie Jelle Kuiper heb ik destijds het eerste zelfhulpteam van de Nederlandse politie opgericht. Doel was dat degenen die schietincidenten hadden meegemaakt andere collega's die daarmee geconfronteerd werden zouden bijstaan, zowel praktisch als emotioneel. Nu zijn collegiale opvangteams bij de politie niet meer weg te denken.

Dit alles heeft geleid tot uitvoerig onderzoek naar PTSS en trauma bij de politie en tot het ontwikkelen van een effectieve behandelmethode voor PTSS. Die behandeling, de beknopte eclectische psychotherapie voor PTSS (BEPP), wordt sinds 1996 toegepast vanuit de politiepoli. Eerst bij het AMC en nu al weer heel wat jaren vanuit het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC) van Arq. Zo'n 2500 politiemensen zijn daar inmiddels gediagnosticeerd. Uit een onderzoek uit 2013 bleek 95% van degenen die behandeld waren met BEPP geen PTSS meer te hebben. Bij een deel van hen bestonden nog wel restklachten, zoals concentratiestoornissen.

In 2012 heb ik op verzoek van minister Opstelten en de Nationale Politie de 'Blauwdruk mentale zorg politie' ontworpen. Hierin spelen de bedrijfsarts en ook de verzekeringsarts een belangrijke rol. Ik kom daar nog op terug.

Terug naar de bijeenkomst, waarop zo'n tachtig politiemensen met PTSS en partners waren gekomen. Een lid van de eenheidsleiding (zoals de vroegere corpsleiding nu genoemd wordt) heette iedereen welkom. Maar het ging gauw mis. Ze vertelde dat ze al 41 jaar bij de politie werkzaam was en dat ze graag in gesprek wilde komen met de politiemensen die tijdens hun werk PTSS hadden opgelopen. Na zo'n 10 minuten begon er iemand te schreeuwen dat hij het niet geloofde. Er werd nooit naar hem geluisterd en hij wachtte al zo lang op bericht. Al snel volgden anderen, die even woedend frustraties uitten en vervolgens met veel lawaai de zaal verlieten. Aan mij de taak om na een pauze iedereen weer te kalmeren en te spreken over hun verdriet, woede en frustratie. Dat lukte goed. Niet voor niets heb ik in al die jaren wel zo'n 1000 politiemensen gezien vanwege hun traumatische ervaringen.

De woede komt niet alleen voort vanuit de diagnose PTSS. Deze versterkt het wel. Maar ze heeft nog meer te maken met het gevoel dat de politie, of de 'baas', zoals ze die graag noemen, hen in de steek heeft gelaten. Dat geldt zowel voor de directe opvang als voor het feit dat ze na ingrijpende gebeurtenissen meteen weer de straat op moeten. Of voor het gegeven dat medische kosten of kosten om kleding te laten repareren niet of pas heel laat vergoed worden. Erger is het als er na een redelijk succesvolle behandeling geen plaats meer is om terug te keren op de werkplek. Ook dat ze voor instanties, het

B. Gersons, emeritus-hoogleraar psychiatrie Academisch Medisch Centrum Amsterdam.
Correspondentieadres:
b.p.gersons@amc.nl

Aandachtspunten

- Het ontbreken van continuïteit binnen de arbozorg leidt tot ergernis bij politiepersoneel.
- Erkenning voor in en door de dienst opgelopen psychotrauma is onvoldoende geïntegreerd met de zorg voor de agent.

maatschappelijk werk of bedrijfs- of verzekeringsartsen eindeloos moeten herhalen wat hen overkomen is, draagt aan de frustratie bij.

De woede had bij velen ook te maken met de bedrijfsartsen van of voor de politie. Soms waren er in één jaar weer nieuwe arbodiensten gecontracteerd en werden net bekende artsen al weer vervangen door anderen. En iedere keer weer moesten ze hun verhaal opnieuw doen. Bovendien vertelden ze dat de bedrijfsartsen er weinig verstand van hadden. Die klacht werd ook geuit ten aanzien van verzekeringsartsen.

Natuurlijk doen bedrijfsartsen het beslist niet altijd slecht bij de politie. Maar een belangrijke aanbeveling in de Blauwdruk uit 2013 is te zorgen voor continuïteit, zodat bedrijfsartsen zich net als vroeger thuis gaan voelen bij de politie en snappen wat politiemensen allemaal moeten verstouwen. De andere aanbeveling betreft gerichte bijscholing voor bedrijfsartsen die met de politie moeten werken. Het zou ook goed zijn als er geregeld casussen besproken zouden worden met een psychiater of psycholoog met kennis van PTSS en de politie. Consultatie noemden we dat vroeger. Ook verzekeringsartsen zouden daar gebruik van kunnen maken. Misschien dat de woede dan eindelijk wat kan wegebben, deze mensen en hun partners zich echt gehoord voelen en er praktische oplossingen bedacht en gevonden worden.

Bert Cornelius fecit

Rouw na vliegramp MH17

Lonneke Lenferink

Roman Boed (Bron: Flickr)

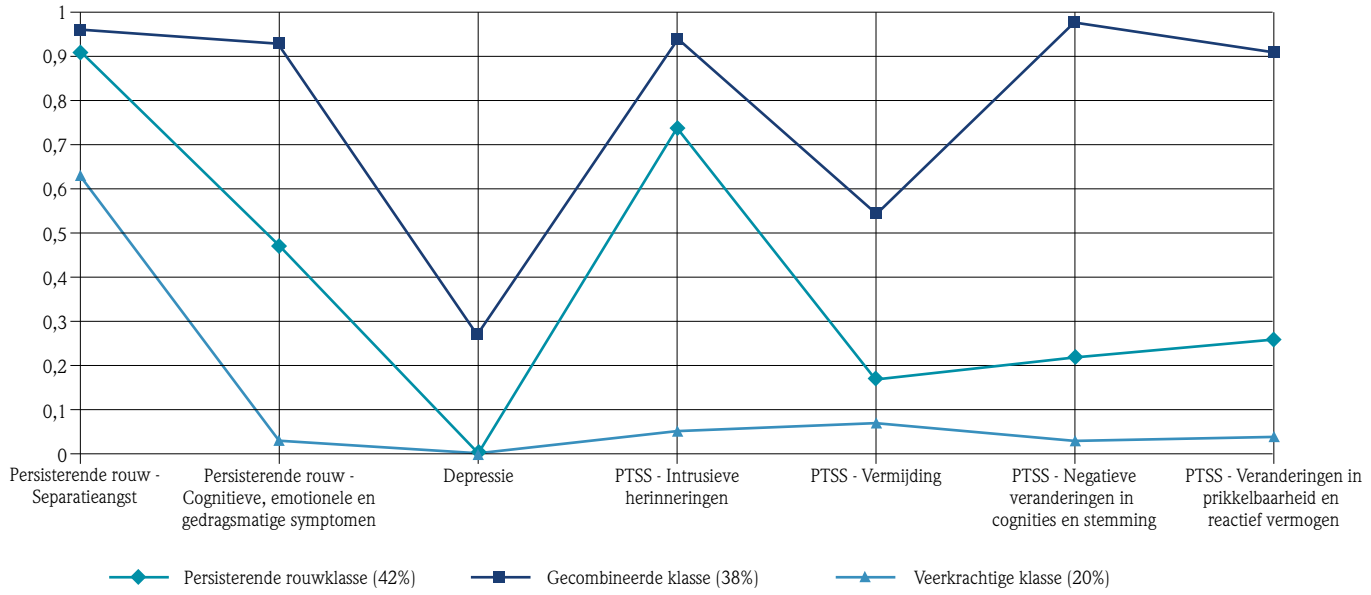
Op 17 juli 2014 werden honderden Nederlanders geconfronteerd met het verlies van een of meer dierbaren nadat vlucht MH17 was neergestort in Oekraïne. Na een traumatisch verlies (bijvoorbeeld een moord of ramp) is sprake van een verhoogd risico op aanhoudende intense rouwklachten die een belemmering vormen in het functioneren, ook wel 'persisterende rouwstoornis'* genoemd. Uit dit onderzoek blijkt dat verschijnselen van deze rouwstoornis verschillen van die van een depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS). De rouwstoornis vraagt om een gerichte psychologische behandeling.

Oorspronkelijke publicatie: Lenferink LIM, De Keijser J, Smid G, Djelantik AAAMJ, Boelen PA. Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: latent class analysis. Eur J Psychotraumatol 2017;8(1):1298311, DOI: 10.1080/20008198.2017.1298311.

L.I.M. Lenferink, onderzoeker Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Utrecht.
Correspondentieadres:
l.i.m.lenferink@rug.nl

Dit onderzoek was gericht op de identificatie van subgroepen op basis van de aanwezigheid van symptoomclusters van persisterende rouw, depressie en posttraumatische stress bij MH17-nabestaanden. Hierbij werd gebruikgemaakt van latente klasseanalyse, waarbij aan de hand van geobserveerde indicatoren (in dit geval symptoomclusters), niet-geobserveerde klassen (subgroepen) worden geschat. Sommige nabestaanden hebben meerdere dierbaren verloren, moesten langer op identificatie van hun dierbare(n) wachten en hebben hun dierbare(n) meerdere keren begraven, omdat de lichaamsdelen op verschillende tijdsmomenten zijn gevonden. Deze factoren kunnen bijdragen aan een gevoel van onwerkelijkheid van het verlies. Een dergelijk gevoel kan herstel in de weg staan, omdat het interfereert met een adequate integratie van de onomkeerbaarheid van het verlies in het autobiografisch geheugen. Dit kan leiden tot continuering van het gevoel overvallen te worden door rouwgevoelens na confrontatie met rouwgerelateerde stimuli. De verwachting was dat bovenstaande factoren kenmerkend waren voor nabestaanden in klassen die gekenmerkt werden

Figuur 1
Percentages van aanwezigheid van symptoomclusters per klasse



door aanwezigheid van persisterende rouwsymptomen of een combinatie van persisterende rouw, depressie en posttraumatische stresssymptomen in vergelijking met een veerkrachtige klasse (gekenmerkt door weinig symptomen).

Methode

Circa een jaar na de vliegramp hebben 167 nabestaanden vragenlijsten ingevuld waarmee symptoomclusters van de persisterende rouwstoornis (2 clusters), depressie (1 cluster) en posttraumatische stress (4 clusters) werden gemeten. De zeven symptoomclusters werden als binaire indicatoren gebruikt in een latente klasseanalyse. Op grond van statistische criteria werd het aantal klassen gekozen. Vervolgens werden associaties tussen klasselidmaatschap en de factoren onderzocht met regressieanalyses.

Resultaten

Het model met de beste 'statistische fit' bestond uit drie klassen. Twintig procent van de nabestaanden werd toegewezen aan de veerkrachtige klasse, 42% aan de rouwklasse (gekenmerkt door aanwezigheid van persisterende rouwsymptomen) en 38% aan de gecombineerde klasse (gekenmerkt door aanwezigheid van persisterende rouw, depressie en posttraumatische stresssymptomen). In Figuur 1 worden per klasse de percentages van aanwezigheid van symptoomclusters aangegeven. Vergeleken met de veerkrachtige klasse rapporteerden nabestaanden in de rouwklasse en gecombineerde klasse significant sterkere gevoelens van onwerkelijkheid. Geen van de overige factoren verschilden tussen de klassen.

Conclusie

Onze resultaten ondersteunen eerdere onderzoeken die uitwijzen dat persisterende rouwklachten verschillen van depressieve en posttraumatische stressklachten. Een hogere mate van ervaren onwerkelijkheid van het verlies onderscheidde nabestaanden met een veerkrachtige reactie van nabestaanden met psychische klachten, maar niet de rouwklasse van de gecombineerde klasse. Dat wijst er mogelijk op dat het gevoel van onwerkelijkheid vooral gerelateerd is aan rouwsymptomen. Het is van belang om te benadrukken dat nabestaanden die zijn toegewezen tot klassen gekenmerkt door psychische klachten niet allemaal voldoen aan de diagnostische criteria van de stoornissen.

Implicaties voor de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen

Nabestaanden die behoefte hebben aan hulp en 'enkel' persisterende rouwklachten ervaren zijn mogelijk het meest gebaat bij cognitieve gedragstherapie, terwijl eclectische rouwtherapie mogelijk het meest geschikt is voor nabestaanden met comorbide klachtenpatronen.

* Vrije vertaling van *prolonged grief disorder*. In sectie III van het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5) ook wel aangeduid als 'persisterende complexe rouwstoornis'

Help!
Getraumatiseerde jongeren!

Catherine Sorgdrager

Catherine Sorgdrager is trainer bij Trainplein.

Uit mijn praktijk als dramatherapeut:

Ze zit met een pluchen dekentje op haar uitklapbare slaapbank. Ze staart uit het raam waar langzaam regendruppeltjes afdruipen. Ik klop op de deur en vraag haar of ze mee komt eten met de groep. Ze heeft geen honger. Zo'n vier lege zakken chips, een bus Pringles en een lege doos appelkruimeltaart liggen verspreid over de vloer van de kleine kamer. Het ruikt er muf. Haar gezicht is grauw, haar polsen zitten onder de korsten en littekens.

Zeventien jaar is ze. Zij is meerdere jaren misbruikt door haar eigen vader. Met een moeder die van de situatie wist, maar niks deed.

Ze loopt vanaf de bushalte naar me toe. Het eerste wat me opvalt is dat ze nauwelijks tanden in haar mond heeft en dat ze loopt alsof ze meerdere knie- en heupoperaties heeft gehad. Ik steek mijn hand uit om me voor te stellen. Ze negeert mijn hand en zegt agressief: 'Dus jij gaat mij nu proberen te begeleiden? Mijn vader heeft mijn moeder veertien keer met een mes gestoken. Vind je dat eng? Ik niet. Mijn moeder leeft nog. Ze is een hoer. Ze is hartstikke dom. Ze zeggen dat ik ook heel dom ben.'

Zeventien jaar is ze. Zij is gevlucht voor geweld, vermink-ing, afpersing en misbruik. Gevlucht, samen met haar gehandicapte moeder, vanuit Oost-Europa naar een dorpje in Friesland. Hier zou ze veilig zijn en haar leven verder kunnen leven. Niks was daarvan waar. Ook hier leefde ze met (psychisch) geweld en werd ze misbruikt.

Deze meiden willen gezien worden. Begrepen worden. Ze schreeuwen om aandacht en hulp maar weten niet meer hoe en vinden zichzelf het ook niet meer waard om geholpen te worden, want in hun ogen mislukt toch alles. Hopelijk blijft er goede begeleiding voor zo'n meisje. Een docent op school, een familielid, een vriendin. Iemand aan wie ze alles eerlijk durft te vertellen en iemand die haar handvatten kan bieden om zich verder te ontwikkelen en verder te leven, met het trauma veilig weggeborgen op de achtergrond. Het sluiten van vriendschappen is complex. Het blijkt dat deze jongeren zich aangetrokken voelen tot andere beschadigde en zelfdestructieve jongeren. Zo vormen ze samen een blok tegen de rest van de maatschappij.

De zelfwaardering bij deze meiden is ver te zoeken. Ze eten zich de godganse dag vol, verzorgen zich niet goed, doen aan zelfmutilatie en kunnen hun grenzen niet aangeven in contact met andere mensen. Social media als Facebook, Tinder en Whatsapp zijn middelen waarmee ze in contact komen met anderen. Dit contact is vaak intimiderend en grensoverschrijdend. Meiden met een trauma zijn onbewust heel erg bezig met datgene zoeken wat voor hen vertrouwd of 'normaal' wordt gevonden. Deze zoektocht loopt vaak uit op (meer) vernedering, misbruik, bedreiging of geweld en haalt ze vervolgens nog verder naar beneden. 'Zie je wel, de wereld is verschrikkelijk. Ik ben niks waard. Waarom leef ik? Ik haat mezelf. Ik haat alles en iedereen.' De jongeren functioneren slecht op school (als ze al naar school gaan), op hun werk (als ze al een baantje hebben) en in het contact met anderen (als ze al contact met anderen hebben).

Ik vond het lastig om dagelijks alleen maar ellende te zien, waarbij het af en toe zelfs onveilig voelde. Zo heb ik een tijdje gewerkt met getraumatiseerde jongeren. Tijdig ben ik tot het inzicht gekomen dat dit werk niet gezond voor mij is. Voordat ik er slecht van ging slapen heb ik ontslag genomen en ben mijn eigen trainingsbureau begonnen. Nu zie ik aan het eind van de dag lachende gezichten.

Een treinstel met psychotrauma's

Bas Sorgdrager, Hans Burggraaff

Koos en Marrie zijn in februari van dit jaar met pensioen gegaan na een werkleven bij de spoorwegen. Ze hebben elkaar op het werk leren kennen en na een schuchtere vraag van Koos of Marrie met hem uit wilde gaan, zijn ze als eerste treinstel bij de NS bij elkaar gebleven. Ze hebben twee kinderen gekregen van wie één het spoorgen tot uiting heeft laten komen als conductrice. Ze kijken trots terug op hun loopbaan. We zijn in contact gekomen met Koos en Marrie vanwege hun ervaring met incidenten tijdens het werk – Koos heeft bijvoorbeeld drie aanrijdingen als machinist meegemaakt – en vertellen aan ons hoe ze er mee zijn omgegaan.

Koos kon als jongeman bij de spoorwegen aan de slag, als conducteur en als machinist. Hij is om praktische redenen gestart als conducteur en later machinist geworden. Zijn motto als machinist: 'Op tijd zijn en zorgen dat de koffie van de passagier niet knoeit'. Zijn vrouw Marrie heeft verschillende functies gehad bij de NS, de laatste jaren als teammanager voor zo'n dertig machinisten. Ze hebben samen heel wat schokkende gebeurtenissen meegemaakt, maar de incidenten op verschillende manieren verwerkt. Marrie is bijvoorbeeld als loketmedewerker overvallen en ernstig bedreigd, en later als machinist betrokken bij een zelfdoding, een aanrijding met een persoon genoemd. Het heeft bij haar niet geleid tot een psychotrauma. Koos heeft nog heftiger verhalen met leerpunten voor de opvang en begeleiding. Deze presenteren we hier.

Steun

Als jonge conducteur is Koos een half jaar arbeidsongeschikt geweest wegens oogletsel tijdens een dienst als conducteur. Een van de oproerkraaiers met wie hij in een worsteling betrokken was geraakt had hem met een vinger in zijn oog gestoken. Daarnaast moest hij enige optaters in het gelaat incasseren. De conductrice van dienst wist wie de oproerkraaiers waren, zij vertelde dit wel aan Koos, maar niet aan de politie omdat zij bang was voor represaillemaatregelen van de groep. Deze wetenschap heeft zijn herstel en zijn rechtvaardigheidsgevoel geen goed gedaan. Gedurende die maanden van arbeidsongeschiktheid heeft zich niemand vanuit het werk bekommerd om het welbevinden van Koos. De eerste ervaring van Koos dat steun vanuit het werk belangrijk is bij re-integratie. Het ontbreken van steun vanuit het werk heeft Koos toen erg gevoeld.

Technische communicatie

Koos had geleerd hoe hij bij incidenten moest handelen. Bij zijn eerste aanrijding met een persoon heeft hij de verplichte handelingen verricht. De omroepinstallatie weigerde echter dienst. Bij de tweede aanrijding deed de alarmknop het niet. De alarmknop dient 3 seconden te worden ingedrukt om contact met de treindienstleiding van Prorail te krijgen. Een frustrerende extra belasting in een toch al moeilijke situatie – het voelde als in de steek gelaten worden. Een adequaat functionerende techniek bevordert het vertrouwen.

Schuldvraag

Bij de tweede aanrijding was de confrontatie met de KLPD (Korps landelijke politiediensten) traumatisch. Koos had tijdens de ondervraging het gevoel dat de agenten, die hun werk ook volgens protocol deden, hem als schuldige aanwezen. Zoals Marrie aanvult: 'De aanrijding wordt jou aangedaan en kan elke machinist overkomen.' Jaarlijks zijn er ongeveer tweehonderd aanrijdingen met een persoon. De kans dat een machinist (er werken er zo'n 4000 bij de NS) een aanrijding meemaakt in zijn beroepsleven is dan reëel. Marrie doet als teammanager de formele afhandeling; teammanagers hebben een oproepdienst. Ze worden gebeld en dan rijden ze zelf naar de plek van het incident. Dat is soms nogal gecompliceerd als de plek moeilijk bereikbaar is.

Emotie

Koos kan nog steeds emotioneel worden als hij een aantal incidenten in detail beschrijft. De herinnering aan

Dr. B. Sorgdrager is bedrijfsarts polikliniek Mens en Arbeid, Beroepsziektespecialist Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.
H. Burggraaff is bedrijfsarts en medisch adviseur bij NS.
Correspondentieadres:
b.sorgdrager@amc.uva.nl

Als medewerker van de NS kun je te maken krijgen met schokkende gebeurtenissen op de trein of het station. Je kunt denken aan ernstige agressie, een aanrijding of een overval. De NS probeert te voorkomen dat je in zo'n situatie terechtkomt. Helaas lukt dit niet altijd. De NS gelooft daarom in goede ondersteuning vlak na het moment, maar ook zeker langer daarna. De NS hanteert een protocol bij incidenten. De handelwijze heeft zich ontwikkeld van 'niet zeuren' naar het geven van veel aandacht aan opvang en nazorg.

Tips voor het verwerken van een schokkende gebeurtenis

- Gun jezelf rust en ontspanning.
- Ga als het even kan weer aan de slag met je normale werk. Het biedt je de gelegenheid om met collega's te praten over wat je hebt meegemaakt.
- Vermijd vervelende discussies over de gebeurtenis.
- Ga stapsgewijs de confrontatie aan met de gebeurtenis.
- Doe je niet sterker voor dan hoe je je voelt.
- Accepteer dat herstel tijd en energie kost.
- Betrek mensen die belangrijk voor je zijn bij je proces en vraag hen of zij klachten bij je herkennen.
- Gebruik zo min mogelijk slaap- of kalmeringsmiddelen.

Verwerkingstest

De eerste periode na het meemaken van een schokkende gebeurtenis is voor bijna iedereen heftig. Begrip, steun en erkenning van mensen uit je omgeving helpen je om hier doorheen te komen. Daarna moeten (stress)klachten geleidelijk afnemen. Maar soms is dat anders. Je blijft prikkelbaar, houdt last van slaapproblemen of bent angstig. De NS helpt je graag met professionele ondersteuning. Om te kijken of jij wat extra hulp kunt gebruiken maak je binnen twee weken na de gebeurtenis de verwerkingstest. De test kun je vinden op ns.hskacuut.nl/verwerkingstest/ of via INSITE. Je vult de test in op je smartphone, tablet of computer. Dit kan samen met je leidinggevende, maar je kunt de test ook thuis maken, bijvoorbeeld samen met je partner. Uit je antwoorden op enkele vragen blijkt of je een posttraumatische aandoening dreigt te ontwikkelen. De uitkomst is direct beschikbaar in de vorm van een stoplichtkleur.

- Groen: je kunt goed omgaan met de gebeurtenis. De verwachting is dat je de gebeurtenis op een natuurlijke manier zult verwerken. Je kunt samen met je leidinggevende het nazorgtraject afsluiten.
- Oranje: de impact van de gebeurtenis is stevig. Om mogelijk blijvende klachten te voorkomen neemt de hulpverlener contact met je op. Telefonisch bespreken jullie je situatie en of verdere begeleiding noodzakelijk is.
- Rood: de impact van gebeurtenis is groot. Er is een serieus risico op blijvende klachten. Daarom neemt de hulpverlener contact met je op en bespreekt telefonisch het beste vervolgtraject voor jou. De keuze is aan jou of je jouw uitkomst bespreekt met je leidinggevende.

Wie gaat mij ondersteunen?

Bij aanhoudende psychische klachten na een schokkende gebeurtenis is het verstandig aan de bel te trekken. De NS werkt samen met ervaren, gespecialiseerde en erkende hulpverleners. Zij maken gebruik van effectieve behandelmethoden om de klachten aan te pakken. Behandelingen vinden plaats in heel Nederland. Er is dus vaak een behandelaar bij jou in de buurt. Het gaat meestal om een van de volgende behandelingen:

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- imaginaire exposure;
- cognitieve therapie;
- schrijfopdrachten;
- oefenen in beangstigende situaties.

Eerste opvang

Na een ernstig incident kun je daarvan flink ondersteboven raken. Je wilt dat er dan iemand voor je is. Voor deze momenten heeft de NS de 'wachtdienst'. Gedurende jouw gehele dienst zijn leidinggevenden ingeroosterd om je op te vangen. Dit kan jouw eigen leidinggevende zijn, maar de kans is groter dat dit niet het geval is. Na de melding van het voorval komt de wachtdienst in principe naar je toe. Je spreekt af waar je elkaar ontmoet; ter plekke of op de dichtstbijzijnde standplaats. Bij de eerste opvang kun je als je dat wilt je verhaal doen. De 'wachtdienst' helpt je bij het mogelijke papierwerk en zorgt er vooral voor dat je veilig thuiskomt. Als jij dat wilt, regelt de wachtdienst je vervoer naar huis. Zo snel mogelijk na de gebeurtenis neemt jouw eigen leidinggevende contact met je op en bespreek je hoe jullie contact gaan hebben en waar je behoefte aan hebt.

Veelvoorkomende klachten

De onderstaande klachten komen voor nadat mensen een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt en zijn een normale reactie op een niet normale gebeurtenis. Soms herken of ervaar je zelf de klachten niet of minder, maar je partner of anderen in je omgeving wel. Praat er daarom eens over.

- Herbeleven: je beleeft de gebeurtenis opnieuw als in een levensechte film, compleet met gedachten en gevoelens van het oorspronkelijke moment. Dit komt ook voor in de vorm van nachtmerries. Door wat je is overkomen herken je je eerder in schokkende gebeurtenissen die anderen meemaken en kunnen je eigen emoties daardoor plotseling oplaaien. Berichten en beelden van schokkende gebeurtenissen emotioneren je nu, terwijl je daar voor de nare ervaring geen last van had. In je hoofd ben je veel bezig met wat er is gebeurd. Gedachten als: 'hoe heeft het kunnen gebeuren?', 'waarom is het juist mij overkomen?', 'had ik het kunnen voorkomen?' Gedachten die gepaard kunnen gaan met onterechte schuldgevoelens.
- Verhoogde waakzaamheid: je bent waakzamer en schrikachtiger dan normaal. Je hebt het gevoel alsof je constant 'paraat' bent voor nieuw gevaar en je schrikt van harde of plotselinge geluiden. Heb je te maken gehad met een overval, bedreiging of mishandeling, dan kun je schrikken van luid geschreeuw. Heb je een ongeval, overval of aanrijding meegemaakt, dan kun je schrikken van onverwachte zaken langs het spoor en op het station.

een dodelijk ongeval waarbij naasten van het slachtoffer heftig geëmotioneerd raakten heeft een enorme impact. 'De schreeuw van de moeder van het jonge slachtoffer ging me door merg en been.' Ondersteuning voor Koos is het gevoel van vertrouwen en de ervaren steun van de teammanager, maar vooral van zijn vrouw Marrie. Zij had een dubbelrol: die van partner, maar ook als ervaringsdeskundige.

De aanpak

De eerste behoeften bij een schokkende gebeurtenis zijn 'Bad, Brood en Bed', met als doel het ontladen van de emotie. De teammanager kan de formele afhandeling doen richting autoriteiten. Zo kan de machinist uit de wind gehouden worden. Vervolgens kan de teammanager het verloop volgen, maar het invullen van de vragenlijst (zie het kader) levert het signaal op of de verwerking vordert of stagneert. De betrokkene ziet dit aan de kleur van het stoplicht: geel en rood is actie. Bij Koos lichtte de ingevulde vragenlijst rood op na de tweede aanrijding. Hij heeft als een 'zombie' wekenlang in huis rondgelopen. Een behandeling met intensieve EMDR volgde. Het duurde acht maanden voordat hij het werk weer kon hervatten. Daarbij was de steun van Marrie essentieel. Zij motiveerde en stimuleerde hem om de draad weer op te pakken. Zelf wilde hij er ook bovenop komen.
Terugkeer op het werk hangt ook samen met de gemoedstoestand. Koos was na de eerste dodelijke aanrijding na twee dagen weer aan het werk. Hij had de eerste dagen iemand mee ter ondersteuning en om in de gaten te houden hoe Koos functioneerde. Koos heeft dat als zeer ondersteunend ervaren.
Sommige machinisten vinden de vragenlijst getuigen van bemoeizucht, maar Koos beschouwt het als een test om je te helpen. Hij benadrukt dat de rol van teammanager cruciaal is. Hij/zij kan ook gedrag waarnemen, zoals sneller geïrriteerd zijn, en zo extra aandacht geven door bijvoorbeeld vaker mee te rijden. Een opeenstapeling van incidenten laat de emmer vollopen en dat moet in de gaten gehouden worden. Op de vraag of extra kwetsbaarheid moet leiden tot strengere selectie antwoorden zowel Marrie als Koos negatief. Ondersteunen, vertrouwen geven en in de gaten houden is beter! En ten slotte, hun loopbaan overziend, op de vraag of ze het zo over zouden doen antwoorden beiden met een volmondig ja. 'We hebben een prachtig beroep gehad en zijn er trots op.'

Hoe gaat het nu?

Het gaat goed met Koos en Marrie. Koos werd wel emotioneel tijdens het vertellen over de incidenten. Lichamelijk merkt hij dat doordat zijn tinnitusklachten toenemen; het suizen giert dan in zijn hoofd. In rust en tijdens ontspannende bezigheden vallen deze klachten mee. Het stel is vrolijk en blij met de vrijheid van het pensioen. Ze hebben voldoende pensioen opgebouwd om reizen te kunnen maken. Marrie laat een miniatuurlocomotief zien: 'Koos gaat aan de slag met een modelspoorbaan.'

Beroepsgerelateerde traumatische ervaringen: hoe verder op het werk?

Jelly van Essen

Een aantal mensen krijgt bij de uitoefening van hun functie te maken met zowel rampen, geweld, levensbedreigende of andere schokkende ervaringen, als een voortdurend hoog niveau van stress. Schokkende ervaringen kunnen leiden tot traumagerelateerde verschijnselen, zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Chronische stress kan leiden tot spanningsklachten of burn-out.

Beroepsgerelateerde traumatisering

Deze beroepsgebonden psychische problemen komen vooral voor bij geüniformeerde beroepen, zoals politie, brandweer, ambulance- en beveiligingspersoneel. En bij mensen die beroepsmatig werken in oorlogs- of conflictgebieden, zoals soldaten en veteranen, hulpverleners van ngo's en journalisten. Bij al deze beroepen is het juist de combinatie van schokkende ervaringen en chronische stress, en de specifieke context van het werk, die een groot appel doet op veerkracht en psychische weerbaarheid, en het vermogen om op natuurlijke wijze te herstellen van deze ervaringen.

Een arts is door een VN-organisatie uitgezonden naar een Afrikaans land met een chronische en gewelddadige burgeroorlog, waar hij verantwoordelijk was voor een groot aantal stafleden, die zelf ook slachtoffer waren van de oorlog in hun land. Door zijn verantwoordelijke positie werd hij bedreigd door de verschillende partijen in het conflict. De bedreigingen werden langzaam serieuzer en na een poging tot ontvoering die ternauwernood goed afliep ontwikkelde hij plotseling ernstige klachten. Hij sliep niet meer, was voortdurend angstig, had nachtmerries waar hij transpirerend uit wakker schrok en had steeds meer moeite om zich op het werk te concentreren. Hij kon steeds minder goed functioneren als leidinggevende, waarna hij door zijn organisatie uit het veld werd gehaald.

Beroepsgerelateerde psychische klachten

Een zekere mate van stress is nodig om goed te kunnen functioneren. Chronische stress hoeft niet direct tot klachten te leiden, mits het stresssysteem regelmatig tot rust kan komen. Als dit niet gebeurt raakt het systeem overbelast en volgen lichamelijke en psychische ontregeling. Ook schokkende gebeurtenissen leiden niet altijd tot traumatisering. Het kortdurend hebben van slaapproblemen en nachtmerries, gevoelens van spanning en angst vallen meestal binnen de norm van normale reacties op abnormale ervaringen. Alleen wanneer de gebeurtenissen als levensbedreigend zijn ervaren en zoveel doodsangst hebben opgeroepen dat het angstsysteem overprikkeld is, kunnen psychische klachten langdurig aanwezig blijven en tot een PTSS leiden. Wanneer klachten de eerste maand alleen maar toenemen of na een maand nog even sterk aanwezig zijn is het verstandig deze te monitoren en te kijken of aanvullend advies dan wel behandeling nodig is. In de DSM-5 is een van de criteria voor PTSS dat klachten langer dan één maand aanwezig zijn. Eventueel kan een screeningsinstrument voor PTSS worden gebruikt, bijvoorbeeld de HTQ.

Een politieagent heeft drie weken geleden een schietincident meegemaakt, waarbij hij licht gewond raakte en zelf het wapen heeft moeten gebruiken. Er waren geen andere gewonden. Hij had gedurende twee weken slaapproblemen en nachtmerries, was angstig, geprikkeld en onrustig. Door concentratieproblemen kon hij niet werken. Door begeleiding op het werk, rust te nemen, afleiding te zoeken, gezond te leven en veel te praten met collega's en familie namen de klachten geleidelijk af en kon hij na vier weken starten met werkhervatting. Er was geen ggz-behandeling nodig.

PTSS

PTSS als psychiatrische stoornis volgens de DSM-5 bestaat uit de combinatie van het meemaken van een levensbedreigende gebeurtenis (of getuige daarvan zijn), traumatische nachtmerries of herbelevingen, het vermijden van prikkels die geassocieerd worden met de gebeurtenis, negatieve veranderingen in cognitie en stemming, zoals amnesie of somberheid, en arousal-klachten, zoals concentratieproblemen, schrikreacties of woedeaanvallen.

Naast PTSS kunnen er andere psychische problemen optreden na een traumatische ervaring, in het bijzonder angst- en stemmingsstoornissen, en middelenmisbruik. Ook kunnen

J.J. van Essen, arts, psychotherapeut Stichting Centrum '45, polikliniek beroepsgebonden problematiek.
Correspondentieadres:
j.v.essen@centrum45.nl

gezinsleden lijden onder de prikkelbaarheid of spanningen van de betrokkene; vaak geven partner of kinderen aan dat ze voortdurend rekening moeten houden met hun man of vader, dat ze hem niet meer herkennen en zelf ook klachten ontwikkelen als gevolg van zijn prikkelbaarheid of woede-aanvallen. Gesteld kan worden dat traumatisering van één gezinslid altijd gevolgen heeft voor andere gezinsleden en dus aandacht moet krijgen bij de begeleiding.

Toen de arts door zijn VN-organisatie naar Nederland was gebracht bleek hij een PTSS te hebben en was hij ernstig ontregeld. Hij sliep onrustig, schrok steeds wakker door nachtmerries over de ontvoering, was voortdurend gespannen, alert, waakzaam, dacht soms op straat zijn kidnappers te zien en voelde overal gevaar. Hij viel uit tegen partner en familie, voelde zich daar schuldig over en herkende zichzelf niet meer in de man die hij was geworden. Hij had het gevoel nooit meer de oude te zullen worden. Hij kreeg een EMDR-behandeling voor zijn PTSS en heeft na zes maanden zijn werkzaamheden in Nederland voorzichtig weer hervat. Hij wilde niet meer terug naar Afrika.

Chronische stress

Psychische klachten door chronische stress en burn-out betreffen bijvoorbeeld moeheid, spanningsklachten, slaapproblemen, concentratieproblemen, piekeren, angstklachten, somberheid, niet meer effectief kunnen werken, het gevoel te falen op het werk en problemen met familie of vrienden. Er is dus overlap met traumagerelateerde klachten, waarbij het vaak niet goed mogelijk is te onderscheiden of de klachten het gevolg zijn van traumatisering of dat er sprake is van chronische stress of beide. Bij Centrum '45 worden patiënten aangemeld wegens het meemaken van schokkende gebeurtenissen op het werk tegen een achtergrond van langdurige en dagelijkse stress, en zien we meestal gecombineerde klachten. Dit heeft consequenties voor de behandeling, die zich richt op zowel de chronische stress en traumatisering, als op de re-integratie op het werk, waar nodig aangevuld met gezinsinterventies.

Stabilisatie

Bij chronische stress staat herstel van de ontregeling van het stresssysteem centraal. Vaak zijn emoties langdurig weggedrukt, die nu ongecontroleerd naar boven komen. In deze fase is behandeling gericht op stabilisatie door enerzijds symptoomreductie, anderzijds versterken van de veerkracht. Belangrijke elementen daarbij zijn de psycho-educatie over het stresshormoonsysteem en de bijbehorende lichamelijke en mentale klachten; het bewust worden van de gevolgen van spanning in het lichaam door middel van registratie van triggers en spanningsniveau; het tot rust brengen van het stresssysteem door een gezonde leefstijl met voldoende slaap, goed eten, regelmaat en afzien van alcohol; het verminderen van stress door lichamelijk en mentaal inspannende en ontspannende activiteiten. E-health-modules en -applicaties kunnen dit proces goed ondersteunen. En ten slotte kunnen deze maatregelen pas effectief zijn wanneer er voldoende steun beschikbaar is vanuit gezin, werk en sociaal netwerk, om de patiënt te motiveren door te gaan en om terugval te helpen hanteren.

Traumabehandeling

Bij traumatisering worden eerdere schokkende gebeurtenissen voortdurend ervaren en herbeleefd in het hier en nu, met de bijbehorende arousal en heftige emoties. Gedurende de traumabehandeling is het belangrijk ruimte en tijd te krijgen om naar de traumatische ervaringen te kijken en daar goed afstand van te kunnen nemen teneinde de gebeurtenissen en daarmee samenhangende emoties te kunnen verwerken en er nieuwe betekenissen aan te geven. Dit betekent dat werknemers gedurende de behandeling de confrontatie met het werk vaak willen en moeten vermijden. Ook de eigen kwetsbaarheid moet onder ogen worden gezien, en het gevoel dat ze door hun ziek zijn gefaald hebben in het werk. De meest gebruikte traumabehandelingen bij Centrum '45 zijn EMDR, NET, BEPP en TF-CGT*. Bij complexere klachten en ook bij de combinatie van burn-out en traumatisering kan een traumabehandeling gecombineerd worden met medicatie, lichaamsgerichte therapie, mindfulness, gezinsbehandeling of e-health.

Een journaliste was voor een internationale radiozender al drie jaar werkzaam in Syrië en omstreken. Het was risicovol werk, met een voortdurende dreiging van aanslagen, oorlogsgeweld of ontvoering. In de loop der tijd begon ze zich steeds meer gespannen te voelen, sliep slechter en leefde ongezonder omdat ze de spanning probeerde te verminderen met alcohol en een druk leven. Nadat ze ternauwernood was ontkomen aan een aanslag die rechtstreeks op haar gericht was, ontwikkelde ze paniekaanvallen en flashbacks, waarbij de angsten zo opliepen dat ze na een korte vakantie niet meer terug durfde te keren naar Syrië. Ze wordt aangemeld met een ernstige burn-out en PTSS. Ze wordt behandeld met EMDR gericht op de aanslag, die haar het meest geraakt heeft. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan vermindering van spanningen en lichamelijke klachten, een gezondere leefwijze en versterken van vaardigheden om met spanning en werkdruk om te gaan. Zij heeft na één jaar haar werkzaamheden hervat, maar heeft nog geruime tijd nodig om met de spanningen inherent aan haar werk om te kunnen gaan.

Betrekken gezinssysteem

Partner en kinderen spelen een belangrijke rol bij zowel de stabilisering, de traumabehandeling als de re-integratie van patiënten. Partner en kinderen hebben last van de burn-out of PTSS van de patiënt en kunnen psycho-educatie krijgen over aard en ontstaan van de klachten en de behandeling. Vooral uitleg over alertheid, prikkelbaarheid en het daardoor verminderd beschikbaar zijn als partner en vader kan gezinsleden helpen meer rekening met de patiënt te houden. Ook de uitleg dat een kort lontje

niet gericht is op gezinsleden, noch dat zij er schuld aan hebben, kan voor kinderen belangrijk zijn.
Bij verdergaande invloed van klachten op de partnerrelatie of ouder-kindrelatie kan een aanvullend behandeltraject worden overwogen. Bij Centrum '45 bestaat de mogelijkheid voor familiedagen, partnerrelatietherapie, ouder-kindbehandelingen en meergezinsgroepen (*multifamily* therapie) voor het behandelen van de gevolgen van traumatisering op gezinnen.
Een veteraan die gediend heeft in voormalig Joegoslavië heeft een ernstige PTSS met prikkelbaarheid, impulsdoorbraken met agressief gedrag en flashbacks. Hij heeft veel moeite om te erkennen dat hij niet goed functioneert, in het leger stond stoerheid voorop. Zijn kinderen merken dat hun gespeel en lawaai hem in hoge mate ergeren en denken dat zij zelf de reden van zijn boosheid zijn. Tijdens een gezinsgesprek krijgen de kinderen uitleg over de PTSS-reacties van hun vader en worden er afspraken gemaakt om zowel vader te ontlasten door hem minder aan prikkels bloot te stellen, als ruimte te zoeken voor de kinderen om te spelen en lawaai te maken wanneer zij dat nodig hebben.

Re-integratie op het werk

Na het meemaken van traumatische ervaringen binnen de werksetting is terugkeer naar het werk een grote uitdaging, die veel aandacht behoeft. Het is een fase die wordt gekenmerkt door angst voor herhaling van traumatische ervaringen, terugval en terugvalpreventie.
Bij een bezoek aan het werk of de bedrijfsarts nemen de klachten vaak weer toe door de angst dat zich opnieuw nare gebeurtenissen voor zullen doen. Deze angst voor herhaling is een symptoom passend bij traumatisering; de eerdere ervaringen hebben geleid tot verlies van controle over het eigen functioneren zonder dat iemand hen beschermd heeft. Dit kan zich herhalen en patiënten tijdens de re-integratie angstig maken en het gevoel geven terug bij af te zijn. Meegaan met deze angst kan de vermijding echter ook versterken, dus een geleidelijke confrontatie is belangrijk. Voor de bedrijfsarts is het daarom in deze fase zinvol om contact met de behandelaar te houden, om te weten waar de patiënt zich in het proces van traumabehandeling bevindt. Preventie van terugval betekent veel psycho-educatie geven over het ontstaan en verloop van stressklachten en PTSS. De werknemer gaat oefenen met het gereguleerd toelaten van stress, het opbouwen van spanning en het toenemend confronteren met gebeurtenissen die op een eerder moment traumatisch zijn geweest. Belangrijk is dat zowel werknemer als werkgever de geleidelijkheid van dit proces begrijpen en accepteren dat het een weg van vallen en opstaan is. Samenwerking tussen behandelaar, bedrijfsarts en werkgever kan dit proces ondersteunen.
Een politieagent heeft tijdens zijn langdurige dienstverband tientallen gewelddadige incidenten meegemaakt. Daarnaast heeft hij gedurende vele jaren last van klachten door chronische stress. Na een reorganisatie op het bureau voelt hij zich minder gewaardeerd in zijn werk. Als er een ernstig ongeval plaatsvindt, waarbij een jong meisje met dezelfde leeftijd als zijn kleindochter om het leven komt, ontwikkelt hij een PTSS gecombineerd met chronische stressklachten en problemen met zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen. Na twee jaar behandeling probeert hij terug te keren op het werk. Dit vereist een voortdurend oefenen met oplopende spanning en confrontaties met situaties die weer angst oproepen. Door goede samenwerking met werkgever en bedrijfsarts leidt dit proces van vallen en opstaan tot gedeeltelijke terugkeer op het werk, in een andere functie.

Conclusies en tips voor bedrijfs- en verzekeringsartsen

- Wanneer na een schokkende gebeurtenis klachten langer dan een maand bestaan of blijven toenemen is het zinvol om verder onderzoek te doen om een PTSS uit te sluiten.
- Langdurig bestaande klachten door chronische stress kunnen gecompliceerd worden door psychische klachten na schokkende ervaringen. Voor beide zijn aandacht en behandeling nodig.
- Traumatisering van een gezinslid heeft altijd gevolgen voor andere gezinsleden; geef bij uitval van een werknemer ook uitleg en aandacht aan diens gezin.
- E-health-applicaties en -modules kunnen het omgaan met chronische stress goed ondersteunen.
- Tijdens de traumabehandeling is het belangrijk dat een werknemer volledig afstand kan nemen van het werk, ter ondersteuning van de verwerking.
- Terugkeer naar het werk betekent een hernieuwde confrontatie met gebeurtenissen die op een eerder moment traumatisch zijn geweest. Het helpt een werknemer als hij tijd en ruimte krijgt om te oefenen met een geleidelijke confrontatie.
- Voor een bedrijfsarts is het belangrijk te weten waar een patiënt zich bevindt in het proces van traumabehandeling, om zo de re-integratie op het werk goed te kunnen timen.
- Bij terugvalpreventie spelen gezin, sociaal netwerk en werk een belangrijke rol in het accepteren van terugval en motiveren van de patiënt om door te gaan.
- Samenwerking tussen bedrijfsarts, leidinggevende en behandelaar komt het proces van verwerken van traumatische ervaringen en re-integratie op het werk altijd ten goede.

** De afkortingen staan voor Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), Narratieve Exposure Therapie (NET), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) en Traumafocused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT). Zie voor verdere informatie de websites www.emdr.nl en www.traumabehandeling.net.*

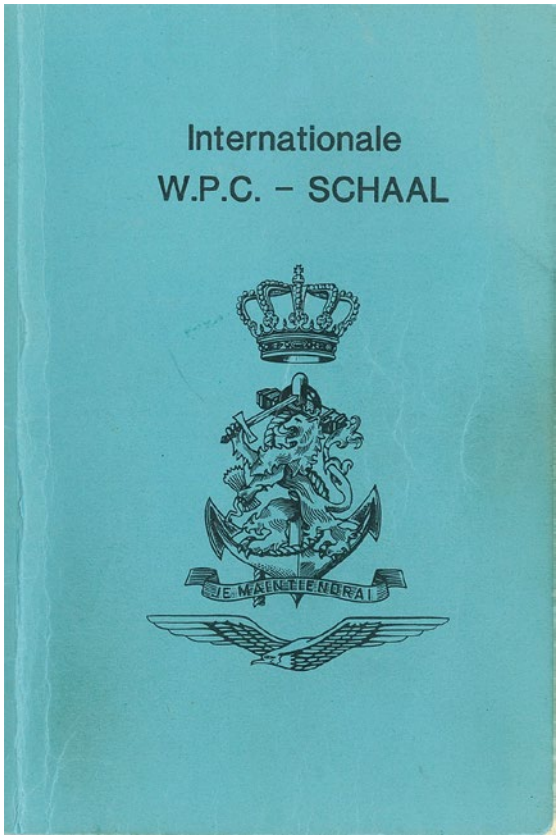
Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychotrauma bij (ex-)militairen

Han Lankhorst, Marije Parlevliet, Annette Koop

Er zijn circa twintig verzekeringsartsen werkzaam bij of voor het ministerie van Defensie. De werkzaamheden van deze artsen zijn toegespitst op de specifieke populatie van (ex-)militairen. Zo dient na zes maanden ziekte de dienstgeschiktheid van de militair te worden vastgesteld, met andere woorden: er dient te worden beoordeeld of de militair nog in staat is het vak van militair in de volle breedte te vervullen. Een militair heeft recht op een militair invaliditeitspensioen (MIP) als hij blijvend letsel oploopt casu quo invalide raakt tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst tijdens een uitzending of een langdurige oefening. Er dient voor toekenning van een MIP een medisch causaal verband te bestaan tussen aandoening en werk. Ook het vaststellen van de medische causaliteit en het bijbehorende percentage militaire invaliditeit is een taak van de verzekeringsarts.

Militair, PTSS, Dienstverband, Causaliteit

De verzekeringsarts bij Defensie krijgt veel gevallen van PTSS ter beoordeling aangeboden.[1] Deze PTSS is veelal ontstaan als gevolg van psychotrauma's die zijn opgelopen in uitzendgebieden als Libanon, Bosnië, Afghanistan, Irak, enzovoort. Het barema waarmee in geval van fysieke letsels het percentage invaliditeit wordt vastgesteld – De War Pension Committee scale – is gebaseerd op een NAVO-verdrag uit 1949, door Nederland ondertekend in 1953. De door Defensie gehanteerde definitie van het begrip invaliditeit ten tijde van de totstandkoming van de WPC luidde als volgt: 'een vermindering van de anatomische integriteit of functionele capaciteit'. Het ging dus om het missen of niet meer kunnen gebruiken van een lichaamsdeel. Sinds het eind van de jaren zestig werd invaliditeit door de CRvB[2] gedefinieerd als 'de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen welke de belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt'. Hier wordt gedoeld op activiteiten in het dagelijks leven, met andere woorden ADL en BDL (bezigheden in het dagelijks leven). Het invaliditeitspensioen werd gezien als periodiek smartengeld; voor de eventuele inkomstenderving was er de WAO en tegenwoordig de WIA.



De WPC-schaal

Het PTSS-protocol, in gebruik bij de verzekeringsarts van Defensie

De War Pension Committee scale geeft geen richtlijnen voor psychische invaliditeit, bijvoorbeeld in het geval van angststoornissen, zoals blijkt uit onderstaande tekst uit de WPC.

Psychoneurosen, neurosen

Deze groep omvat de angstreacties, obsessies, phobieën, neurastenie, hysterie en mengvormen, waarvan de terminologie wisselt in de verschillende betrokken landen.

Mr. J.H.G. Lankhorst, verzekeringsarts, RGA, kolonel-arts, Commandant van het Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen van het ministerie van Defensie.
M.S. Parlevliet, verzekeringsarts, luitenant-kolonel-arts, werkzaam bij het Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen van het ministerie van Defensie.
A.M. Koop, verzekeringsarts, werkzaam bij het Bureau Sociaal Medisch Onderzoek, Bijzondere Regelingen Defensie van het ABP.
Correspondentieadres:
ms.parlevliet@mindef.nl

Het is niet mogelijk of raadzaam gebleken een schaal op te maken waarnaar de invaliditeit vastgesteld kan worden. Ieder geval is met zijn individuele factoren als afzonderlijk probleem te beschouwen en moet daarnaar beoordeeld worden.

Ook de vorige AMA-guides, de vijfde editie, gaven geen duidelijke handvatten voor het vaststellen van percentages blijvende invaliditeit bij psychische aandoeningen. Daarom is sinds 2004 gewerkt aan de totstandkoming van een protocol om deze percentages vast te stellen.[3] In 2008 werd het PTSS-protocol ingevoerd. In tegenstelling tot hetgeen de naam aangeeft, wordt het protocol bij alle dienstgerelateerde psychische aandoeningen gebruikt. Het protocol is met behulp van externe deskundigen tot stand gekomen.[4]

In 2011 heeft onderzoek plaatsgevonden naar de betrouwbaarheid van het protocol. Daaruit kwam naar voren dat de interdokterbetrouwbaarheid goed is en de intradokterbetrouwbaarheid goed tot zeer goed.[5]

Na het verschijnen van de zesde editie van de AMA-guides in 2009, waarin een duidelijke methodiek staat beschreven voor het toekennen van het percentage invaliditeit in geval van psychische schade, heeft een onderzoek plaatsgevonden naar de correlatie tussen percentages invaliditeit, berekend op basis van de AMA-guides en het PTSS-protocol. Het bleek dat er een goede correlatie bestond tussen beide methodieken, waarbij grofweg het PTSS-protocol een tweemaal zo hoog percentage invaliditeit toekende als de AMA-guides zesde editie. Daarnaast bleek dat de uitkomst van het schattingsinstrument bij de beoordeling van de ernst van beperkingen bij psychische aandoeningen onafhankelijk was van de – getrainde – verzekeringsarts.[6]

Het PTSS-protocol bevat, evenals de vijfde editie van de AMA-guides, vier rubrieken, te weten activiteiten van het dagelijks leven, sociaal functioneren, adaptatie aan stressvolle gebeurtenissen en de rubriek concentratie, doorzettingsvermogen en tempo. Deze rubrieken zijn onderverdeeld in 10 subrubrieken. Zo is de rubriek activiteiten van het dagelijks leven onderverdeeld in de subrubrieken persoonlijke hygiëne en zelfzorg, mobiliteit, slapen en seksuele functie. Iedere subrubriek is onderverdeeld in zes klassen, variërend van 0 (geen beperkingen) tot 5 (extreme beperkingen). Iedere rubriek telt even zwaar en iedere subrubriek telt binnen de rubriek even zwaar, uiteindelijk kan hypothetisch 100% worden gescoord.

In tabel 2 (zie volgende pagina) wordt voor subrubriek 2 (mobiliteit) de indeling per klasse weergegeven.

Eind 2016 hebben onderzoekers van Toegepast Gezondheid Onderzoek, afdeling Gezondheidswetenschappen van het UMCG, een evaluatie van het protocol uitgevoerd naar aanleiding van gebruikerservaringen die zijn opgedaan sinds de invoering van het protocol.[7] Met de implementatie van de aanbevelingen uit het rapport moet nog een aanvang genomen worden en daarom wordt in dit artikel nog uitgegaan van de oude versie van het protocol.

Tabel 1

De vier rubrieken en tien subrubrieken van het PTSS-protocol

Activiteiten van het dagelijkse leven		
	Subrubriek 1	Persoonlijke hygiëne, zelfzorg
	Subrubriek 2	Mobiliteit
	Subrubriek 3	Slapen
	Subrubriek 4	Seksuele functie
Sociaal functioneren		
	Subrubriek 5	Basale communicatie
	Subrubriek 6	Sociale activiteiten
	Subrubriek 7	Communicatieve emotionele vaardigheden
Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo		
	Subrubriek 8	Structuur aanbrengen
	Subrubriek 9	Huishoudelijke activiteiten
Adaptatie stressvolle gebeurtenissen		
	Subrubriek 10	Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

Een casus uit de praktijk

Het betreft een Afghanistanveteraan, een dertiger. Hij heeft een normale jeugd gehad en vindt zichzelf na zijn uitzending veranderd, hij wil graag weer de 'oude' worden. Nu zijn er problemen in de relatie en is hij vanwege zijn psychische klachten uitgevallen in zijn baan in de metaalindustrie. Hij klaagt over een kort lontje en heeft vaak conflicten. Hij schrikt vaak bij vallende voorwerpen op de werkvloer. Ook heeft hij moeite om zich te concentreren en maakt hij meer fouten. Om dit te voorkomen heeft hij voor zichzelf extra werkcontroles ingebouwd. Het werktempo is daardoor ten opzichte van zijn collega's afgenomen. Hij heeft zich in verband met zijn psychische klachten drie jaar geleden voor de eerste keer ziek gemeld. Hij heeft zijn werk hervat maar is opnieuw uitgevallen. Hij is onlangs voor de WIA-keuring geweest. Hij is gestopt met voetballen, in wedstrijden bleek hij te agressief en kreeg hij keer op keer conflicten. Hij drinkt 's avonds veel alcohol, waarna hij vaak ruzie heeft met zijn partner. Hij verdraagt het gehuil van zijn pasgeboren baby niet en gaat dan naar buiten, waarna hij soms wel een uur (of langer) weg blijft. Desgevraagd vertelt hij dat het hem doet denken aan zijn traumatische incidenten tijdens de uitzending naar Afghanistan, waar hij veel kinderen heeft horen huilen. Op een dergelijk moment ontstaat er, zo blijkt anamnestisch, een vorm van herbeleving met bijbehorende fysiologische verschijnselen. Hij slaapt slecht

Tabel 2
De indeling in klassen van subrubriek 2: mobiliteit

Mobiliteit (subrubriek 2)*		
Score	Klasse 0 (Definitie)	Zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen naar (on)bekende bestemmingen onder wisselende omstandigheden en in wisselende tijdsduur, plannen en vinden route, vervoersbewijs verzorgen en kunnen overstappen. Zelfstandig met auto of fiets deelnemen aan het verkeer in de omgeving van betrokkene.
	Klasse 1	Heeft soms (niet elke dag) moeite met het vinden van de juiste routes. Mist door persoonlijk verminderd functioneren soms aansluitingen openbaar vervoer. Onderkent dit en kan dit zelf corrigeren. Komt zelfstandig op de bestemming aan. Behoeft geen hulp.
	Klasse 2	Heeft soms moeite met het vinden van de juiste routes. Vermijdt druk (stads)verkeer. Vermijdt verblijf langer dan gemiddeld één uur in het openbaar vervoer. Mist soms, niet elke dag, aansluitingen in het openbaar vervoer. Komt wel zelfstandig op bestemming aan. Mijdt onbekende bestemmingen. Wijkt met auto en/of fiets zo weinig mogelijk af van de vaste routes, maar kan dit wel.
	Klasse 3	Mobiliteit is beperkt tot vaste, bekende routes. Niet in staat in druk (stads)verkeer zichzelf te vervoeren. Niet in staat tot verblijf in openbaar vervoer langer dan gemiddeld één uur. Moet in openbaar vervoer om hulp vragen bij het overstappen. Niet in staat tot vervoer per auto/fiets naar onbekende bestemmingen of naar locaties waar betrokkene maar enkele malen per jaar kwam. Beroepsmatig gebruik van eigen vervoer, inclusief woon-werkverkeer niet mogelijk.
	Klasse 4	Zelfstandig vervoer per fiets en auto niet meer mogelijk. Openbaar vervoer alleen mogelijk op vaste rustige stukken zonder overstappen. Anders begeleiding nodig.
	Klasse 5	Volstrekt onmogelijk zelfstandig met openbaar vervoer te reizen. Niet in staat tot vervoer met auto of fiets.

in en door. Ook is hij voortdurend op zijn hoede. Uit het dagverhaal blijkt verder dat hij nauwelijks meer het huis uit komt. Hij is het liefst binnenshuis, zit vaak op de bank en komt dan tot niets. Hij gaat niet meer mee uit of mee met boodschappen doen. Hij zet zijn vrouw onder druk om alcohol voor hem te kopen. Zijn vrouw verzucht: 'Ik heb er nog een kind bij'. Zij moet hem instrueren voor alles wat ze gedaan wil hebben.
Hij wordt behandeld in een ggz-instelling en volgt momenteel dagtherapie. De diagnose PTSS is gesteld. Er zijn psychofarmaca inclusief slaapmedicatie voorgeschreven.

Het afnemen van de anamnese: een 'kunst'

Tijdens het spreekuur is er aandacht voor de klachten en beperkingen van de veteraan, zijn levensloop (voor, tijdens en na uitzending) en het dagverhaal, met bespreking van eventuele werkzaamheden, hobby's en sociale contacten. Voor het spreekuur wordt ruim de tijd genomen, er moet sprake zijn van daadwerkelijk contact met de veteraan, en deze moet bereid zijn om over zijn klachten te vertellen. Doorgaans duurt een spreekuurcontact 2 uur of meer. Omdat de spanning bij betrokkene tijdens het gesprek fors kan oplopen (bijvoorbeeld tijdens het bespreken van de als traumatisch ervaren incidenten) bestaat de mogelijkheid tot het nemen van een pauze. Ook kan worden vastgesteld hoe betrokkene het gesprek voert, wat zijn concentratievermogen aankan en of hij de structuur in het gesprek kan vasthouden. Indien lichamelijke klachten naar voren worden gebracht, vindt er een lichamelijk onderzoek plaats.
Iedere arts leert tijdens zijn opleiding om een anamnese af te nemen, maar het afnemen van een goede anamnese is een kunst. Voor de verzekeringsartsen die een advies moeten geven over mogelijke dienstverbandaanspraken en een eventueel militair invaliditeitspensioen is het een vereiste om deze kunst goed te verstaan. Ongeacht de omstandigheid dat er bij de cliënt allerlei belangen kunnen spelen, is het voor de arts noodzakelijk het vertrouwen van de cliënt te winnen. Hoewel de verzekeringsarts geen financiële belangen heeft en het ministerie van Defensie een zorgplicht heeft, zijn sommige cliënten (in eerste instantie) wantrouwig. Met een goede introductie en een uitgebreide uitleg over het doel van het onderzoek en de procedure doet de verzekeringsarts een poging het wantrouwen weg te nemen en de cliënt op zijn gemak te stellen.
Het komt voor dat cliënten tijdens de anamnese op verschillende momenten tegenstrijdige antwoorden geven. Het is dan de taak van de verzekeringsarts om deze discrepanties op te helderen. Zo vertelde deze veteraan bijvoorbeeld tijdens de anamnese dat hij zijn huis (bijna) niet uit komt, terwijl hij tijdens de tractusanamnese vertelde dat hij tijdens een voetbaltoernooi afgelopen week geblesseerd geraakt is aan zijn knie. De eerste gedachte zou kunnen zijn dat het dus wel meevalt met het niet uit huis komen. Daarom is het zaak hier over door te vragen. Wat was het

voor een toernooi? Wie waren er aanwezig? Op welke positie speelde je? Ben je een goede voetballer? Hebben jullie gewonnen? Dit soort bijkomende vragen zullen mogelijk een heel andere beeld geven. Zo kan hij op advies van zijn behandelaar naar dit toernooi zijn gegaan, maar eerder naar huis zijn gegaan omdat hij de spanning en de grote hoeveelheid mensen niet aankon.
Het is dus belangrijk dat de verzekeringsarts niet te snel tot een bepaalde conclusie komt. Wat helpt is om op verschillende momenten in de anamnese terug te komen op eerdere uitspraken van een cliënt. Vragen als: 'Hoe komt het dat je ondanks je angst om met onbekende mensen te praten toch naar een voetbaltoernooi bent gegaan?' helpen bij de verduidelijking. Ook het vragen om concrete voorbeelden helpt de verzekeringsarts om een goed beeld te krijgen. Pas als de cliënt uitlegt dat constant op zijn hoede zijn in zijn geval betekent dat hij meubels voor zijn slaapkamerraam heeft geschoven en dat hij door de overgebleven kier 's nachts de straat in de gaten houdt, wordt de impact hiervan duidelijk.

Het vaststellen van de mate van beperkingen

De verzekeringsarts werkzaam bij het ministerie van Defensie dient een antwoord te geven op onder andere de volgende vragen:

- Is er sprake van een ziekte, gebrek of verwonding?
- Is er een medisch causaal verband tussen de ziekte, het gebrek of de verwonding en de uitoefening van de militaire dienst?
- Zo ja, wat is de (gemiddelde) mate van invaliditeit ten gevolge van de dienstverbandaandoening(en)?

Gelet op deze vragen wordt tijdens het spreekuur, op grond van het PTSS-protocol, getoetst of de door de behandelende sector gestelde diagnose (in casu PTSS) op de juiste gronden is gesteld. Bij twijfel kan er zo nodig een psychiatrische expertise plaatsvinden. Het PTSS-protocol is gebaseerd op de DSM-IV-TR. Een van de belangrijke traumatische criteria behelst een gevoelskwestie: 'Wat voelde de veteraan op dat moment?' *A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn: (1) … (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw; DSM-IV-TR, A-criterium PTSS.* Overigens is dit gevoelscriterium in het kader van de DSM-5 verlaten.
In casu is er bij betrokkene sprake van trauma's met ervaren doodsangsten: hij was op korte afstand meerdere keren bedreigd, zag hoe een voertuig dat voor hem reed op een bermbom reed, heeft eerste hulp verleend, enzovoort. Daarnaast is sprake van uitzendingsgebonden nachtmerries/herbelevingen, geprikkeldheid (ook tijdens het spreekuur), slaapproblemen en vermijdingsgedrag ten aanzien van uitzendingsgebonden onderwerpen. Zo kijkt hij geen oorlogsfilms op tv, beperkt hij het contact met veteranen, wil hij nooit meer terug naar Afghanistan, is hij bij confrontatie met moslims in traditionele kledij bijzonder op zijn hoede en wantrouwt hij onbekenden, wat inhoudt dat hij bij nieuwe contacten eerst 'de kat uit de boom kijkt'. Hij zegt niet meer over obstakels op het wegdek te rijden, waarmee hij doelt op putdeksels, overwaaiende plastic zakken en dergelijke. Daarnaast heeft hij veel beveiliging, waaronder extra sloten, aangebracht in zijn woonhuis en heeft hij een honkbalknuppel naast zijn bed liggen.
Als de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er sprake is van een medisch causaal verband tussen de aandoening en het werken bij Defensie onder bijzondere omstandigheden, spreken we van een 'dienstverbandaandoening'. Cliënt heeft dan 'dienstverbandaanspraken'. Vervolgens dient de verzekeringsarts een zo zorgvuldig mogelijke vertaling van de klachten naar de feitelijke beperkingen en het daarbij behorende invaliditeitspercentage te maken. Het verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad geeft aan dat het spectrum van mogelijke functiebeperkingen kan variëren van zeer breed tot zeer specifiek en ook afhankelijk is van comorbiditeit[8], maar het geeft geen adviezen over de manier waarop de verzekeringsarts de beperkingen moet vaststellen.
Het eerdergenoemde PTSS-protocol helpt de verzekeringsarts door middel van een scoringslijst om te adviseren over een invaliditeitspercentage passend bij de ervaren beperkingen. Overigens heeft het vaststellen van de beperkingen niet als doel te beoordelen in hoeverre de cliënt nog in staat is loonvormende arbeid te verrichten, maar wel in hoeverre hij nog in staat is te functioneren in ADL en BDL, gelet op de eerder gegeven definitie van invaliditeit. Dit leidt ertoe dat de beperkingen zoals omschreven door de arts werkzaam bij Defensie, van een totaal andere aard zijn. Er worden geen beperkingen in het werk vastgesteld, die worden vastgelegd in een FML, maar beperkingen in bijvoorbeeld de persoonlijke hygiëne en zelfzorg, de mobiliteit, het slapen en de seksuele functie.

Aandachtspunten

- Voor het toekennen van een militair invaliditeitspensioen dient er sprake te zijn van medische causaliteit tussen aandoening en werk.
- In 2008 werd het PTSS-protocol ingevoerd.
- Door middel van het PTSS-protocol wordt het percentage invaliditeit berekend bij alle dienstgerelateerde psychische aandoeningen.
- Een uitgebreide en diepgaande anamnese is onontbeerlijk bij het vaststellen van de beperkingen.
- Evaluatie van het PTSS-protocol heeft tegengestelde belangen gesignaleerd.

Tot slot

Na het vaststellen en scoren van de beperkingen wordt de score geconverteerd in een percentage militaire invaliditeit. Dit percentage wordt meegedeeld aan het ABP (Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds), waarna tot betaling kan worden overgegaan. De hoogte van dit militaire invaliditeitspensioen hangt samen met de ernst van de beperkingen. Dit leidt ertoe dat de behandeling, die tot doel heeft de klachten te reduceren, op gespannen voet staat met de beoordeling, waarbij ernstiger klachten leiden tot een hoger percentage MIP. Gedurende de evaluatie van het PTSS-protocol zijn deze tegengestelde belangen gesignaleerd. 'De aandacht voor het MIP-percentage verstoort de behandelingsvoortgang.'[9] Daarnaast bleek gedurende de evaluatie bijvoorbeeld ook dat de invoering van het PTSS-protocol heeft geleid tot een aanzienlijke daling van het gemiddelde percentage toegekende MIP. Ook bleek een subrubriek, te weten seksuele functie (subrubriek 4), vrijwel altijd de score 0 op te leveren. Met het nader uitwerken van de aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie, en het omzetten daarvan in aanpassingen aan protocol en werkwijze, moet nog een aanvang worden gemaakt. Mogelijk kan in een volgend artikel aan de orde komen hoe met deze en andere knelpunten is omgegaan.

Literatuur

1. De Raad J, Mooren R, De Boer H. De incidentie van erkende, uitzendgerelateerde psychische klachten onder militairen bij pensioenkeuringen van 2008 tot en met 2010. TBV 2012;20(6):261-5.
2. Bijvoorbeeld: CRvB 2 december 1971, AMP 1971/3; MRT 1972:223.
3. PTSS WIA-IP protocol Defensie 2007.
4. Willems JHBM, Paulusma-de Waal JH, Van Kessel JGFM. De beoordeling van psychische invaliditeit bij uitgezonden militairen: een voorstel voor een nieuw meetinstrument. TBV 2007;15(2):61-7.
5. Fokkens AS, Groothoff JW, Van der Klink JJL, Popping R, Stewart RE, Van de Ven L, et al. The mental disability military assessment tool: a reliable tool for determining disability in veterans with post-traumatic stress disorder. J Occup Rehabil DOl 1O.1007/slO926-014-9563-0, published online 09 januari 2015.
6. Fokkens AS, Groothoff JW, Van der Klink JJL, Popping R, Stewart RE, Van de Ven L, et al. Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol. GAVscoop 2015;1:8-11.
   Fokkens AS, Groothoff JW, Van der Klink JJL, Tuinstra J. Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol, ll. Een vergelijking tussen de schattingsmethodiek PTSS protocol, het PIM rapport en de schattingsmethodiek AMA-guides 6e druk, bij psychische aandoeningen. TGO, UMCG; 2012.
7. Evaluatie Schattingsmethodiek PTSS-protocol; Fokkens A, Bakker RH, Brouwer S, Holwerda A, Tuinstra J, Dijkstra G. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen/Toegepast Onderzoek; december 2016;172. http://www.rug.nl/research/portal/publicaties/evaluatie-schattingsmethodiek-ptssprotocol(5d21ee3f-72a8-4d2b-9ff4-537b41e81a3b).html
8. Verzekeringsgeneeskundige protocollen Angststoornissen Beroerte Borstkanker, Gezondheidsraad; 2007:17.
9. Aanbieding evaluatie PTSS-protocol, Minister van Defensie, 22-12-2016, BS2016034744. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/12/22/aanbiedingsbrief-met-evaluatie-ptss-protocol

Een blik in de keuken van PSYTREC

Gusta Boland

Foto: Joost van Halm

Het Psychotrauma Expertise Centrum PSYTREC heeft een vliegende start gemaakt. De ambitie van de oprichters is om een nieuwe, snelle en doeltreffende behandeling te bieden aan mensen met ernstige en/of complexe PTSS. Zij passen acht dagen lang intensieve traumagerichte evidence-based behandelmethoden toe, vanuit het op wetenschap en ervaring gefundeerde uitgangspunt dat het onnodig is om patiënten vaardigheidstrainingen aan te bieden om hen stabieler te maken. Wetenschappelijk onderzoek onder de eerste driehonderd cursisten wijst inderdaad uit dat de behandelresultaten in vergelijking met andere PTSS-behandelingen bijzonder goed zijn en al vanaf de eerste dag merkbaar zijn. Opmerkelijk is bovendien hoe weinig patiënten uitvallen: minder dan 5%.

Veertien EMDR-therapeuten begonnen in 2015, na een training in *Imaginaire Exposure* (IE), met de eerste groep patiënten die ze bij PSYTREC 'cursisten' noemen. Als proef pasten zij aanvankelijk uitsluitend IE toe, waarbij ze werden gesuperviseerd door Agnes van Minnen. Daarna volgde een periode waarin zij alleen EMDR uitvoerden onder begeleiding van Ad de Jongh. De resultaten bleken even positief. Inmiddels zijn beide methodieken gecombineerd in het geïntegreerd behandelprogramma INTENSIVE8, van maandag tot en met donderdag in twee opeenvolgende weken. Een sessie IE in de ochtend en EMDR in de middag, aangevuld met sport- en beweging in de overige tijd. 's Avonds volgt nog een lange sessie psycho-educatie.
Na afloop volgen een terugkomdag na één week en een follow-upsessie na twee weken. Inmiddels werken er bijna veertig behandelaars en kunnen 27 cursisten tegelijk het programma volgen. Op de website www.psytrec.nl is veel informatie te vinden, maar hoe werkt het in de dagelijkse praktijk?

G. Boland werkt als GZ-psycholoog bij Indigo Midden-Nederland (Utrecht) en Psychotraumacentrum Zuid-Nederland (Den Bosch).
Correspondentieadres:
g.boland@indigo.nl

De plek

Het langwerpige PSYTREC-gebouw ligt verscholen in de bossen van Bilthoven-Noord. Na de ontvangsthal met receptie kom je in een lange gang waar rechts negen behandelkamers liggen en links een binnensportruimte, een restaurant en gangen met slaapruimten. Behandelaars en cursisten lopen af en aan. Alle cursisten overnachten in het gebouw. Er is dan een nachtportier aanwezig en een ggz-verpleegkundige die slaapdienst heeft. Ook overdag is er een ggz-verpleegkundige aanwezig als contactpersoon voor de cursisten. Deze geven tijdens de acht dagen hun tablets en smartphones af, zodat ze zich volledig op de behandeling kunnen richten. Op sommige deuren hangen teksten van eerdere deelnemers zoals: 'Je bent hier voor jezelf, maar je bent niet alleen', 'Je laat een hoop ellende achter, maar je neemt jezelf weer mee', 'Bikkel, je kan het!' en 'Breek gerust en bouw jezelf weer op.' Je merkt direct: iedereen is hier hard aan het werk!

De cursisten

Mensen van achttien jaar en ouder met complexe PTSS kunnen zich aanmelden voor een intake. Directeur Zorg Sjef Berendsen benadrukt dat bij de meegemaakte trauma's sprake moet zijn van (dreiging met) de dood, ernstige verwonding, terugkerende mishandeling of seksueel misbruik, zoals in de DSM onder PTSS-criterium A is geformuleerd. Langdurig pesten, hoe ingrijpend de gevolgen ook kunnen zijn, valt hier dus bijvoorbeeld niet

onder. Het INTENSIVE8-programma is ingesteld op het behandelen van meerdere trauma's. Sinds december 2016 bestaat er ook een vijfdaags programma voor mensen met ernstige PTSS-klachten na een eenmalige gebeurtenis.
De *intaker* en de cursist leggen samen in een behandelplan via het Rode Draad Formulier vast aan welke trauma's in de eerste week van het behandelprogramma ze gaan werken. Halverwege de behandeling volgt een nieuw plan voor de tweede week. Bijna alle cursisten hebben al een ggz-traject achter de rug.
Meer dan de helft van de cursisten heeft bij ontslag geen PTSS meer. Daarmee zijn ze echter nog niet altijd klaar. Omdat er veel comorbiditeit is bij complexe PTSS kan verdere behandeling bij de vorige behandelaar of verdere ondersteuning wenselijk zijn.

De traumabehandelaars

PSYTREC hanteert een therapeutenrotatiesysteem waarin gz-psychologen bij steeds andere cursisten de IE en EMDR uitvoeren, onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. Zij hebben een werkdag van ruim 10 uur. Vanaf 8:15 uur geven zij drie IE-sessies van elk anderhalf uur (inclusief verslaglegging en koffie/thee). Om 13.45 uur start de serie van drie EMDR-sessies, tot omstreeks 18:15 uur.
Tijdens de lunch nemen twee groepen ieder één helft van de dossiers door en vindt de overdracht plaats aan de behandelaar die er 's middags mee verdergaat. Deze krijgt indien nodig tips mee hoe zij of hij de vermijding – een PTSS-symptoom bij veel cursisten – het beste kan aanpakken. Soms is er discussie over de grote lijn. Een cursist ervaarde bijvoorbeeld weinig angst tijdens de IE gericht op een vroege mishandelingservaring en gaf aan dat andere trauma's haar meer dwars zaten. De vraag hierbij was: gaat het om vermijding of is deze herinnering toch al voldoende met EMDR behandeld in de voorgeschiedenis en moet haar Rode Draad Formulier dus worden aangepast? De hulpverleners wisselen daarnaast ook praktische informatie uit via hun eigen app-groep met de toepasselijke titel: 'We scare because we care'.

De technieken

Tijdens de IE-sessies is het de bedoeling om zo veel mogelijk in de traumatische ervaring te komen. Het uitgangspunt is dat cursisten kampen met 'angst voor de angst'. Deze *harm expectancies* brengen zij daarom, voorafgaand aan de sessie, helder in kaart met een korte invullijst met antwoordmogelijkheden als: 'angst om gek te worden/in paniek te raken/de controle te verliezen'. Deze kunnen ze scoren op een schaal van 0-10. Bij aanvang van de sessie krijgt de cursist de vraag: 'Wat denkt u hierover?' En na afloop: 'Zijn uw verwachtingen achteraf uitgekomen?' Zo leert de cursist dat de rampverwachtingen niet gebaseerd zijn op de werkelijkheid. Tijdens de sessie haalt de therapeut alles uit de kast om het angstnetwerk zo breed mogelijk te activeren. Naast de gebruikelijke vragen (Wat voel, zie, hoor je?) zoekt de therapeut bijvoorbeeld op internet naar triggers die de herinnering activeren, zoals de muziek waar de cursist als kind naar luisterde op het moment dat haar vader plotseling binnenkwam en haar begon te mishandelen. Ook doet de therapeut een paar keer de deur van de behandelkamer hardhandig open en dicht. Soms schakelt hij of zij zelfs een collega in om even in de rol van de dader te stappen. Tijdens het multidisciplinaire overleg in de middagpauze wordt het targetbeeld vastgesteld voor de EMDR-sessie 's middags.

Sport en beweging

Diverse coaches op het gebied van sport en beweging begeleiden de sportactiviteiten. Deze vinden voor het overgrote deel buiten in het bos plaats. Mogelijkheden zijn mountainbiken, wandelen, boogschieten, badmintonnen, diverse spelactiviteiten en een hindernisbaan. Ook biedt PSYTREC indoor-balsporten en ontspanningsoefeningen aan. De cursisten doen hier in groepen van acht aan mee als ze niet in een therapiesessie zitten: vier keer per dag dus. De doelen van deze sport en beweging zijn het opdoen van positieve ervaringen, het verwerven van inzichten over de eigen vermijding en *coping* of om even te kunnen ontladen na een sessie. 'Ik zat er nog middenin na de sessie,' vertelt een cursist, 'maar na een paar seconden badmintonnen was het over.'

In overleg met de behandelaren stemmen de coaches hun benadering af op de cursist. Sommige cursisten moeten geactiveerd worden, een kleine stap vooruit wordt dan enthousiast begroet. Voor anderen is hard sporten juist een vorm van vermijding. Bij hen is de opdracht juist om het wat rustiger aan te doen, bijvoorbeeld op 50%.
Zo staat op dag twee, na een warming-up-spelletje en rek- en strekoefeningen, de hindernisbaan op het programma. Gehuld in een overall van PSYTREC rollen de cursisten over de grond onder houten balken door. Dit roept bij enkelen herbelevingen op. De coach is hierbij aanwezig. Zij brengt de cursisten weer in het nu en moedigt hen aan. Een andere hindernis is voor een cursist met een seksueel trauma te bedreigend. Ze oppert zelf dat ze het wel een keer alleen met de sportcoach wil proberen en spreekt er direct een tijdstip voor af.
Een ander wil niet over een hogere balk klimmen. De therapeut vraagt wat ze hiermee vermijdt. Dit roept veel verdriet op. Naderhand roept ze uit: 'Het is ongelofelijk hoe ze hier door je heen prikken, dat heb ik in tien jaar hulpverlening nog niet meegemaakt!'

De avonden

Vanaf 18:15 uur kunnen de cursisten een warme maaltijd opscheppen en plaatsnemen aan een van de grote eettafels. Daar ontstaan soms levendige gesprekken. Cursisten wisselen ervaringen uit met eerdere opnamen: deze zijn

lang niet altijd even positief. Wat later in de behandeling geven ze elkaar tips over wat je zelf kunt doen als je hoofd tijdens een sessie blokkeert, of welke tips je aan je behandelaar kunt geven 'om je uit de *freeze*-stand te halen'.

Iedereen is hier hard aan het werk

In de psycho-educatie van 19.30 tot 21.30 uur passeert tijdens de eerste week veel informatie de revue. Over de gevolgen van trauma, triggers en vormen van vermijding, dissociatie en de behandelmethoden van PSYTREC. Cursisten krijgen zo handvatten om actief aan hun behandeling mee te werken. Ter sprake komen ook vragen als: 'Wat heb je vandaag bereikt?' (antwoordvoorbeeld: Een heel zware dag, ik ben tot mijn gevoel gegaan, maar ik heb het overleefd'), 'Hoe was de sport vandaag?' (Antwoordvoorbeeld: 'Ik heb vandaag dingen gedaan waarvan ik dacht: dat wordt nooit wat'), of 'Waaraan merk je dat je gaat dissociëren?' (Antwoordvoorbeeld: 'Waziger gaan zien, en als iemand praat, komt het niet meer binnen'). Op de tweede dag van de behandeling zijn er al veel inzichten: 'Je weet van tevoren niet welke therapeut je krijgt', zegt iemand. 'Dat geeft, voorafgaand aan de sessie, veel spanning, maar dat is juist wel goed tegen de vermijding.' Op de laatste avond van de eerste week is er aandacht voor wat cursisten kunnen verwachten als ze naar huis gaan: ups en downs, vermoeidheid en verdoving. De cursisten krijgen de uitnodiging om tijdens het weekend thuis herbelevingen en/of vermijding op te merken en materiaal voor *exposure in vivo* te verzamelen voor de sessies in de volgende week.

In de tweede week vindt 's avonds verdere reflectie plaats op het vermijdingsgedrag tijdens de sessies, maar ook op wat er al beter gaat: 'Niemand mocht aan mij komen, dan werd ik agressief. Maar vandaag heb ik me laten aanraken', zegt iemand. Een ander: 'Ik heb voor het eerst heel erg gehuild.' Een cursist krijgt van haar groepsgenoten een spontaan compliment: 'Vorige week ging je helemaal verstopt onder je pet of je capuchon, nu hangt je haar los, wat ben je mooi!' A'4tjes met ieders naam erboven gaan van hand tot hand om te antwoorden op de vraag: 'Wat heeft … goed gedaan?' Deze bezorgen de ontvanger een goed gevoel. Samen inventariseren ze wat ze geleerd hebben over PTSS: 'Je hoeft je niet te schamen, het is niet jouw schuld dat het je overkomen is' en '*Exposure* is jouw persoonlijke hel, maar je komt er doorheen.'

Een aanwinst in de ggz

Het is indrukwekkend om mee te maken hoeveel de cursisten in korte tijd kunnen bereiken. Twee keer vier dagen verblijven de cursisten in een omgeving waarin ze op alle mogelijke manieren op hun kracht worden aangesproken. Uitgerust met veel informatie tijdens de psycho-educatie die hen in staat stelt om een actieve en gelijkwaardige rol te spelen in hun herstel, worden zij continu gestimuleerd om hun angsten met open vizier tegemoet te treden. Patronen van vermijding van pijn en angst, die jarenlang voor stagnatie hebben gezorgd, worden systematisch overwonnen. Tijdens de sportactiviteiten kunnen zij hun fysieke kracht ervaren, weer opladen en plezier beleven. Zo besteden ze iedere minuut positief. Kortom, PSYTREC vormt een grote aanwinst als verwijsmogelijkheid vanuit de basis- en specialistische ggz voor mensen met complexe PTSS.

Dit artikel werd met toestemming overgenomen uit: EMDR-Magazine 2017;13:8-10.

Huiselijk geweld; een hardnekkige erfenis

Sonja Onclin

Huiselijk geweld kan leiden tot een psychotrauma. Naar schatting ruim 200.000 mensen, mannen én vrouwen, hebben er jaarlijks mee te maken. Gemiddeld iedere 10 minuten rukt de politie ergens in Nederland uit voor een melding. De politie registreert jaarlijks 65.000 geweldsincidenten, maar dat is slechts een topje van de ijsberg. Want de drempel om hulp te zoeken blijkt vaak torenhoog. Bij huiselijk geweld hebben we het over (ex-)partnergeweld, kindermishandeling, ouderenmishandeling, mishandeling van kinderen en jongeren door hun ouders of vriend(innen) of mishandeling van ouders door hun kind(eren). Maar ook over bedreigingen en het vernielen van spullen.

Veel plegers én slachtoffers hebben zelf al vroeg in hun leven een trauma opgelopen waar ze nog steeds last van hebben. Huiselijk geweld is als een dominospel. Je tikt het eerste steentje aan en de rest gaat mee in de val. Iedere nieuwe generatie dondert om, besmet door de verwarrende en verwoestende cyclus van geweld. Deze mensen zijn beschadigd en hebben bijvoorbeeld niet geleerd een ruzie op te lossen zonder geweld. Bij hen ontstaat het geweld uit wanhoop en onmacht. Deze mensen komen er zelf niet meer uit en hebben deskundige hulp nodig om uit die spiraal van geweld te komen. Een tweetal voorbeelden illustreert deze cyclus. Wat zijn interventies? Wat betekent het psychotrauma voor het functioneren op het werk?

S. Onclin is werkzaam bij Fier, het landelijk expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties.
Correspondentieadres:
sonclin@fier.nl, www.fier.nl

Casus 1 - Gevleid en gezien

Julia (40) had ruim twintig jaar een relatie met een man die geregeld gewelddadig was. Als vijftienjarige werd ze verliefd op een oudere, zelfstandige jongen. Ze vertelt: ‘Ik keek tegen hem op. Hij was stoer. Een macho. Deed ontzettend zijn best voor mij. Dat hij eigenlijk te opdringerig was – ik hield de eerste weken de boot af, maar hij bleef me maar bellen en bij school opwachten – had ik niet door. Ik was jong. Naïef. Voelde me gevleid en gezien. Al vrij snel was ik zwanger en gingen we samenwonen.’

De eerste, tweede, maar ook derde klap; Julia herinnert zich het nauwelijks meer. Geleidelijk aan kreeg het geweld een plek in haar leven. ‘Nu achteraf denk ik: die keer dat hij met zijn auto over mijn voet reed, dat was geen ongeluk. Dat deed hij expres. Maar toen zag ik dat niet. Hij liet me geloven dat het mijn fout was: ik was zo stom geweest om bij het uitstappen niet gelijk mijn voet op de stoep te zetten. En dat terwijl hij haast had. We hadden vlak daarvoor een woordenwisseling. Hij dreigde te laat op een afspraak te komen, omdat ik niet op tijd in de auto was gestapt. Nu zorgde mijn voet ook nog voor gedoe.’

Zonder dat ze het besefte, werd ze jarenlang gekleineerd en gemanipuleerd. Julia: ‘Als we samen de stad in waren geweest en ik had in zijn ogen iets te lang naar een andere man gekeken, onderwierp hij mij thuis aan een kruisverhoor. Waarom flirtte ik met hem? Waren we met elkaar naar bed geweest? Hoe vaak was ik eigenlijk al vreemdgegaan? We hadden gruwelijke scènes die er altijd op uitliepen dat ik me schuldig voelde en mijn excuses aanbood. Geen flauw idee waarvoor ik me moest excuseren, maar ik deed het maar om het weer een beetje leuk te krijgen. Vaak volgde een paar dagen later berouw van zijn kant. Daarna hadden we het weer een tijdje gezellig.’

Julia kreeg drie kinderen, die – zo beseft ze – net als zijzelf slachtoffers zijn van huiselijk geweld. Het geweld was op haar gericht, maar als getuigen van geweld, hebben ook zij schade opgelopen. Ze zijn nu acht, twintig en 24 jaar. ‘Ze zagen en hoorden alles. Ik probeerde ze er zo veel mogelijk buiten te houden, maar achteraf is dat stom. Want natuurlijk voelden ze de spanningen in huis. Ze gingen er op hun eigen manier mee om. De oudste is heel beschermend en zelfstandig, terwijl mijn jongste veel driftbuien kreeg.’

Julia is niet in staat geweest een financiële onafhankelijkheid te bereiken doordat betaald werk in een reguliere baan er nooit in heeft gezeten. Dit is een van de behandeldoelen.

Casus 2 - Wurgplekken

Erik (38) kreeg al op jonge leeftijd te maken met huiselijk geweld. ‘Mijn eerste geweldsherinnering gaat terug naar toen ik een jaar of zeven was’, vertelt hij. ‘Ongevraagd leende ik mijn cowboypak uit aan een vriendje. Mijn moeder was woest. Hoe haalde ik het in mijn hoofd om deze dure kleren weg te geven? Ruw smeet ze me op mijn bed. Met een riem sloeg ze mijn rug kapot.’ Om de blauwe plekken, rode strepen en wurgplekken te verbergen, mocht Erik na gymles of voetballen niet onder de douche.

‘Mijn moeder wist het geweld goed te verbergen en hield me altijd in de gaten’, zegt Erik. ‘Zo stelde ze strenge regels op als we op verjaardagsvisite gingen: met de ene tante mocht ik wel praten, bij de andere oom moest ik uit de buurt blijven. Bij “verkeerd gedrag”, dreigde ze op weg naar huis tegen een boom aan te rijden. Schreeuwend trapte ze dan het gaspedaal in. ’s Avonds maakte ze het weer goed. Dan zat ze aan mijn lichaam en betastte me op elk plekje. Ik dissocieerde: dacht aan alles, maar niet aan dat wat er op dat moment gaande was. Wat er wel gebeurde? Mijn lichaam reageerde, ik kreeg er een erectie van en tijdens het misbruik kwam ik zelfs voor de eerste keer klaar.’

Hoewel Erik amper snapte wat er aan de hand was, voelde hij zich vies en raar. ‘En mijn moeder? Normaal was ik bang voor haar woorden en nog meer voor het geweld, maar tijdens het misbruik was ze totaal anders. Ik durfde er niets tegen te doen. De lichamelijke mishandeling deed letterlijk pijn, het seksueel misbruik was verwarrend, maar beide vormen van geweld hebben er vooral voor gezorgd dat ik mezelf niet serieus nam. Ik was niets waard, want dat kreeg ik voortdurend te horen.’

Het geweld stopte toen Erik zestien jaar was. ‘Op mijn zestiende ging ik op mezelf wonen. Er kwam ineens een einde aan de mishandeling en het misbruik, maar ik kreeg er andere problemen bij. Ik had totaal niet meegekregen wat de juiste normen en waarden zijn in de omgang met mezelf en met anderen. Ik deed wat anderen van me verwachtten. Ging hoge schulden aan om mijn huis in te richten, mijn rijbewijs te halen en een auto te kopen. Op dat moment was het allemaal mogelijk. Voor mij was het dé oplossing. Jarenlang leefde ik op deze manier door. Het was en werd een geheim waar ik me enorm voor schaamde. Ook bracht het veel stress en zorgen met zich mee.’ Relaties hielden geen stand. ‘Ik was een gesloten en gefrustreerde partner. Ik heb veel verzuimd van mij werk in verband met periodes van overspanning, maar durfde geen specifieke hulp te vragen. Ik was gewend om altijd alles zelf op te lossen.’

Verwarring

Verwarring is een onderdeel van de cyclus van geweld. Julia: ‘Het ene moment denk je: ik ga scheiden, want zo laat ik me niet behandelen. Het andere moment ontstaat er verwarring, als hij weer die aardige kant laat zien en de seks weer geweldig is. Dat maakt het stoppen van het geweld zo moeilijk. Die dynamiek is heel sterk.’

Negeren, ontkennen en camoufleren

Er zijn maar weinig mannen die hulp zoeken, zo blijkt uit diverse onderzoeken. Veel mannen vinden het moeilijk om verdriet te uiten. Ze willen hun emoties onder controle houden en niet over depressieve gevoelens praten. Eerder zullen ze het negeren, ontkennen en camoufleren. Bij deze mannen herken je een depressie aan heftige woedeaanvallen, agressieve buien en verminderde impulscontrole. Voor Julia herkenbaar: ‘Mijn ex-man had altijd een excuus voor zijn gewelddadige gedrag: een kwade dronk, angstaanvallen, stress, het gevoel dat hij een hartaanval kreeg. Meerdere malen klopte ik - al dan niet samen met hem - bij de huisarts aan, maar iedere keer luidde de vrijblijvende boodschap: meld je aan bij de verslavingszorg of een andere hulpinstantie. Dat wilde mijn ex niet. Het zou vanzelf overgaan.’ De ex-man van Julia heeft ook een gewelddadig verleden. Zijn vader dronk veel en zijn moeder stelde geen regels voor hem op. ‘Ik denk dat onze beide opvoedingen van grote invloed waren op deze gewelddadige relatie. Daardoor kon het ook zo lang in stand blijven.’

Stoppen van geweld

De juiste hulp kan alleen geboden worden als de situatie veilig is. Pas als dat het geval is, ontstaat er bij zowel de gezinsleden als de hulpverlening ruimte om na te denken over de weg die moet worden bewandeld om het blijvend veilig te krijgen. Bij 60% van de meldingen van huiselijk geweld bij de politie gaat het om hermeldingen. Oftewel:

Feiten en cijfers

Van alle vrouwen en mannen tussen de achttien en zeventig jaar is 45% ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld, als kind, partner of ouder. In bijna 75% van de gevallen van ernstig huiselijk geweld gaat het om lichamelijk geweld (65%) en seksueel geweld (8%). Bij de verdachten is 87% man en 13% vrouw. Bij de slachtoffers van huiselijk geweld is ongeveer 60% vrouw en 40% man. Ruim een derde van de slachtoffers geeft aan ook dader te zijn. Soms is geweld zo ernstig of bedreigend dat vluchten, eventueel met de kinderen, de enige uitweg is. Nederland kent meerdere vrouwenopvangen verspreid over het hele land. Sinds 2008 hebben de vier grote steden ook een opvang voor mannen met in totaal veertig opvangplekken.

Bron: Movisie

het geweld in deze gezinnen stopt niet, terwijl er soms tientallen hulpverleners mee bezig zijn. De complexe problemen van deze gezinnen vergen hulp en steun op alle relevante levensterreinen. Het gaat om verwerken, kansen creëren, een netwerk opbouwen, diploma's halen, handhaven in het werk. Een leven dat op al die fronten is hersteld. Daarom is het belangrijk dat instanties, zoals wijkteams, artsen, de politie, in overleg met elkaar zijn en samenwerken.

Zesde zintuig voor de bedrijfs- en verzekeringsarts

Bedrijfs- en verzekeringsartsen hebben een signalerende functie. Schaamte is een veelvoorkomende drempel om huiselijke problemen te vermelden op het spreekuur. Vragen naar de thuissituatie, kijken naar verschijnselen van lichamelijk geweld; het is de kunst om door te kunnen vragen. Een voorwaarde voor een goed spreekuurcontact is een vertrouwensbasis. Ontbreekt een vertrouwensbasis, dan zal dat een drempel zijn om inzicht te krijgen in de achtergronden van het verminderd functioneren.

DHHG, MDCK en CSG

- DHHG: in Friesland wordt iedere melding van huiselijk geweld door de politie automatisch aangemeld voor hulpverlening. Fier biedt binnen 24 uur hulp aan deze gezinnen, maakt met deze gezinnen een veiligheidsplan en regelt vervolghulp om geweld in de toekomst te voorkomen. Fier werkt binnen de Directe Hulp bij Huiselijk Geweld (DHHG) samen met andere organisaties en wijkteams.
- MDCK: het Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling Friesland is een samenwerkingsverband van Fier, politie, Openbaar Ministerie, Veilig Thuis, GGZ Friesland en het Medisch Centrum Leeuwarden. Deze instellingen leveren ieder hun eigen specialisten op het gebied van kindermishandeling en samen vormen zij het team dat aan de slag gaat met complexe zaken. De aanpak richt zich in eerste instantie op het doen van onderzoek na een melding van kindermishandeling. In dat proces wordt, samen met ouders, een plan van aanpak vastgesteld.
- CSG: slachtoffers van een verkrachting of aanranding kunnen voor medische en psychologische zorg en forensisch onderzoek terecht bij het Centrum Seksueel Geweld (CSG). Fier startte samen met het Medisch Centrum Leeuwarden een CSG in Friesland. Hierin wordt samengewerkt met politie Friesland, GGD Fryslân, Veilig Thuis en Slachtofferhulp Nederland (regio Friesland).

Frank Van der Elst: 'Het is dansen op een dun koord als je direct na een aanslag een psycholoog op een slachtoffer loslaat'

Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans

Op 22 maart 2016 werd Brussel getroffen door twee gecoördineerde terreuraanslagen, op de luchthaven en op een metrostation. Frank Van der Elst (1983) was en is als psycholoog actief betrokken bij de zorg voor het beveiligingspersoneel van de luchthaven. *TBV* sprak met hem.

Zijn er, behalve de aanslagen van 22 maart 2016, nog andere gebeurtenissen in België geweest waarbij er op grote schaal sprake was van psychotrauma's?

Ja. Bij een treinramp bij Wetteren in mei 2013 kwam een bepaald gas vrij waardoor een groot gebied geëvacueerd moest worden. Daarbij zaten veel mensen in angst, en die zijn toen niet goed opgevangen. Naar aanleiding daarvan zijn er werkgroepen gevormd om dat te verbeteren, maar bij de aanslagen in Brussel was de opvang opnieuw een van de grote achilleshielen. Het ontbrak vooral aan goede organisatie. Er waren veel verschillende entiteiten die hulpverlening boden, externe diensten, overheidsdiensten en diensten van de luchthaven zelf, maar die waren niet op elkaar ingespeeld, er was geen algemeen plan van aanpak. Gaandeweg gingen hulpverleners wel met elkaar overleggen, maar de noodzaak voor hulpverlening op zo'n grote schaal was niet voorzien.

De beveiliging van Zaventem was in handen van G4S. Jij geeft psychologische zorg aan hun medewerkers. Zijn er slachtoffers gevallen onder het personeel?

Ja. Veel medewerkers waren die dag aan de slag toen de explosies plaatsvonden. Vier van hen raakten bij de aanslagen gewond. Onder hen was er ook één zwaargewonde. Deze is aan de beterende hand, maar zal hier nog lang de gevolgen van dragen. Er vielen vooral psychologische gewonden: mensen die slachtoffers hebben geholpen en daar achteraf de terugslag van kregen.

Wie begeleidt het beveiligingspersoneel bij traumatische gebeurtenissen?

Psychologische zorg, niet alleen bij zo'n grote gebeurtenis maar ook in de dagelijkse praktijk, ligt bij het Psychosociaal Team van de Externe Dienst voor Bescherming en Preventie op het Werk (EDBPW, de Belgische pendant van de Arbodienst – red.). De teamleden voeren gesprekken met mensen met bijvoorbeeld moeilijkheden thuis of conflicten met collega's, maar ook bij schokkende gebeurtenissen zoals deze.

Nederlandse Arbodiensten richten zich primair op verzuimbegeleiding en weinig op preventie. Hoe is dat in België?

Onze taak als psycholoog is vooral preventie – als we pas bij verzuim in actie komen is dat een teken dat mensen niet goed begeleid zijn. Ik schat dat er bij Provikmo, waar ik werk, 28 psychologen en ongeveer 100 arbeidsgeneesheren actief zijn.

In België is er een wettelijk recht op psychosociale hulp bij schokkende gebeurtenissen door gedrag van derden. Iemand die in zijn beroep te maken krijgt met agressie, bijvoorbeeld door een passagier die met verbaal of fysiek geweld tekeergaat, heeft recht op begeleiding door een psycholoog. Bij G4S Aviation staat mijn team hiervoor in, met mezelf als eerste aanspreekpunt.

We zien drie termen: *psycholoog, arbeidspsycholoog* en *PAPS*. Kun je die laatste toelichten?

PAPS staat voor *Preventie-Adviseur Psycho-Sociale aspecten*. Dat is een wettelijk omschreven, aparte specialisatie, bovenop een masteropleiding klinische of bedrijfspsychologie, sociologie of, in Wallonië, criminologie. De term PAPS is snel ingeburgerd, want anders is het zo'n mond vol. Bij Provikmo ben ik teamleider van de PAPS'en. Ik doe uitvoerend werk, maar ik probeer ook zo goed mogelijk mijn collega's te coördineren en inhoudelijk bij te staan.

Zijn EDBPW's verplicht om zoveel psychologen in dienst te hebben?

Er is een wettelijk verplichte snelle reactietijd op elke aanvraag. Elke werknemer mag psychologische hulp vragen en moet dan binnen tien kalenderdagen worden gezien. Provikmo heeft daarnaast een permanentiedienst, er is altijd een collega die de telefoon opneemt en die bij trauma ter plaatse kan gaan voor ondersteuning.

Kun je iets vertellen over de psychosociale ondersteuning na de aanslagen op Zaventem?

Op het moment van de aanslagen was ik toevallig in het Brusselse. Ongeveer een uur na de aanslag had ik overleg met de manager van G4S Aviation en weer een uur later was ik ter plaatse. In eerste instantie zijn de medewerkers van de luchthaven geëvacueerd en is het merendeel met bussen naar het hoofdkantoor van G4S in Vilvoorde gebracht. Dat was niet ingericht om die mensen te ontvangen, dus we hebben een soort triage gedaan. Gewonden zijn meteen naar een EHBO'er gegaan, en ik als psycholoog heb de triage gedaan wie onmiddellijk een gesprek wenst, wie het zeer moeilijk heeft en wie al ondersteuning van een collega heeft. Daarna hebben we iedereen bij elkaar geroepen en samen met het management overleg gehad.

Goede communicatie is essentieel. We hebben veel informatie gegeven over de slachtoffers en over de collega's die nog niet aanwezig waren, en vooral ook over praktische zaken. Persoonlijke bezittingen, zoals sleutels en mobiele telefoons, zaten nog in lockers op de luchthaven, die afgesloten was, dus daar kon men niet bij. We hebben telefoons geïnstalleerd, zodat mensen naar huis konden bellen. Iemand van ons team heeft slotenmakers gebeld, zodat mensen hun huis in konden. We hebben buren gecontacteerd om te zorgen dat

mensen niet helemaal alleen thuis zouden komen. Toen we dat communiceerden aan de mensen, zag je ook dat ze rustiger werden. Het zit soms in kleine dingen. Onze eerste bekommernis was om mensen naar huis, naar een veilige plek te brengen.

G4S-personeel heeft assistentie verleend aan de slachtoffers op de luchthaven.

Klopt. Op het tijdstip van de eerste explosie hadden heel wat mensen rookpauze, net buiten de deuren. De eerste slachtoffers zijn vooral binnen gevallen, door de explosie en door materiaal dat naar beneden viel. De mensen die pauze hadden zijn direct naar binnen gegaan en toen kwam, negen seconden later, de tweede explosie. Daarbij zijn er slachtoffers gevallen onder de mensen van G4S. Dat heeft bij sommigen sterke indruk nagelaten, die krijgen nu nog steeds begeleiding. Ze hebben gewonden gezien, dodelijke slachtoffers mee naar buiten helpen nemen. Enerzijds zijn mensen blij dat ze hebben kunnen helpen, maar anderzijds hebben ze ook flashbacks.

Jullie onmiddellijke ondersteuning was dus van emotionele aard. Waren er gesprekken?

Ja, maar ook van praktische aard. Het is dansen op een dun koord als je meteen na een aanslag een psycholoog op een slachtoffer loslaat. Mensen denken 'Er komt al meteen een psycholoog met mij praten, dan moet het wel heel ernstig zijn.' We hebben mensen verteld waar ze terecht konden, hetzij onmiddellijk of anders later. Veel mensen wilden graag een gesprek, dikwijls met een collega erbij om ondersteuning van een bekende te hebben. Sommigen trokken zich terug. Dan ga je ernaast zitten met een tas koffie en dan gaan mensen gewoon praten, vaak verward en in staat van ontreddering. Maar als psycholoog hoef je dan niet veel te doen, alleen maar aanwezig zijn. Aanwezigheid tonen is heel belangrijk.

Het management had behoefte aan begeleiding en advies

Hoe reageerde het management?

Enerzijds waren ze zelf erg geschrokken van de gebeurtenissen, maar waren ze ook zeer bekommerd om het welzijn van hun medewerkers. Om 11 uur was er crisisberaad. 'Wat moet ik zeggen tegen mijn mensen? En tegen de pers? Hoe lang gaan mensen hier nadeel van ondervinden? Hoe vangen we hen het beste op?' Dergelijke vragen kwamen daar op tafel, en ik heb het management begeleid in hoe ze moesten reageren.

Om hoeveel medewerkers van G4S ging het?

Beveiligings- en bewakingsfirma G4S uit Vilvoorde stelt in ons land meer dan 6000 mensen tewerk. Zo'n 1000 onder hen zijn actief op de luchthaven van Zaventem. Daar staan ze in ploegen de klok rond in voor onder andere de toegangs-, passagiers- en bagagecontrole. Ongeveer 400 mensen waren op het werk op het moment van de aanslag. Mensen die ver van de vertrekhal werkten hebben we direct naar huis laten gaan, want die zijn minder getroffen. Zo'n 300 mensen zijn direct naar het hoofdkantoor in Vilvoorde gebracht. Voor die mensen hebben we een groepsdebriefing gedaan.

Wat hield de groepsdebriefing in?

We lieten vooral mensen vragen stellen. Ze konden hun zorgen en emoties tonen. Mijn taak was vooral om dat te normaliseren: uitleggen wat ze overkomt, wat ze zou kunnen gaan overkomen in de nabije toekomst, wat trauma in de hand werkt en dat de verwerking van zo'n gebeurtenis tijd nodig heeft. Er hoeft niet voor elke schokkende gebeurtenis een psycholoog klaar te staan, het helpt soms ook als men er binnen de familiekring over praat. We hebben het hoofdkantoor van G4S opengesteld van 7.00 tot 22.00 uur, men kon vrij in- en uitlopen om met iemand te praten, over verzekeringen of personeelszaken of voor psychologische ondersteuning. Tijdens die groepsdebriefing lag het accent dus vooral op psycho-educatie.

Er is na 72 uur een tweede vorm van ondersteuning opgestart.

Ja, we zijn overgegaan van pure informatie-debriefing naar meer emotionele debriefing. We hebben groepen samengesteld van mensen die doorgaans met elkaar samenwerkten, om elkaar te ondersteunen. Maar de mensen die geen dienst hadden op het moment van de aanslag voelden zich schuldig: 'Ik kan mijn collega niet goed begeleiden want ik weet niet wat-ie heeft meegemaakt. Het is alsof ik er niet bij hoor.' Er ontstond een groepsdynamiek die moeilijk te hanteren was.

Daarom hebben we iedereen begeleiding aangeboden, zowel in groepen als individueel, maar op vrijwillige basis. De respons was heel hoog, daardoor werd het een van de grootste uitdagingen voor ons team ooit. We zijn met zes collega's zo'n tien volle dagen bezig geweest om alle groepssessies te begeleiden.

In de groepssessies ging het om psycho-educatie, maar ook om het ventileren van emoties, en vooral over het coherent maken van het verhaal. Het trauma maakt dat mensen zich de gebeurtenissen heel gefragmenteerd herinneren en veel zwarte gaten in het geheugen hebben. Mensen fantaseren er van alles bij om die gaten op te vullen en daardoor ontstaat angst.

Wij hebben geprobeerd om helder te communiceren wat er wel gebeurd is, en wat er niet gebeurd is. Dat bracht rust. We hebben ze desensitisatie geleerd; mensen raken

gemakkelijk overspoeld door wat ze erover zagen in de media en op Facebook en door praten met collega's. We hebben geadviseerd om dat af te bakenen: praat erover, maar niet meer dan één uur per dag en zorg dat je dat doet in een kalme omgeving. Dan kun je er afstand van nemen en dan worden de emoties al minder.

Mijd die stortvloed aan informatie, want die voedt de angst

Er zijn ook individuele begeleidingstrajecten gestart.

Ja. Wie zelf individuele begeleiding wenste kon die krijgen. De eerste drie dagen hadden we het inloophuis. De pure individuele begeleiding begon pas na drie dagen, om het risico op secundaire victimisering te beperken. Enerzijds gaan mensen denken dat ze er ernstig aan toe zijn juist doordat ze begeleiding van een psycholoog krijgen. Anderzijds kan het trauma verergeren als je direct begint over de schokkende gebeurtenissen. In eerste instantie wil je vooral rust terugbrengen, zodat iemand systematisch afstand kan nemen van flashbacks. We laten mensen bijvoorbeeld wel vertellen over hun flashbacks of over hun angsten, welke geuren bepaalde emoties triggeren, en zo meer. We tonen veel empathie, we leggen uit dat het normaal is wat ze doormaken en hoe de curve van trauma eruitziet, maar we behandelen dan nog niet, want dat kan averechts uitpakken. De inhoud en het tempo van de behandeling daarna waren wel toegesneden op de persoon, er was geen standaardpakket.

Mogen PAPS'en klinisch psychologisch behandelen?

Strikt genomen is er een onderscheid tussen begeleiden, wat een PAPS mag doen, en behandelen, wat een klinisch psycholoog doet. Begeleiding houdt in dat mensen direct zo goed mogelijk geholpen worden, als er een wachtlijst is voor behandeling door een klinisch psycholoog. We helpen mensen richting hulpverlening in privésfeer of in ziekenhuizen. We hebben ook klinisch psychologen in ons team, onder wie ikzelf, die getraind zijn in het opvangen van mensen met trauma. Dus het strikte onderscheid tussen begeleiden en behandelen is wat aan het vervagen.

Er is ook nog een derde vorm van ondersteuning geboden, inzake re-integratie.

Ja. Na de aanslagen is de luchthaven twee weken gesloten geweest, maar bewakingspersoneel bleef nodig, en bovendien startte toen een testfase met tenten ter vervanging van de ontvangsthal. Veel medewerkers hadden het trauma nog vers in het geheugen en het minste of geringste zou hun angst kunnen triggeren, waardoor ze hun functie niet konden uitoefenen.

Ik had het daarstraks over desensitisatie. Daarbij helpt het als je in een rustige ontspannen toestand de plek van het gebeurde bezoekt. Slachtoffers vragen daar vaak ook om, ze willen gaan kijken of het weer veilig is. Dus dat hebben we georganiseerd. Mensen gingen in groepen van twintig naar de luchthaven, die op dat moment volledig leeg was. De kraters van de bommen waren afgezet, zodat die niet te expliciet zichtbaar waren. Ik heb de medewerkers rondgeleid en laten zien wat er waar gebeurd was, wat er was aangetroffen, zodat ze dat verhaal helder konden krijgen. Dat hebben we zo'n vier dagen gedaan. Als mensen het moeilijk kregen was er onmiddellijk psychologische hulp paraat.

Wanneer mensen eenmaal weer aan de slag waren, bleek dat sommigen het contact met publiek niet aankonden. Die meldden zich ziek. Nu is het in België niet gebruikelijk dat een werkgever dan snel contact heeft met de zieke werknemer. Wij vormen daarin – al heel lang – een soort brug. We hebben een beroepsgeheim en we kunnen contact opnemen met de medewerker om te vragen hoe het gaat en om te bemiddelen als er hulp nodig is. We hebben die mensen kunnen aanbieden om te worden ingezet in de periferie van de luchthaven, bijvoorbeeld op het terrein rond het tarmac waar passagiers niet mogen komen. Want de moeilijkheid was vooral het contact met passagiers. Men zag overal een trigger: een rugzak, iemand achter een trolley met een klikkertje in de hand, men kreeg verdenkingen op grond van het uiterlijk van mensen.

De bomkraters waren afgezet

Komt dat wel weer goed?

Meestal wel. Een normale traumatische reactie is iets heel anders dan een posttraumatische stressstoornis, en er is een groot verschil tussen directe en indirecte slachtoffers. Een indirect slachtoffer met reeds aanwezige angstproblematiek wordt door zo'n aanslag veel angstiger en waakzamer, maar na enkele weken neemt dat ook weer af. Als zo iemand uit de context gehaald wordt, bijvoorbeeld door op reis te gaan of te gaan logeren bij familie, dan zie je dat de angst afneemt. Die verdwijnt niet, maar men leert ermee leven.

Een direct slachtoffer heeft meerdere symptomen, zoals flashbacks, angstaanvallen, nachtmerries; die slaapt de eerste dagen moeilijk. Dan ontstaan er rouwreacties. Men kampt met levensvragen en met aantasting van integriteit: 'Er is mij iets aangedaan waar ik geen controle over had.'

We hebben mensen momenteel, achttien maanden later, nog steeds in begeleiding. Het gaat dan over carrière, over het risico dat men wil lopen ten opzichte van de verantwoordelijkheid voor het gezin.

Gaan die mensen ander werk zoeken?

Ja, het verloop is groot. Vooral leidinggevenden met slachtoffers in hun team willen die verantwoordelijkheid niet meer.

Komt PTSS wel voor onder de medewerkers van G4S?

Ja. Als symptomen als flashbacks en angstaanvallen lang aanhouden en gepaard gaan met hevige depressie en terugtrekking, is er sprake van PTSS. Mensen voelen zich niet meer welkom in de maatschappij en gaan leven in een angstwereld, komen het huis niet meer uit, verbreken banden met familie en collega's. Sommigen hebben tot op de dag van vandaag nachtmerries en lijden daar toch wel heel erg onder. De grens tussen trauma en PTSS is moeilijk te stellen. De DSM noemt duidelijke criteria, maar in de praktijk kom je die nooit zo duidelijk tegen.

Is er een bepaalde casus die je is bijgebleven?

Ja, één medewerker die ik voor het eerst sprak onmiddellijk na de aanslagen. Hij was helemaal ontredderd, gewond aan zijn arm, en terwijl ik hem sprak voelde hij aan zijn rug, daar bleek nog een glasscherf in te zitten. De artsen zijn hem komen helpen, alle wonden zijn gehecht. Nadien heb ik nog verschillende sessies met hem gehad. Dat ging over zijn gezin, hij had pas een dochtertje, twijfelde hevig: 'Is dit wel een job voor mij?', maar vooral belangrijk: hij was een zeer vroom moslim en kampte met groot schuldgevoel over dat er uit naam van zijn religie slachtoffers waren gemaakt.
Een maand na de aanslagen kwam hij om bij een auto-ongeval. De mensen waren aan het rouwen na de aanslagen, en toen overleed nog een naaste collega. Dat verzwaarde het rouwen nog eens extra.

Hoe zit het met de psychologische zorg voor de PAPS'en?

(Glimlacht:) Dat is een heikel punt. Ik heb dat op mij genomen, ik hield dagelijks debriefing met mijn team, zowel telefonisch als persoonlijk, maar ik was mezelf vergeten. Dat is de grootste valkuil voor een psycholoog, en ik heb die onderschat. Ik had een serieuze weerslag. Vijftien dagen na de aanslag, 's nachts nadat ik was thuisgekomen van de luchthaven, is mijn dochter geboren. Ik heb haar geboorte gelukkig wel meegemaakt, maar de ochtend na de bevalling stond ik alweer te bellen met allerlei mensen. Ik kon heel moeilijk loskomen van mijn werk. Mijn directie heeft dat onderkend en heeft ervoor gezorgd dat ik zelf ook de nodige begeleiding kreeg.

Wat zou je Nederlandse arbodiensten willen meegeven vanuit je ervaringen?

Twee dingen, ten eerste: verenig u. Zorg ervoor dat je een aanslag van zo'n grote omvang met verschillende diensten op een uniforme manier kunt aanpakken. Door communicatie, door te zorgen dat je meteen een crisiscel kan oprichten. Zorg dat je elkaar kent en dat je weet wat je aan elkaar hebt, dan kun je krachten verenigen. Er waren momenten dat ik niet kon voldoen aan de vraag, en pas achteraf heb ik hulpverleners van andere instanties leren kennen waar ik mensen naartoe had kunnen sturen.
Ten tweede: sensibiliseer uw organisatie. Naast de vraag hoe te handelen bij een aanslag, is minstens zo belangrijk hoe de organisatie omgaat met grootschalige emotionele moeilijkheden. Wat moet een leidinggevende doen, en zeggen, en wie kunnen we contacteren om ons te helpen?

Elke van Hoof: 'Psychotrauma door terreur is een nieuwe realiteit'

Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans

Associate professor en klinisch psycholoog prof.dr. Elke van Hoof (1976) behandelt slachtoffers van de aanslagen in Brussel en zit in de Hoge Gezondheidsraad. TBV sprak met haar over de leerervaringen van de aanslagen en over het instrumentarium om PTSS te herkennen en te behandelen.

Weet je nog waar je was tijdens de aanslagen in Brussel op 22 maart 2016?

Ja, ik was onderweg naar het RIZIV (Belgische pendant van het UWV – red.) om les te gaan geven. Normaal rij ik van mijn huis in Hoegaarden via Montgomery in Brussel daarheen, en dan passeer ik de luchthaven. Toevallig had ik deze keer een andere weg gekozen, en ik had ook geen radio geluisterd in de auto. Dus toen ik aankwam op het RIZIV wist ik nog van niets. Ik kwam daar in een heel onrustige groep van artsen en preventieadviseurs. Iemand zei dat er een ontploffing was geweest op de luchthaven, maar dat er hier in het RIZIV niets aan de hand was. Dus toen ben ik met de les gestart. Maar dat ging niet. Iedereen was bezig op z'n smartphone. Ik stond op het punt om daar wat van te zeggen toen een van de cursisten zei dat er een aantal explosies was geweest in Brussel, en moesten we niet een aantal mensen gaan waarschuwen?

Spreken met elkaar na een ingrijpende gebeurtenis

Een ingrijpende gebeurtenis brengt heel wat teweeg. Iedereen reageert anders. Elke reactie is oké; het gaat immers om een gewone reactie in een abnormale situatie.

Enkele concrete tips om met elkaar over het gebeuren te praten:

- Let op met beeldmateriaal.
- Houd rekening met de leeftijd en de aanwezige emoties bij de betrokkenen. Vraag wat ze zelf al weten en hoe ze zich erbij voelen.
- Vertel niets wat de persoon banger zou kunnen maken.
- Vraag wat de persoon nodig heeft om zich beter te voelen en focus op wat de persoon zelf kan doen.
- Stel gerust; minimaliseer niet, maar geef een kader. Schep veiligheid. Antwoord eerlijk op vragen. Selecteer daarbij de informatie die je daarnaast geeft.
- Blijf nabij; zorg ervoor dat de persoon zich niet alleen voelt.

Nu was er in november 2015 al een *lockdown* geweest in Brussel vanwege terreurdreiging, acht dagen na de aanslag op de Bataclan in Parijs. Het doel van lockdown is dat politie, leger en hulpdiensten snel en ongehinderd door de stad kunnen. Wegen en straten worden ontruimd, openbaar vervoer wordt stilgelegd, metro- en treinstations gaan dicht, mensen wordt via radio, televisie en geluidswagens op straat meegedeeld dat ze naar binnen moeten en blijven waar ze zijn.

Bij die lockdown heb ik een dag opgesloten gezeten, verstoken van internet en alles, en dat wilde ik geen tweede keer meemaken. Dus ik heb de cursus afgeblazen, ik heb vijf cursisten met mijn auto naar huis gebracht en daarna ben ik zelf naar huis gereden. Ik reed door de tunnels, achter mij reden politiewagens die schuin op de weg gingen staan om hem af te sluiten. Ik reed langs Zaventem over een lege snelweg, maar uit de tegenovergestelde richting kwam een hele stroom ambulances aanrijden. Dat beeld vergeet ik niet, het was heel onwezenlijk.

Vandaag weten nog heel veel mensen wat ze toen aan het doen waren.

Ja, het is als met 9/11 of de Bijlmerramp. Onze hersenen registreren een brede waaier aan gebeurtenissen, maar als het onvoorspelbaar, onbegrijpelijk en zinloos is, dan maakt dat een diepere kras in ons geheugen.

Wat doet zo'n dubbele aanslag met de psyche van een professor in de psychologie?

Ik ben ook maar gewoon mamma en partner en dochter van. Ik reflecteer natuurlijk ook over in welke wereld mijn kinderen gaan opgroeien. Maar ik ben ook klinisch psycholoog gespecialiseerd in traumatherapie. Naderhand zeiden mensen dat ik zo kalm was gebleven op de ochtend van de aanslagen, terwijl ik dat zelf eigenlijk als een tweede natuur beschouw.

Sinds de aanslagen is er een enorme stijging in de *common mental disorders:* angst, depressie en stressgerelateerde problemen. Ik kreeg veel vragen naar psycho-educatie van scholen en huisartsen in de regio. Mensen wilden weten wat ze moeten zeggen tegen slachtoffers en tegen kinderen.

Heb je tips?

We hebben scholen aangeraden om de kinderen tekeningen te laten maken van de gebeurtenissen – dan blijkt dat ze zich de dingen veel erger voorstelden dan ze waren. Daarna kun je ze in vier stappen door middel van opdrachten tekeningen laten maken van betere situaties, met als vierde een ideale situatie. Vervolgens moet je daar actie mee ondernemen, door de kinderen hun tekeningen te laten ophangen aan het hek van de school of aan bomen. Die actie helpt de hersenen om het verwerkingsproces weer op gang te brengen.

Bij een volwassene die zich afvraagt wat er van de wereld moet worden is het belangrijk dat je even stilstaat en vraagt 'Wat denk je zelf?' Je kunt aangeven waar veilige plekken zijn, je kunt zoeken naar veiligheid die de persoon op dat moment zelf kan controleren. Tekenen werkt ook voor volwassenen heel goed. Een van mijn patiënten was ervan overtuigd dat ze oog in oog had gestaan met de daders.

Dat heb ik haar laten schetsen. Daarna vroeg ik haar om zichzelf in een andere houding te tekenen, zodat ze de daders niet meer zag. Dat kon ze niet. Vervolgens heb

ik de tekening doormidden geknipt en de twee delen uit elkaar gelegd. Toen kwam ze tot rust en kon ze wel zichzelf in een andere positie tekenen. Met simpele non-verbale technieken kun je het verwerkingsproces op gang helpen. Dat is vaak voldoende om chronische problemen te vermijden.

Wat is de impact geweest op de Belgische bevolking?
Meer dan de helft van de mensen had angstreacties, paniekreacties, gevoelens van zinloosheid en dissociatie. Dat zijn normale reacties op een abnormale situatie, die zich na een week of zes stabiliseren. Dat weten we uit een onderzoek in New York, dat toevallig twee maanden voor 9/11 was gestart.[1] Wetenschappelijk onderzoek naar gevolgen van aanslagen is natuurlijk heel lastig. Je kunt het niet voorbereiden.

Hoeveel mensen zijn er getroffen door die aanslagen?
Vanuit de literatuur delen we getroffenen op in ten eerste slachtoffers, direct betrokkenen en hun familie; ten tweede mensen die wel op dat moment ter plaatse waren, maar niet *face to face*, en ten derde de professionals: politie, ambulancepersoneel, journalisten, enzovoort. Wie 50 meter rond de plaats van de explosie was, is *witness in person*, die hebben veel zwaar letsel gezien, sommigen ook doden. Bij hen verwachten we een grote impact. Maar het houdt natuurlijk niet op bij die groep, bij de rest van de bevolking zie je ook een impact.

'Simpele non-verbale technieken zijn vaak voldoende om chronische problemen te vermijden'

Wie van hen is ook werkelijk getraumatiseerd?
We hebben nog geen goed monitoringsysteem, dus helaas ook geen harde cijfers. Het onderwerp komt binnenkort waarschijnlijk wel aan de orde in onze landelijke vierjaarlijkse gezondheidsenquête. Ik verwacht dat onze cijfers vergelijkbaar zijn met die van het impactonderzoek in Frankrijk na de aanslag in de Bataclan.[2] PTSS is daar vastgesteld bij 35% van de witnesses in person, bij 20 tot 50% van de overigen was er een toename van psychische stoornissen. Een jaar later heeft zo'n 11% nog steeds PTSS en zo'n 30% een andere psychische stoornis. Van de rest van de bevolking heeft 12 tot 30% zes maanden later nog psychische problemen. Dus dat is heel veel.

'Door de overlap in symptomen van PTSS en burn-out is er een groot risico op misdiagnose'

De mensen met PTSS lijden onder hyperactivering, dwangmatige herbeleving, verdringing, angstreacties, emotionele vervlakking en dissociatie opgeroepen door bepaalde kenmerken, bijvoorbeeld een gebouw, beelden of geuren. Die laatste vier zijn ook symptomen van burn-out, en professionals zijn zich er onvoldoende van bewust dat PTSS zich pas jaren na de gebeurtenissen kan manifesteren. Er is nu al veel misdiagnose. Ik krijg veel mensen doorverwezen die met burn-out zijn gediagnosticeerd en in feite PTSS of een complex trauma hebben, terwijl adequate behandeling voor elk van die drie zeer verschillend is. Met de huidige wet- en regelgeving is er een groot risico dat deze groep niet wordt erkend. Dat willen we voorkomen, langs twee wegen. Huisartsen, bedrijfsgeneesheren en HR-mensen moeten beter worden opgeleid om misdiagnose te vermijden, en er moet een algemeen monitoringsysteem worden opgezet, zodat we die gevallen kunnen volgen en zichtbaar maken.

Zijn er kwetsbare profielen waarvan we kunnen voorspellen dat ze PTSS zullen krijgen?
Peritraumatische dissociatie en de impact daarvan zijn belangrijke voorspellers. Daarnaast angst, onmacht en afgrijzen die men niet kan verwoorden; verder reeds bestaande gevoeligheden, zoals familiale belasting, depressie, angst of werkgerelateerde stress; en het maakt veel uit of iemand fysiek gewond is geweest.
Vrouwen lopen tweemaal zoveel risico als mannen. De amygdalae van mannen en vrouwen werken verschillend, wat leidt tot een verschillende perceptie van dreiging, dissociatieve processen, coping-stijl en sociale ondersteuning. Mannen gaan eerder over tot actie, vrouwen veel minder.

Je hebt een praktijk als klinisch psycholoog. Zijn er casussen die je zijn bijgebleven?
Ja. De eerste was lang voor de aanslagen in Brussel, een vrouw die het eerste onthoofdingsfilmpje van IS op YouTube had gezien, zomer 2015. Zij was een creatieve, succesvolle dame met een goed sociaal netwerk, maar door dat filmpje was ze helemaal gedecompenseerd. Ik vond dat heel onwezenlijk. Het was niet dichtbij huis, er was hier toen nog helemaal geen dreiging en geen risico, en toch ging zij daardoor ernstig disfunctioneren.

Is er financiële compensatie voor patiënten die een behandeling bij een psycholoog nodig hebben?

Nee. Afgezien van behandeling in het ziekenhuis is er voor psychische zorg in de eerste lijn niets geregeld. Vergoeding door de mutualiteit (ziekenfonds – red.) is gemiddeld 5 tot 15 euro per sessie, terwijl 90 euro per sessie van anderhalf uur een normaal tarief is. Iemand met psychotrauma wil je wekelijks zien, dus dat is 360 euro per maand. Mensen met een gezin kunnen dat niet opbrengen.

Er werd een parlementaire onderzoekscommissie 'Aanslagen' opgezet.

Ja, hun opdracht is te analyseren of de huidige wetgeving werkt en het mogelijk maakt om radicalisme en terrorisme efficiënt te bestrijden. Daar vallen veel zaken onder. Eén is het opstellen van een statuut (overheidsregeling – red.) voor traumaslachtoffers om de begeleiding en de vergoeding daarvoor te verbeteren.

Ten tweede moet de regelgeving rond de professionals worden verbeterd. Politie, ambulanciers, beveiligingspersoneel, huisartsen, klinisch psychologen, enzovoort, hebben in de nasleep van de aanslagen heel veel goed werk geleverd, maar onbetaald, omdat er niks voor geregeld was. Dat moet natuurlijk ook beter.

Als derde moet je snel duidelijk kunnen vaststellen wie wel of niet getroffen is door zo'n aanslag, en wie al dan niet voor een bepaalde behandeling of een bepaald statuut in aanmerking komt. Bij de aanslagen zijn mensen gewond geraakt die de dag erop moesten gaan werken. Maar zij konden geen ziektebriefje laten zien, en daardoor hebben ze hun ziekte-uitkering misgelopen. Dat moet natuurlijk niet mogen, die administratie moet drastisch verbeterd worden.

Een vierde belangrijke aanbeveling van de commissie is dat er zeer zwaar moet worden ingezet op goede communicatie en informatie-uitwisseling tussen hulpverleners, departementen en diensten.

Er is veel misgelopen met de communicatie.

Ja. Het meest schrijnende is dat er al om acht uur 's ochtends, ruim een uur voor de explosie, een risico is gesignaleerd en geadviseerd is om de metro stil te leggen. Maar iemand moest dat advies valideren en dat is niet gebeurd. Daardoor zijn er slachtoffers gevallen. Dat is natuurlijk heel erg. Een ander probleem was dat enkele psychologen die acuut hulp konden bieden, niet waren *gecleared* door staatsveiligheid en de luchthaven niet in mochten om te helpen. Verder had de luchthaven geen evacuatieplan. Dat was voordien al regelmatig aangekaart, maar er was niks mee gedaan. Zulke dingen mogen eigenlijk niet gebeuren. Aan de andere kant moeten we niet vergeten dat alle ziekenhuizen en artsenposten fantastisch werk hebben geleverd. Mensen die verlof hadden zijn spontaan naar het werk gegaan om te helpen. Er ging ook heel veel vanzelf goed.

Wat is de rol van de media in psychotrauma na terroristische aanslagen?

Die rol is belangrijk en onderschat, zowel negatief als positief. Berichten in de media kunnen psychotrauma doen ontstaan, of de ontwikkeling ervan versnellen, maar ze kunnen er ook juist tegen beschermen. Onmiddellijk na de explosies op Zaventem en in de Metro wist niemand iets. Nieuwsbulletins brengen dan meningen. Dat geeft onrust in ieders brein. Het eerste beeld was veel groter dan achteraf uit de feiten bleek.

Aan de andere kant hadden journalisten al wel goed geleerd van Frankrijk: ze brachten vooral beelden van mensen die elkaar hielpen. Later die dag, en tot op de dag van vandaag nog, heb je in Brussel op de Munt spontane bijeenkomsten van mensen die elkaar steunen, elkaar knuffelen, bloemen neerleggen, kaarsjes branden en liederen zingen. De herhaling van zulke rituelen en media-aandacht daarvoor helpt mensen om de gebeurtenissen te verwerken.

Je bent behalve praktiserend psycholoog ook professor in de psychologie: wat leer je aan studenten over psychotrauma?

Bij Gezondheidspsychologie behandel ik de *common mental disorders* angst, depressie, stress. Wat die veroorzaken is enorm divers, maar belangrijk is te beseffen dat mensen normale reacties vertonen op abnormale situaties, niet andersom.

In het vak 'klinisch psychologisch interveniëren' zal psychotrauma na terreuraanslagen expliciet behandeld worden. Cursisten krijgen onderricht in de elementaire psycho-educatie, hoe ze een veilige context kunnen installeren, hoe ze een sociaal netwerk van slachtoffers/betrokkenen kunnen activeren, hoe ze *follow-upmonitoring* kunnen doen en kunnen beoordelen wanneer er behandeld moet gaan worden. Verder zal zelfzorg voor professionals aan bod komen, want we zien nu al in die groep problemen ontstaan.

Wat is de stand van zaken van wetenschappelijk onderzoek over psychotrauma?

Er zijn heel veel onbeantwoorde vragen. Goed onderzoek is moeilijk doordat aanslagen onvoorspelbaar zijn, en slachtoffers zijn door hun ontreddering heel moeilijk te bevragen. We weten dat het effect van medicatie zeer matig is. Het wordt helaas wel veel voorgeschreven.

Er zijn drie kerninterventies breed toepasbaar: psycho-educatie, emotieregulatie en -stabilisatie, en cognitieve verwerking. Psycho-educatie betreft aard en duur van het gebeurde en leert mensen basaal stressmanagement. Emotieregulatie pas je toe bij hyper-arousal. Als mensen dreigen te gaan hyperventileren kun je ze al hun spieren laten aanspannen of ademhalingstechnieken aanleren: vier tellen inademen, zeven tellen vasthouden, acht tellen uitademen. Kracht zetten op iets dat niet meegeeft, bijvoorbeeld staand met de

handen tegen een muur duwen, is een goede techniek om overmatige spanning van een stressrespons te vermijden.

Medicatie heeft maar matig effect bij psychotrauma

De overzichtsliteratuur noemt vier behandelmethoden die effectief kunnen zijn bij PTSD: cognitieve gedragstherapie, cognitieve verwerkingstherapie, dat is tot andere gedachten komen over het trauma, *prolonged exposure*-therapie, het leren omgaan met de herinneringen die opkomen door het trauma, en EMDR.[3] Het voordeel van EMDR is een veel lager risico dat de behandelaar zelf wordt getraumatiseerd door het verhaal van de patiënt. In het algemeen geldt dat de behandeling altijd maatwerk moet zijn.

En wordt die wetenschap vertaald naar beleid in België?

De minister heeft de Hoge Gezondheidsraad van de Federale Overheid gevraagd om advies uit te brengen, dat zal najaar 2017 gereed zijn. Concreet is gevraagd: wat zijn de optimale structuur en aanpak van behandeling na een terreuraanslag, wat zou het expertiseprofiel van de beoefenaar in de crisispsychologie moeten zijn en hoe kunnen we een zorgtraject inrichten waarin monitoring kan gebeuren? De Gezondheidsraad beantwoordt die vraag voor psychotrauma in het algemeen, want anders heeft het geen zin. Het aantal terreuraanslagen in West-Europa is nog nooit zo laag geweest als nu. In de jaren zeventig en tachtig, met de IRA en ETA, ging er elke week wel ergens een bom af. Nu gebeurt het veel minder vaak, maar door *social media* en internet is de impact nog nooit zo groot geweest.

En wat kunnen een bedrijfsarts en verzekeringsarts, die zich in de eerste plaats bezighouden met verzuim en re-integratie, hieruit onthouden?

We moeten ons ervan bewust zijn dat terreur en aanslagen kunnen leiden tot trauma, veel meer dan vroeger. Wees alert op de uitgestelde expressie. Het begint vaak met lichamelijke klachten. Dissociatie zou bevraagd moeten worden.

Hoe kun je vaststellen dat iemand dissocieert?

Als ze hun verhaal heel gefragmenteerd vertellen, dan is dat een teken. Verder kan iemand meestal heel precies het kantelpunt aangeven waarop hij of zij niet meer kon functioneren. Je kunt dan vragen: 'Wat heb je daarna gedaan?' Iemand die dissocieert heeft daar geen herinnering van. Als 'daarna' een dag later is, dan is er een gat in de herinnering en dat kan duiden op dissociatie.
Je vraagt impliciet wat iemand gedaan heeft om terug te keren tot normaal functioneren. Een bijna klassiek antwoord van verkrachtingsslachtoffers is iets als 'Ik heb mijn kleren aangetrokken en ik ben de kinderen van school gaan halen.' Familie en kinderen zijn belangrijk. Als je je bij een interventie richt op de kinderen, heb je snel positief resultaat.
Je moet iemand die dissocieert niet corrigeren. Dat is een valkuil. Iemand vertelt een verhaal dat niet klopt, want de volgorde van gebeurtenissen was aantoonbaar anders. Je hebt dan de neiging om iemand te corrigeren, 'Wat je zegt klopt niet, want…', maar daar creëer je juist angst en extra dissociatie mee. Je kunt beter over de waan heenstappen, en kijken wat je kunt doen om iemand zich beter te laten voelen.

Is er iets nog niet aan bod gekomen over psychotrauma wat je graag wil meegeven aan de lezers van *TBV*?

Er is een nieuwe realiteit in de hulpverlening. Zinloze en onvoorspelbare gebeurtenissen hebben een enorme impact op iedereen, en dat geeft spill-over op andere aandoeningen, voor ons allemaal. Iemand met burn-out op het moment van de aanslagen, heeft door de aanslagen zeker een terugslag gehad. Hier in België moet ik mensen er soms op wijzen dat we nog steeds leven in terreurdreiging 3, het op een na hoogste niveau. Dat is een nieuwe realiteit.

Literatuur

1. Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. Am J Psychiatry 2007;164(9):1385-94.
2. Santé publique France. Vandentorren S, Sanna A, Aubert L, Pirard P, Motreff Y, Dantchev N, et al. Etude de cohorte IMPACTS*. Première étape: juin-octobre 2015. Investigation des manifestations traumatiques post-attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en île-de-France ; 2017. http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Etude-de-cohorte-IMPACTS-.-Premiere-etape-juin-octobre-2015.
3. Church D, Stern S, Boath E, Stewart A, Feinstein D, Clond M. Emotional freedom techniques to treat posttraumatic stress disorder in veterans: review of the evidence, survey of practitioners, and proposed clinical guidelines. Perm J 2017;21:16-100. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5499602/.

Trauma en persoonlijkheids-problematiek

Rulanda van Kruysbergen

Martijn Stöfsel en Trudy Mooren. Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
ISBN 9789036810838, 265 pagina's, € 34,90.

De auteurs geven aan dat het boek bij uitstek geschikt is voor psychologen, psychotherapeuten en psychiaters (in opleiding) die gaan werken met mensen met complexe trauma- en persoonlijkheidsproblematiek. De doelgroep bedrijfs- en verzekeringsartsen wordt niet genoemd, terwijl we in de praktijk wel vaak te maken krijgen met deze problematiek.
In de inleiding wordt expliciet aangegeven dat het niet gebruikelijk is om persoonlijkheidsproblematiek te verklaren vanuit traumatische jeugdervaringen, terwijl deze vaak wel samen blijken te gaan. Deze ervaringen kunnen een bijdrage leveren aan het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis doordat ze kunnen leiden tot een coping-stijl die wel adequaat is om in de kinderjaren met de traumatische ervaringen om te gaan, maar vaak op latere leeftijd niet meer passend is.
In vier delen wordt het hele traject besproken. In deel I, 'Theoretische achtergrond', is er vooral aandacht voor definities, de achtergronden bij het ontstaan van persoonlijkheidsproblematiek, en de verschillende vormen van behandeling en richtlijnen. De clusterindeling en uitleg van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen zijn duidelijk. Tevens beschrijft dit onderdeel op welke manier vroegkinderlijke trauma's tot persoonlijkheidsproblematiek kunnen leiden.

In deel II, 'Overzicht houden', wordt ingegaan op de verschillende manieren om tot een diagnose te komen, waarbij zowel DSM-IV- als DSM-5-aspecten worden benoemd. Er is veel aandacht voor alle beschikbare vragenlijsten en de toegevoegde waarde of validiteit van deze instrumenten. Deze kennis is enerzijds zinvol voor onze beroepsgroep omdat we daarmee de ontvangen informatie van behandelaars beter kunnen interpreteren en gebruiken bij de beoordeling van prognoses rond herstelmogelijkheden. Anderzijds is het ook een saaie opsomming.

In deel III, 'Interventies', staat veel praktische informatie over hoe en wanneer de verschillende behandelmogelijkheden ingezet kunnen worden. Ook van belang zijn de terugvalpreventie en het beëindigen van de behandelrelatie. Het doel is om nieuw gedrag aan te leren, maar in kwetsbare omstandigheden is het risico op terugval in oud gedrag altijd aanwezig. Dit betekent niet dat de behandeling niet zinvol is geweest, maar dat blijvende aandacht voor adequate coping van belang is. De samenhang tussen trauma en persoonlijkheid wordt hierin tamelijk beperkt behandeld.

In deel IV, 'De therapeutische relatie en de behandelaar', is aandacht voor de onderlinge verhouding tussen patiënt en behandelaar. Uiteraard gaat het over tegenoverdracht, maar ook wordt aandacht besteed aan het weke hart dat uit compassie en bij lange behandelingen kan ontstaan. Het zal niet verbazen dat een week hart niet leidt tot verbetering van de klachten/mogelijkheden van patiënten, maar wel veel tijd en energie gaat kosten. Dit hoofdstuk is zeker de moeite waard omdat de hier geschetste situaties ook in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen voorkomen.

Conclusie

Mijns inziens is het een helder en duidelijk boek dat basiskennis over persoonlijkheidsstoornissen beschrijft en waarin alle aspecten van diagnose en behandeling van trauma en persoonlijkheidsproblematiek uitstekend op een rij zijn gezet en gemakkelijk even terug te lezen zijn. Dat er een relatie bestaat tussen beide onderwerpen lijkt ook heel logisch. Door de vele opsommingen is het onderlinge verband tussen beide onderdelen wel wat op de achtergrond geraakt. Dat persoonlijkheidsstoornissen moeilijk te behandelen zijn is bekend en het deel dat beïnvloedbaar is lijkt vooral de inadequate coping te zijn die door de trauma's onderdeel van het gedrag zijn geworden. Hoewel het boek veel zinvolle informatie bevat is het voor de gemiddelde bedrijfs- en of verzekeringsarts te technisch en te veel gericht op behandelaars.

De maatschappelijke impact van posttraumatische stress

Wise EA, Beck JG. Work-related trauma, PTSD, and workers compensation legislation: implications for practice and policy. Psychol Trauma 2015;7(5):500-6. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000039.

Beroepsziekten zijn in discussie. Moet Nederland terug naar een *risque professionnel*? Een collectieve verzekering voor werkgevers waaruit aan werknemers met een vastgestelde beroepsziekte een compensatie kan worden uitgekeerd voor de door het werk geleden gezondheidsschade? Ook voor mensen met een psychische beroepsziekte zoals PTSS? Het is goed om eens te kijken hoe zo'n systeem functioneert in een land waar vele compensatieregelingen zijn, zoals de VS. Wise et al. onderwierpen de Amerikaanse regelgeving op dit punt aan een grondig onderzoek. Hun overzichtsartikel heeft werkgebonden traumatische gebeurtenissen als onderzoeksobject, met speciale aandacht voor het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) als uitkomst. De auteurs leggen de wet- en regelgeving van de afzonderlijke Amerikaanse staten en die van de federale overheid onder de loep. Wat is de invloed van een wettelijke compensatie op werknemers met werkgerelateerde psychische klachten? In de VS bestaan er in dit opzicht opvallende verschillen in regelgeving tussen de afzonderlijke staten. Die verschillen hebben consequenties voor het beleid en voor de zorg. Voorts onderzoeken de auteurs de kosten van onbehandelde PTSS. Dat leidt tot een uniek overzichtsartikel.

Vóórkomen van PTSS

Er is veel onderzoek gedaan naar de prevalentie van PTSS. Na een traumatische gebeurtenis op het werk krijgt 6 tot 32% van de getroffen werknemers een PTSS. De cijfers verschillen per beroep, maar duidelijk is dat blootgestelde werknemers (in het bijzonder geüniformeerde beroepen) 4 tot 5 keer meer kans op PTSS hebben dan de algemene bevolking. Bij PTSS ziet men nogal eens comorbiditeit, het vaakst in de vorm van een depressieve stoornis.

Regelgeving en begrippen

Werkgevers in de VS moeten voor hun werknemers een verzekering voor beroepsziekten afsluiten. Deze vergoedt de zorg- en soms ook de vervangingskosten. Als 'tegenprestatie' ziet de werknemer in geval van een beroepsziekte af van het aansprakelijk stellen van zijn werkgever. De meeste compensatiewetten zijn per staat tot stand gekomen. Meestal worden vier typen letsel onderscheiden naar gelang de oorzaak en het gevolg: 1) een fysieke oorzaak met fysieke gevolgen, 2) een fysieke oorzaak met psychische gevolgen, 3) een psychische oorzaak met fysieke gevolgen en 4) een psychische oorzaak met psychische gevolgen. Alle staten vergoeden fysiek-fysieke schade. Zestien staten vergoeden fysiek-psychische schade en nog eens negentien staten vergoeden psychisch-psychische schade. Fysiek-psychische schade leidt de ene keer wel, de andere keer niet tot compensatie. Achttien staten stellen aanvullende eisen voor psychisch-psychische schade. Gestandaardiseerde en betrouwbare definities van *mental health injury*, *extreme stress* en *traumatic event* ontbreken in de regelgeving. Evenmin wordt gedefinieerd wat *extraordinary* of *unusual circumstances* zijn. Zo werden beroepsclaims van een sheriff en een politieman afgewezen omdat de rechter zich baseerde op functiebeschrijvingen waarin stond dat dodelijk geweld niet buitengewoon of ongebruikelijk was voor het betreffende beroep. Wat is een *unusual* gebeurtenis? Uitzonderlijker dan die welke collega's met dezelfde job ervaren? Een wettelijke definitie die men toepast op een enkele gebeurtenis (de *similarly situated standard*) miskent de impact van cumulatieve blootstelling aan schokkende gebeurtenissen. Juist die laatste komt veel voor bij geüniformeerde beroepen en kan leiden tot PTSS.

Rol psychologen

Voorts is er sprake van inconsistentie tussen de staten van de VS over de vraag of psychologen een onafhankelijke medische keuring (*Independent Medical Examination*) mogen doen. Een IME kan vereist zijn als er discussie is over de psychische schade bij de werknemer of als men verdenking koestert op simulatie. Daar is veel literatuur over. Momenteel staan zeventien staten psychologen toe IME's te doen, terwijl 21 staten dit niet toestaan. Dat laatste is niet in overeenstemming met de beschikbare *evidence* en staat bovendien haaks op de belangrijke rol die psychologen hebben gespeeld bij het vaststellen van valide en betrouwbare criteria en methoden voor de IME's.

Werknemers federale overheid beter af

Er is een apart compensatiesysteem voor de 2,7 miljoen werknemers in dienst van de federale overheid. Dit systeem geeft hogere compensaties. Hier wordt een veel ruimere definitie van *injury* gehanteerd. Hier geldt geen

criterium van *extreme stress*. PTSS is hier 'een psychische stoornis die volgt op een enkele of op herhaalde traumatische gebeurtenissen'. Klinisch psychologen mogen hier IME's doen. Toch signaleren de auteurs ook hier beroepsspecifieke situaties die de wenkbrauwen doen fronsen. Een machinist kreeg na PTSS als gevolg van een suïcide van een treinspringer geen compensatie, omdat hij (de machinist) zich niet binnen een zone van fysiek gevaar bevond. Dus er was geen sprake van fysiek-psychisch letsel. De meeste federale regelingen dekken psychisch letsel overigens wel.

Aanvullend beleid noodzakelijk

De auteurs concluderen dat er grote verschillen bestaan tussen de staten in de compensatie van werknemers met psychisch letsel na een werkgerelateerd trauma. De federale regelingen zijn consistenter op dit punt. De regeling voor de veteranen gaat nog het verst. De auteurs benoemen twee probleemvelden die vragen om beleid:

1. Ongelijkheid in compensatie tussen fysieke en psychische gevolgen van een traumatische gebeurtenis. Dit is strijdig met de nationale trend naar gelijkheid in verzekering voor psychische stoornissen.
2. Een gebrek aan vertrouwen in de psychologie als wetenschap. De staten die *extraordinary* of *unusual circumstances* eisen als voorwaarde voor compensatie, gaan voorbij aan het feit dat de definitie van *extraordinary* niet berust op empirische kennis, maar op achterhaalde richtlijnen of definities. Er zijn veel voorbeelden waarbij het buiten beschouwing laten van psychologische kennis over traumagerelateerde psychische stoornissen resulteert in wetten die niet *evidence-based* zijn.

Maatschappelijk belang van 'complete' dekking

Als de verzekering niet uitkeert leidt dat gewoonlijk tot het uitblijven van behandeling. Dat laatste brengt kosten voor werkgever en werknemer met zich mee. Zonder behandeling wordt PTSS een chronisch gezondheidsprobleem met verminderde kwaliteit van leven en ingrijpende maatschappelijke gevolgen. Onbehandelde PTSS verhoogt de kosten voor de werkgever wat betreft zorg en vervanging, en kan leiden tot baanverlies voor de werknemer. Toekenning van compensatie is voor veel werkende Amerikanen met een beroepsziekte hét startpunt van de medische behandeling. Voor het jaar 2002 werden de totale kosten van *chronic mental illness* in de VS op 317 miljard dollar geschat.

Al eerder, in 2009, adviseerde de APHA (American Public Health Association) een nationaal programma voor een uniforme *workers compensation*. Maar de stakeholders zijn het niet met elkaar eens. De auteurs doen een aantal aanbevelingen om uit deze impasse te komen:

1. Creëer een uniforme standaard voor de dekking voor psychische stoornissen die de statelijke en federale compensatiesystemen overstijgt, en waarin alle psychische stoornissen worden gedekt, zoals met de fysieke stoornissen al het geval is.
2. Laat IME-keuringen voor PTSS en andere psychische stoornissen verrichten door gekwalificeerde psychologen.
3. Betrek de psychologische wetenschap bij de compensatieregelgeving om zo de betrouwbaarheid ervan te verbeteren.

Dit alles zal niet alleen kosteneffectief zijn voor werkgevers en verzekeraars, maar zal de getroffen werknemers met PTSS verlichting geven en hun terugkeer naar werk bespoedigen. De auteurs roepen de wetgevende macht in de Verenigde Staten op om deze doelen te steunen.

André Weel

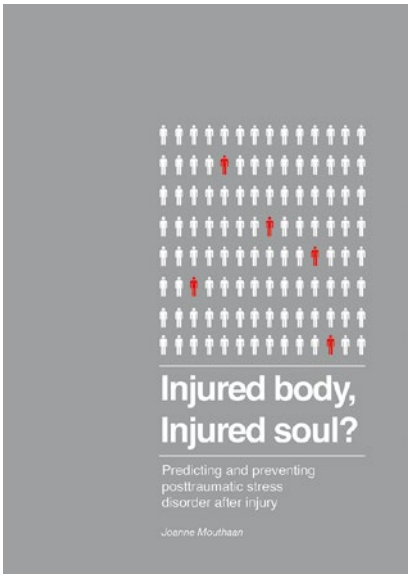
Injured body, injured soul?

Predicting and preventing posttraumatic stress disorder after injury

Joanne Mouthaan. Promotores: prof.dr. Miranda Olff, prof.dr. Berthold Gersons.
Universiteit van Amsterdam, 2014. ISBN 9789090286716.

Kees Hertog

De voedingsbodem voor haar dissertatie vindt Joanne Mouthaan in haar familiegeschiedenis: de verhalen van haar uit Indië gerepatrieerde opa. Haar werk bij het Veteraneninstituut en AMC (topzorgprogramma Psychotrauma) geeft haar de kans zich te focussen op het voorspellen en voorkomen van PTSS in de acute fase na traumatisch letsel.
Ze volgt een jaar lang de geestelijke gezondheid van 852 volwassen letselpatiënten van de Amsterdamse trauma-units en gaat op zoek naar vroege biomarkers voor PTSS en zinvol in te zetten zelfrapportagevragenlijsten. Ze ontwikkelt en test een vroege psychologische internetinterventie ter preventie van PTSS en bestudeert de effectiviteit van vroege opioïde pijnstilling op het ontwikkelen van PTSS-symptomen. Voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk biedt het onderzoek enkele relevante inzichten.



Gelukkig herstellen de meeste mensen binnen één jaar na een trauma vanzelf van hun psychische klachten. Het is voor het bieden van efficiënte en adequate zorg van belang de ongeveer 20% die dit niet lukt vroegtijdig te kunnen aanwijzen en te ondersteunen bij hun herstel.

Voor biomarkers als cortisol lijkt hiervoor nog geen plaats: een lage cortisolrespons wijst wel op een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van PTSS-symptomen, maar kan de diagnose acute/chronische PTSS niet voorspellen.

Een korte zelfrapportagevragenlijst, zoals de uit vier items bestaande SPAN, kan goed gebruikt worden om een eerste, brede selectie van patiënten at risk te maken. Deze vragenlijst is afgeleid van de Davidson Trauma Scale en bevraagt als kernsymptomen schrikreacties, fysiologische angstreacties bij herinnering aan het trauma (zoals transpireren, trillen, hartkloppingen, benauwdheid, misselijkheid, diarree), boosheid (irritatie, woede-uitbarstingen) en demping van het gevoelsleven (onvermogen tot gevoel van verdriet of liefde). Bij een sensitiviteit van 80% wordt een (bescheiden) specificiteit van 64% gehaald. Deze groep kan dan uitgebreider diagnostisch onderzoek aangeboden krijgen. Zo'n korte bevraging op kernsymptomen zou wellicht ook door de bedrijfsarts in de praktijk gehanteerd kunnen worden om een eerste selectie te maken van cliënten die nadere aandacht vragen.

Het aanbieden van de ontwikkelde internetinterventie met elementen uit de cognitieve gedragstherapie blijkt niet zinvol als deze gericht wordt op een ongeselecteerde groep letselpatiënten. Het zelfhulpprogramma kan letselpatiënten met veel vroege PTSS-klachten mogelijk wel baat bieden.

Dat een vroege pijnstilling het ontwikkelen van PTSS kan tegengaan, hoeft wellicht niet te verbazen: het doormaken van een langere periode met pijn kan op zichzelf natuurlijk traumatisch zijn. Maar mogelijk is het effect ook te verklaren doordat de angstherinnering geïnhibeerd wordt. Mouthaan kan hier met haar onderzoek geen uitsluitsel over geven.

Dit 'Trauma TIPS-onderzoek' (The Incidence of Post-trauma psychopathology Study) is door de samenhang van de verschillende onderzoeken uitermate relevant voor de hulp aan slachtoffers na traumatisch letsel en Joanne Mouthaan ontving hiervoor dan ook verdiend de Jan van Dijk Victimology and Victims' Rights Award 2015.

Do you remember what you did last summer?

On the formation and alteration of memories for stressful experiences

Linda de Voogd. Promotor: G.S.E. Fernandez. Copromotor: E.J. Hermans.
Radboud Universiteit Nijmegen, 11 mei 2017. ISBN 9789462841079.

Bas Sorgdrager

Stressvolle of emotionele gebeurtenissen onthouden we vaak veel beter dan alledaagse gebeurtenissen. Deze herinneringen zijn soms zo sterk dat ze zich tot een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-therapie is een behandeling waarbij je simpele oogbewegingen maakt en tegelijkertijd de nare herinneringen oproept. Deze therapie wordt geregeld toegepast bij mensen met PTSS. Eerder onderzoek toonde aan dat EMDR-therapie herinneringen aan stressvolle gebeurtenissen vermindert, maar het werkingsmechanisme bleef onduidelijk.

Linda de Voogd van het Radboud UMC promoveerde op 11 mei 2017 op haar onderzoek naar de mechanismen van het herinneren en vergeten van stressvolle gebeurtenissen. Om te achterhalen hoe traumatische herinneringen zich kunnen ontwikkelen, onderzocht De Voogd allereerst waarom stressvolle gebeurtenissen beter onthouden worden dan neutrale gebeurtenissen. Om in te grijpen in dit proces van opnieuw afspelen, bekeek zij of het maken van oogbewegingen de herinnering kan verminderen. Ze vergeleek de hersenactiviteit tijdens het maken van oogbewegingen met de hersenactiviteit in rust. Het functioneren van een aantal hersengebieden is met behulp van neuro-imaging nader onderzocht.

In het kader van het themanummer gaat een kritische beschouwing van de methodologie van dit neurowetenschappelijke onderzoek te ver. Ik beperk me tot de belangrijkste bevindingen zoals de promovendus deze in de samenvatting heeft geformuleerd.

De amygdala werkt voor de opslag van herinneringen en de daarbij behorende emoties samen met de hippocampus. De amygdala speelt een belangrijke rol bij het verwerken van emoties als angst. De verbinding met de hippocampus speelt al tijdens de leerervaring een centrale rol in het vormen van herinneringen. Daarna, tijdens de consolidatiefase, verklaart een verhoogde connectiviteit met de hippocampus een verbetering in het geheugen. De verwerking van stressvolle herinneringen blijkt op systeemniveau anders te verlopen dan die van neutrale herinneringen. Dit verklaart mogelijk waarom dit soort herinneringen zo sterk wordt onthouden. Na het ophalen van stressvolle herinneringen bleek het mogelijk te zijn om het impliciete geheugen voor stressvolle ervaringen te beïnvloeden door (een deel van) deze systemen te manipuleren. De bevindingen in dit proefschrift laten ook zien dat het mogelijk is deze processen te beïnvloeden en hiermee deze herinneringen te doen verminderen. Het blijkt namelijk dat de amygdala onderdrukt wordt wanneer je oogbewegingen maakt. Het onderdrukken van dit gebied zorgt ervoor dat we de herinneringen die opgeroepen worden, vergeten. De oogbewegingen trekken je volledige aandacht, waardoor je geen aandacht meer kunt schenken aan de herinnering. Bepaalde medicatie kan de amygdala ook onderdrukken, maar nu blijkt dat simpele oogbewegingen hetzelfde kunnen doen.

Het onderzoek van Linda de Voogd heeft ons meer inzicht gegeven in de mechanismen van herinneren en vergeten, en de bijdrage van EMDR-therapie. Voor onze beroepsgroepen is het verschijnen van het proefschrift nuttig door het verkregen inzicht in de werkingsmechanismen van de EMDR-therapie.

Praktijkboek psychotrauma

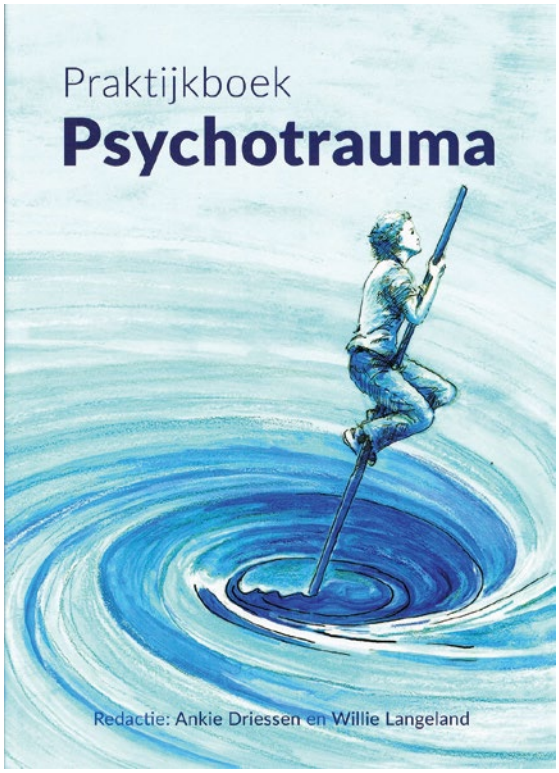
Bas Sorgdrager

Veel mensen zijn in staat traumatische gebeurtenissen met steun uit eigen omgeving te verwerken. Aandacht, begrip en erkenning zijn daarbij essentieel. Professionele hulp kan nodig zijn bij wie de gebeurtenissen zelf niet kan verwerken.

Het *Praktijkboek Psychotrauma* biedt behandelaars achtergronden van oorzaken en interventiemogelijkheden. Neurobiologische gegevens hebben geleid tot het onderscheiden van PTSS in twee subtypen, de intrusieve reactie, dat wil zeggen opdringende dwanggedachten en verhoogde waakzaamheid, en de dissociatieve reactie, die zich kan uiten in meer algemenere psychische klachten, zoals depressieve verschijnselen of angsten. De complexiteit van dissociatieve stoornissen komt uitgebreid aan bod in hoofdstuk 5. Er is veel aandacht voor trauma's in de jeugd.

Eén hoofdstuk gaat over de gevolgen van calamiteiten en rampen die een werkende in een hoogrisicoberoep kan meemaken. Daarin wordt de psychologische triage beschreven, het CRASH-model; handelingen in de dagen en weken na het voorval. Het behandelprotocol beschrijft sessies voor emotionele ventilatie, recuperatie en stabilisatie.

In het boek is verder aandacht voor de farmacotherapie en juridisering als herstelbelemmerende factor. Kort wordt de toegankelijkheid van de zorg vanuit de politiek beschouwd. Een oplossing ligt in het versterken van thuiszorgteams met een signalerende rol voor psychiatrisch verpleegkundigen.



Het praktijkboek is voor de bedrijfs- en verzekeringsarts interessant omdat het het inzicht in de gevolgen van een trauma vergroot en alert maakt op een psychotrauma als onderliggende of onderhoudende factor bij functioneringsproblemen.

Redactie: Ankie Driessen en Willie Langeland.
ISBN 9789088507373.
2017 BV Uitgeverij SWP Amsterdam.

Een PTSS als beroepsziekte

Gerda de Groene

Gerda de Groene is bedrijfsarts en werkzaam binnen het NCvB.

De Nationale Politie heeft recentelijk de voorpagina gehaald met de financiële kosten voortkomend uit psychische trauma's. De Nationale Politie heeft sinds 2014 het Meldpunt PTSS Politie en is met een inhaalslag bezig om PTSS als beroepsziekte te erkennen. Honderden aanvragen zijn al beoordeeld en gedupeerden kunnen voor financiële vergoedingen in aanmerking komen *(NRC Next)*.[1]
Daarnaast worden de preventieve programma's op de werkvloer aan de hand van de opgedane ervaringen aangepast.

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een ziektebeeld dat kan optreden na een of meer ernstige traumatiserende gebeurtenissen. Deze veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatig functioneren. Indien deze gebeurtenissen zich hebben afgespeeld binnen het werk, is er sprake van een beroepsziekte.

Kenmerkend zijn vier typen klachten:

- symptomen van herbeleving van (delen) van het trauma;
- vermijding van personen of situaties die aan het trauma gerelateerd zijn;
- negatieve gedachten en stemming gerelateerd aan het trauma;
- hyperactivatie: aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, zoals slaapproblemen, concentratieproblemen, woede-uitbarstingen en schrikachtigheid.

PTSS als beroepsziekte komt onder meer voor bij personeel van defensie, personeel van hulpdiensten (politie, brandweer en ambulance), personeel uit de publieke sector (bijvoorbeeld baliemedewerkers of veiligheidsemployees) en in de, in het bijzonder psychiatrische, gezondheidszorg.

PTSS als beroepsziekte

Bedrijfsartsen zijn wettelijk verplicht beroepsziekten te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). In 2016 is het aantal meldingen van een PTSS als beroepsziekte wederom toegenomen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de aandacht in de media en de inhaalslag van de politie om een werkgebonden PTSS te erkennen als een beroepsziekte. Van de 309 meldingen van een PTSS waren er 116 van veiligheidswerkers (politie, brandweer), 92 uit de gezondheidszorg (psychiatrie, zwakzinnigenzorg en ambulancepersoneel), 35 uit de vervoerssector (spoor en luchtvaart) en 23 van defensie. De man-vrouwverhouding was 55/45%. Bij de vrouwen kwamen de meeste meldingen uit de leeftijdscategorie 31-40 jaar en bij de mannen uit die van 51-60 jaar.

De incidenten betreffen vooral ernstige agressie gericht op de werknemer of het getuige zijn van agressieve daden tegen zichzelf (zelfmoord) of anderen (NCvB Kerncijfers 2017).[2] Het NCvB heeft een registratierichtlijn Traumatische Stressstoornissen. Deze moet echter nog worden aangepast aan de veranderde classificatie van de DSM-5.

Diagnose	2012		2013		2014		2015		2016	
	n = 1197	%	n = 1594	%	n = 2724	%	n = 2631	%	n = 2613	%
Overspannenheid en burn-out	915	76,4	1223	76,7	2029	74,5	1989	75,6	1941	74,3
Posttraumatische stressstoornis	107	8,9	153	9,6	292	10,7	289	11	309	11,8
Depressie	50	4,2	84	5,3	170	6,2	146	5,5	130	5,0
Overige reacties op ernstige stress	59	4,9	82	5,1	94	3,5	90	3,4	118	4,5
Overige aandoeningen	66	5,5	52	3,3	139	5,1	117	4,4	115	4,4

Onderzoek: PTSS staat volop in de aandacht

Skogstad et al. (2013) hebben een literatuuronderzoek uitgevoerd naar beroepsgroepen met een verhoogd risico op PTSS. Zij vonden dat politieagenten, brandweerlieden en ambulancepersoneel een verhoogd risico hadden. Werknemers die getraind waren in het omgaan met stressvolle situaties hadden minder kans op het ontwikkelen van een PTSS. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken, doorgemaakte psychiatrische aandoeningen en slechte sociale ondersteuning werden gezien als risicofactoren. Eigen keuze voor een beroep en selectie bij aanname werden beschreven als preventieve factoren. Na een trauma werd de kans op een PTSS verkleind door een gezonde werkomgeving, ondersteuning van collega's en managers, en een goede begeleiding van de betreffende werknemers.[3]

Utzon-Frank et al. (2014) hebben de literatuur onderzocht op het voorkomen van PTSS met een uitgesteld begin, dat wil zeggen langer dan zes maanden na het oorzakelijke incident. Ongeveer 25% van de PTSS-diagnoses bleek PTSS met een uitgesteld begin te zijn. PTSS met een uitgesteld begin bleek tweemaal zo vaak voor te komen bij een beroepsmatige PTSS (militairen, politie en hulpdiensten), dan bij een niet-beroepsmatige PTSS. Een PTSS met een uitgesteld begin bleek vaak vooraf te worden gegaan door PTSS-symptomen.[4]

Ook in Nederland wordt veel onderzoek naar PTSS verricht. Vermetten en Olff (2013) beschrijven de lange traditie van aandacht voor en onderzoek naar PTSS in Nederland. Mondiaal gezien behoren Nederlandse auteurs tot de top 7 met betrekking tot het aantal publicaties. PTSS komt in Nederland met een prevalentie van 7,4% niet meer voor dan in andere landen. De verklaringen voor de grote aandacht worden gezocht in de Nederlandse geschiedenis, zoals de impact van de Tweede Wereldoorlog, rampen, betrokkenheid bij militaire conflicten, maar ook kleinere traumatische incidenten, bijvoorbeeld seksueel misbruik en verkeersongevallen. Vermetten en Olff zien de liberale en open Nederlandse cultuur als een reden voor de afname van het stigma op trauma.[5]

Enkele voorbeelden van Nederlands onderzoek zijn de artikelen van Lommen, Plat en Morina.

Lommen (2013) heeft in een prospectief onderzoek bij Nederlandse militairen gekeken of individuele verschillen in het kunnen afleren van angst voor een uitzending naar Afghanistan voorspellend waren voor posttraumatische klachten na de uitzending. Uit de resultaten bleek dat het moeilijk afleren van angst voor uitzending een voorspeller was voor de ernst van PTSS-symptomen twee maanden na uitzending. Uit dit onderzoek blijkt dat het moeilijk afleren van angst bijdraagt aan de ontwikkeling van PTSS-symptomen. Ook bleek dat neuroticisme en boosheidsdispositie mede bepalend waren voor de kwetsbaarheid voor PTSS.[6]

Plat et al. (2013) hebben onderzocht hoeveel politieagenten er voor en na een 16-weekse behandeling voor PTSS nog ziek thuis dan wel aan het werk waren en welke factoren van invloed waren op terugkeer naar werk. Aan het begin van de behandeling waren 59 van de 121 agenten ziek thuis, na de behandeling nog maar 13. Onderzoek naar persoonsfactoren, zoals sekse en leeftijd, PTSS-klachten en werkgerelateerde factoren gaf hiervoor geen verklaring. De aanbeveling was om tijdens de behandeling meer aandacht te besteden aan terugkeer naar werk.[7]

Morina et al. (2014) hebben de literatuur onderzocht op het vóórkomen van spontane remissie van PTSS bij volwassenen na 10 maanden zonder gerichte behandeling. Gemiddeld was 44% in remissie. Er was een grote spreiding van 8 tot 89% tussen de onderzoeken. Publicaties over PTSS rapporteerden de hoogste remissie na een natuurramp (60%) en de laagste (31%) bij PTSS als gevolg van ziekte. De remissiepercentages voor PTSS met een uitgesteld begin zijn slechter: in onderzoeken met PTSS met het begin binnen vijf maanden na het trauma was de remissie 52% en in onderzoeken met PTSS met het begin later dan vijf maanden na het trauma was de remissie 37%.[8,9]

Enkele recente publicaties die in de aandacht staan zijn het artikel over onbedoelde consequenties van de verandering van de definitie van PTSS in de DSM-5 en het onderzoek naar de rol van genen bij het ontstaan van een PTSS. PTSS-specialisten beschrijven hun zorgen over de veranderingen in de classificatie van PTSS in de DSM-5. PTSS valt niet langer onder het hoofdstuk angststoornissen en is nu ondergebracht bij de trauma- en stressgerelateerde aandoeningen, waarbij PTSS-klachten worden ondergebracht bij de aanpassingsstoornissen. Daarnaast zijn van de zeventien symptomen die in de DSM-IV worden genoemd acht veranderd en er zijn er drie toegevoegd. De auteurs vinden dat er geen bewijs in de literatuur is ten gunste van deze veranderingen en men vreest nadelige consequenties voor patiënten voor wat betreft therapie, erkenning en onderzoek (Hoge et al. 2016).[10,11]

Rutten et al. (2017) onderzochten bloedmonsters van Nederlandse militairen voor en na uitzending naar Afghanistan. De bloedmonsters werden onderzocht op epigenetische aanpassingen in het DNA. Het onderzoek toonde aan dat militairen die PTSS-klachten ontwikkelden minder epigenetische veranderingen vertoonden op specifieke plaatsen van het DNA. Dezelfde bevindingen werden gevonden bij Amerikaanse mariniers, eveneens na uitzending naar Afghanistan. Genetisch materiaal toont doorgaans meetbare veranderingen na schokkende gebeurtenissen. Militairen die PTSS-klachten ontwikkelden laten deze aanpassingen in het DNA niet of nauwelijks zien.[12]

Informatie over PTSS

Er is veel informatie over PTSS voorhanden. Uitgebreide informatie over de verschillende aspecten van PTSS is te vinden op de website van de Nederlandse Vereniging voor

Psychiatrie https://www.nvvp.net/website/patinten-informatie/aandoeningen-/posttraumatische-stress-stoornis-ptss en sites van diagnostische centra en behandelaars. Op YouTube staat onder andere het filmpje 'Sounds of Trauma' dat laat horen welke alledaagse geluiden op de geluiden van oorlogsgeweld lijken en daarmee de symptomen van een PTSS kunnen triggeren. Tevens zijn op internet ervaringsverhalen te vinden, zoals het gesprek tussen Barry en zijn therapeute https://www.arq.org/nl/nieuws/sophie-de-mentale-kreukels-gesprek-over-3mdr-bij-centrum-45.

Literatuur

1. NRC Next. Trauma's kosten politie miljoenen.11-08-2017.
2. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Kerncijfers 2017. www.beroepsziekten.nl.
3. Skogstad M, Skorstad M, Lie A, et al. Work-related post-traumatic stress disorder. In-depth review. Occ Med 2013;63:175-182 doi: 10.1093/occmed/kqt003.
4. Utzon-Frank N, Breinegaard N, Bertelsen M, et al. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Scand J Work Environ Health 2014;40(3):215-29.
5. Vermetten E, Olff M. Psychotraumatology in the Netherlands. Eur J Psychotraumatol 2013 May 2;4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20832. Print 2013.
6. Lommen MJJ. Vulnerability to posttraumatic stress disorder. [Proefschrift] Utrecht: Universiteit Utrecht; 2013.
7. Plat M-C, Westerveld G, Hutter R et al. Return to work: police personnel and PTSD. Work 2013;46:107-11.
8. Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, Priebe S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. Clin Psychol Review 2014;34:249-55.
9. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Beroepsziekten in Cijfers 2014. www.beroepsziekten.nl.
10. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2014.
11. Hoge C, Yehuda R, Castro C. Unintended consequences of changing the definition of PTSD in DSM-5. JAMA Psychiatry 2016;73:750-2.
12. Rutten B, Vermetten E, Vinkers C, et al. Longitudinal analyses of the DNA methylome in deployed military servicemen identify susceptibility loci for PTSD. Mol Psychiatry 2017 Jun 20 doi: 10.1038/mp.2017.120. [Epub ahead of print].

Kwaliteitsbureau
NVAB
Postbus 2113
3500 GC Utrecht
(030) 2040620
nvab@nvab-online.nl
www.nvab-online.nl

De Jonge Bedrijfsarts
'We shape the future'

De Jonge Bedrijfsarts heeft als missie mogelijkheden te creëren voor bedrijfsartsen in opleiding om van elkaar te leren en een betere professional te worden. Om ervoor te zorgen dat artsen elkaar regelmatig kunnen ontmoeten en met elkaar kunnen sparren, zal De Jonge Bedrijfsarts regelmatig activiteiten over bijzondere onderwerpen organiseren. Door aios te prikkelen tijdens deze bijeenkomsten kan De Jonge Bedrijfsarts behoeften en ideeën over de opleiding tot bedrijfsarts (instituutoverstijgend) inventariseren en uitdragen.

Ambitie

De Jonge Bedrijfsarts heeft de ambitie om een gemeenschappelijke toekomstvisie van aios over bedrijfsgeneeskunde uit te dragen en de stem van de aios te laten horen! Hiervoor werkt De Jonge Bedrijfsarts samen met verschillende partners, zoals de NVAB en het LOSGIO. Verbinding en plezier zijn hierbij essentieel!

Communicatie

Via LinkedIn deelt De Jonge Bedrijfsarts alle relevante nieuwsberichten en uitnodigingen voor meetings. Ook kunnen aios daar met elkaar, in een besloten omgeving, discussiëren over de laatste belangrijke onderwerpen. Het is een besloten groep, dus je moet een verzoek indienen om lid te kunnen worden.

Contact met De Jonge Bedrijfsarts? Stuur een mail naar dejongebedrijfsarts@gmail.com

Algemene ledenvergadering

Afscheid Jurriaan Penders en voordracht nieuwe voorzitter Gertjan Beens

De najaarsledenvergadering vond donderdag 2 november 2017 plaats. Van deze vergadering, waarbij Jurriaan Penders afscheid nam als voorzitter van de NVAB, kunt u in het volgende nummer van *TBV* een verslag lezen. In het verslag zal ook een terugblik komen op het afscheidssymposium met de titel 'Dappere dokters: optimale bedrijfsgezondheidszorg'. Jurriaan heeft acht jaar deel uitgemaakt van het bestuur van de NVAB, waarvan vijf jaar als voorzitter van onze Vereniging.
Gertjan Beens, bedrijfsarts bij HumanCapitalCare, is voordragen als nieuwe voorzitter van de NVAB. Gertjan is sinds 1988 werkzaam als bedrijfsarts, en heeft daarnaast ruime ervaring als manager en directeur bij verschillende arbodiensten. Gertjan was binnen de NVAB al actief als voorzitter van de Commissie Visitatie Bedrijfsartsen (CVB).

World Mental Health Day

Op 10 oktober, World Mental Health Day, presenteerde de IOSH (Institution on Occupational Health and Safety) het onderzoeksrapport over de terugkeer naar het werk van werkenden met psychische problemen. Uit het rapport, opgesteld door Tranzo (Universiteit Tilburg), komt naar voren dat er meer begeleiding nodig is voor werkenden met psychische problemen die weer aan het werk gaan na ziekteverzuim. Het gaat om begeleiding bij het verbeteren van zelfinzicht en het leren om grenzen te stellen. Verder blijkt dat de rol van de leidinggevende belangrijk is voor een goede en snelle terugkeer naar het werk. Werkenden noemen de hoge werkdruk als belangrijke oorzaak van verzuim, zowel de feitelijke werkdruk als de zelfopgelegde werkdruk. Leidinggevenden en professionals (psychologen, bedrijfsartsen, huisartsen) weten wel wat er nodig is, maar hun begeleiding verloopt blijkbaar in de praktijk toch anders. De implementatie van kennis en richtlijnen is dus een belangrijk aandachtspunt. De NVAB is op dit moment bezig met de herziening van de richtlijn Psychische Problemen en zal de resultaten uit dit onderzoek daarin verwerken. De herziening wordt in het voorjaar van 2018 gepubliceerd.
Meer lezen? Dat kan op de websites van Tranzo www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/ en de IOSH www.iosh.co.uk/News/Return-to-work-mental-health.aspx

NVAB-Richtlijnen

Naast de herziening van de richtlijn Psychische Problemen (publicatie voorjaar 2018) is de NVAB op dit moment bezig met de volgende richtlijnen:

- Praktijktest van de richtlijn Kanker en werk.

In de Kring Noord en de Kring Oost-Nederland zijn trainingen geweest voor bedrijfsartsen die deelnemen aan de praktijktest van de richtlijn Kanker en werk. De resultaten zijn begin 2018 bekend en worden gebruikt voor de verdere implementatie van de richtlijn. In totaal nemen 40 bedrijfsartsen deel aan de praktijktest.

- Herziening van de richtlijn Zwangerschap en werk.

De commentaarronde voor de conceptrichtlijn is afgerond en de opmerkingen en reacties worden nu verwerkt. De herziene richtlijn wordt eind 2017 gepubliceerd.

- Herziening van de richtlijn Astma/COPD en de ontwikkeling van de richtlijn Arbeidsconflicten.

De achtergronddocumenten (de basis voor de richtlijnen) zijn besproken in de projectgroepen en de eerste versie van beide richtlijnen wordt op dit moment opgesteld.

De publicatie van beide richtlijnen is in het voorjaar van 2018.

- ontwikkeling van de richtlijn Gehoorstoornissen en tinnitus, en de herziening van de richtlijn Ischemische Hartziekten.

Deze richtlijntrajecten gaan eind 2017 van start en de publicatie staat gepland voor 2019.

Marjolein Bastiaanssen, projectleider NVAB

Agenda

4 april 2018	Voorjaarsledenvergadering, Utrecht
31 mei en 1 juni 2018	BG-dagen 2018, 63ste Jaarcongres, Hotel en congrescentrum Papendal te Arnhem

Secretariaatsbureau NVVG
Domus Medica
Postbus 24095
3502 MB Utrecht
(030) 6868764
secretariaat@nvvg.nl
www.nvvg.nl

In een eerder nummer heb ik al eens geschreven dat het nieuws in deze rubriek vaak oud nieuws is. Als u dit leest, zijn de najaarsledenvergadering en de verzekeringsgeneeskundige dagen 2017 alweer voorbij. Mogelijk had u daarvan een verslag verwacht in dit nummer, maar daarvoor wil ik u verwijzen naar het decembernummer van *TBV*. Dan zal ik uiteraard ook aandacht besteden aan de *invitational conference* – excuses voor het vreselijk woord, ik aap het ook maar na – en de Evaluatie Individueel Functioneren, die onderdeel uitmaakten van de najaarsledenvergadering.

Verhuizing NVVG

De NVVG huurt al geruime tijd een ruimte in de Domus Medica. Daar heeft zich een reorganisatie voltrokken die voor onze vereniging tot gevolg heeft gehad dat we niet langer op de vijfde, maar de tweede verdieping een ruimte hebben. Voor het overige is er niets gewijzigd. U kunt de vereniging als voorheen bereiken en gelukkig is ook de bemensing van het secretariaat ongewijzigd gebleven.

Talma-penning

De Talma-penning zal bij de voorjaarsledenvergadering 2018 uitgereikt worden. De jury kijkt naarstig uit naar publicaties (artikelen, dissertaties, scripties, enzovoort) die voor de prijs in aanmerking komen. De eeuwige roem die bij toekenning van de prijs verkregen wordt, is uiteraard het belangrijkste, maar ik wil niet onvermeld laten dat de winnaar ook een stoffelijke waardering ter hoogte van 1500 euro ten deel valt. De sluitingsdatum voor inzending is 1 februari 2018. Voor de contactgegevens van de juryvoorzitter verwijs ik naar de site of het secretariaat. Bent u zelf geen kandidaat, maar kent u wel een mogelijke kandidaat, dan kunt u de jury benaderen en zal de jury vervolgens contact opnemen met de door u voorgestelde kandidaat.

Zorgstandaard SOLK

De NVVG krijgt door het jaar heen diverse verzoeken om standaarden, protocollen en richtlijnen van commentaar te voorzien of te autoriseren, bijvoorbeeld van beroepsverenigingen en andere wetenschappelijke verenigen dan de NVVG. Daarvoor vraagt het bestuur doorgaans het advies aan de commissie Wetenschap. Het gegeven advies wordt door het bestuur eigenlijk altijd opgevolgd. De zorgstandaard SOLK noem ik hier als voorbeeld. De commissie heeft na bestudering van de standaard vastgesteld dat er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing geweest is op het terrein van terugkeer naar werk en in het bijzonder de verzekeringsgeneeskundige aspecten daarvan. De commissie heeft geadviseerd de standaard niet te autoriseren en het bestuur heeft dat advies wijselijk overgenomen.

Mensen met mogelijkheden

Graag wil ik de aandacht vragen voor het project 'Mensen met mogelijkheden', waaraan Linda ten Hove de voorbije jaren een belangrijke bijdrage geleverd heeft. Het project is voortgekomen uit ontevredenheid over de dienstverlening aan mensen met een psychische kwetsbaarheid. Een groep professionals is daarmee aan de slag gegaan en dit heeft geleid tot ideeën en initiatieven om het beter te doen. Wilt u daarover meer lezen, dan verwijs ik u naar de website van de NVVG, in het bijzonder nieuwsbrief nummer 5. U vindt daarin ook een link naar de website van het project.

Muntendam-symposium

Het Kenniscentrum voor verzekeringsgeneeskunde (KCVG) organiseert ook dit jaar weer het Muntendam-symposium, namelijk op 14 december 2017. Aan het werk met niet-aangeboren hersenletsel is het thema van dit jaar. Voor zover nog mogelijk, kunt u zich inschrijven op de site van het KCVG.

Hans de Brouwer, secretaris NVVG

Agenda

22 november	TBV-congres 'Aan het trauma voorbij'
14 december	Muntendam-symposium
4-6 oktober 2018	UEMASS

Inzenden kopij

Lever uw kopij aan via www.editorialmanager.com/tvbv/. Geef in uw aanbiedingsbrief aan voor welke rubriek uw bijdrage is bedoeld, wat volgens u de relevantie van uw artikel is voor de lezersgroep, en sluit eventuele toestemmingen en verklaringen bij. Zie voor dit laatste ook onder 'Algemeen'. Vermeld duidelijk uw naam, titulatuur en correspondentieadres, alsmede de titel, tabellen, figuren en literatuurlijst. Lever bij een artikel voor de rubriek Onderzoek, Opinie of Voor de Praktijk twee tot maximaal vijf aandachtspunten aan en minimaal drie trefwoorden.

Rubriek Onderzoek

Beperk het aantal woorden tot maximaal 3000, inclusief literatuurverwijzingen en noten, exclusief figuren, tabellen en grafieken. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 20. De samenvatting omvat maximaal 150 woorden. Dit geldt ook voor de Engelstalige *summary*.

Rubrieken Opinie en Voor de Praktijk

Beperk het aantal woorden tot maximaal 2000, inclusief literatuurverwijzingen en noten. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 10. Een eventuele samenvatting omvat maximaal 100 woorden. In de rubriek 'Voor de Praktijk' (ook maximaal 2000 woorden) worden onderwerpen opgenomen die van belang zijn voor het dagelijks handelen in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsarts, voor zover deze handelwijzen nog niet als algemene uitvoeringspraktijk zijn geaccepteerd. Als basiseis geldt dat de voorgestane praktijkvoering deugdelijk is beargumenteerd.

Overige rubrieken

De maximum-omvang van artikelen in de overige rubrieken is als volgt: Zeepkist 1200 woorden; Onderzoek in het kort 600 woorden; Signaal 700 woorden (of 500 woorden plus één tabel of figuur); Referaat 600 woorden; Column 600 woorden; Arts en Wet 1500 woorden; Casus/klinische arbeidsgeneeskunde 2000 woorden; Interview 3000 woorden; Voor U Gelezen 300 woorden; Boekbespreking 350 woorden; Proefschriftbespreking 700 woorden; Congresverslag 600 woorden; Richtlijnen 1200 woorden; Commentaar 1200 woorden; Historie 2000 woorden; Praktijkperikel 300 woorden; Lezersforum 350 woorden.

Tabellen, grafieken, figuren en foto's

Tabellen, grafieken en figuren moeten los van de tekst leesbaar en begrijpelijk zijn. Geef in uw tekst duidelijk aan waar tabellen, grafieken, figuren en foto's moeten worden geplaatst. Zet de tabellen en grafieken op een apart blad. Geef elke tabel en grafiek een eigen titel (zo kort mogelijk). Houd bij een getekende grafiek rekening met een aanzienlijke verkleining in het tijdschrift. Geef foto's een zo kort mogelijk onderschrift. Lever figuren en foto's aan in minimaal 300 dpi en een formaat van circa 10 x 15 cm (2MB of 1200-1800 pixels), gebruik TIF-, EPS-, of JPG-formaat.

Literatuurlijst

Hanteer voor de literatuurverwijzingen de Vancouverstijl. Elke verwijzing krijgt een apart nummer en een nieuwe regel. De opbouw van de literatuurverwijzing is als volgt. Nummer. Namen en voorletters van alle auteurs (bij meer dan vier auteurs alleen de eerste drie, daarna 'et al.'). Volledige titel. Naam van het tijdschrift in de standaardafkorting. Jaartal; deel(volume)nummer: eerste en laatste pagina. Als u meermalen naar dezelfde bron verwijst, telt de eerste verwijzing.

Algemeen

Door inzending verklaart een auteur dat hij het recht van publicatie aan het tijdschrift overdraagt. Wordt zijn kopij afgewezen, dan valt dit recht weer aan hem terug. De auteur staat ervoor in dat de ingezonden kopij niet elders is aangeboden, geaccepteerd of gepubliceerd, en dat deze tot het moment van publicatie of afwijzing niet elders wordt aangeboden. Tevens garandeert hij dat van gepubliceerd materiaal (tekst, grafieken, foto's) in de kopij, de betreffende personen/auteurs hem daartoe toestemming hebben verleend. De auteur verklaart zich bij inzending akkoord met redactionele beoordeling en bewerking door het tijdschrift. De redactie heeft het recht kopij redactioneel te bewerken of te laten bewerken. De auteur dient te vermelden of er belangenconflicten zijn (financiële of andere); dit dient bij voorkeur al bij de aanbieding van het artikel te worden vermeld. De auteur dient te verklaren wie het onderzoek en/of de publicatie heeft gefinancierd. Bij gesubsidieerd onderzoek dient de auteur een verklaring af te leggen over de onafhankelijkheid van de auteurs bij het onderzoek, de analyse en het schrijven van het artikel. De criteria die de TBV-redactie hanteert om de ingezonden kopij voor de diverse rubrieken te beoordelen zijn uitvoerig beschreven in het Handboek TBV, laatste editie november 2013. Hier vindt u ook een hoofdstuk over taalgebruik, stijl en spelling. Auteurs kunnen het Handboek TBV *online* raadplegen via www.tbv-online.nl.

tbv

Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde wordt uitgegeven onder auspiciën van de Stichting tot Bevordering der Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, met medewerking van de NVVG en de NVAB.

Redactie

W.C. (Wim) Otto (UWV Amsterdam) (hoofdredacteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofdredacteur) / K. (Karin) van Wordragen (BSL) (eindredacteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H.(Jurjen) Breedijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (Maetis-Ardyn Arnhem) / K. (Katrien) Mortelmans (KaMoCo Antwerpen) / S.P.A. (Saskia) Wolfensberger (UWV Amsterdam)

Vaste medewerkers

R.J. (Rolf) Blijleven / I.F.D. (Ingeborg) van den Bold / L.R. (Bert) Cornelius (KCVG/UMCG Groningen) / C.P.J. (Cees) Everaert (Arbo Unie Arnhem) / F.H.W. (Frank) Jungbauer (Rijksuniversiteit Groningen) / S. (Simon) Knepper, Laren / R.G.P.M. (Rulanda) van Kruysbergen (Arbo Unie Almelo) / C. (Charles) Lemmers (UWV) / H.S. (Harald) Miedema (NVKA: Hogeschool Rotterdam) / K. (Karolien) van Nunen (Universiteit Antwerpen) / G.G. (Bertus) Robeer (NVKA) / P.B.A. (Paul) Smits (AMC Amsterdam) / A.I.F. (Alfons) Vernooy / R.G.J. (Richard) van der Voort (UWV Rotterdam) / A.N.H. (André) Weel (Yellow Factory, Leusden) / P. (Pascal) Willems (Willems & Van Ommeren advocaten) / J.A.G. (Sjef) Wijnen (UWV Eindhoven) / F. (Feico) Zwerver (UWV)

Adviesraad

A.J. (Allard) van der Beek (EMGO Instituut, VUmc Amsterdam) / J.R.M. (Jurriaan) Blekemolen (NVAB, Utrecht) / L. (Lutgart) Braeckman (VWVA, Gent) / S. (Sandra) Brouwer (UMCG Groningen) / M. (Marc) Du Bois (WVV Leuven) / D. (Deha) Erdogan (NVVG, Utrecht) / M. (Murat) Gök (NVVG Utrecht) / (Gert) van der Laan (NCvB Amsterdam) / T. (Taeke) Pal (NVKA, Lelystad) / H.N. (Nico) Plomp (VUmc, Amsterdam) / J.G.M. (Jan) Schreurs (Stuurgroep Participatie en Gezondheid ZonMw Den Haag) / B. (Bernard) Starink (Oud-voorzitter NVVG en SBBV Buren) / C. (Cees) van Vliet (NVAB, Utrecht) / C.V. (Tinka) van Vuuren (Loyalis Kennis en Consult, Open Universiteit Nederland) / P.B. (Peter) Wulp (Arbeidsinspectie, Utrecht)

Dagelijks bestuur SBBV

P.E. (Pieter) Rodenburg, voorzitter/secretaris (Arbo Unie Maastricht) / R.H.C.J. (Ronald) Mentink, penningmeester (Zicht op BETER Geldrop)

Redactiesecretariaat

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten, t.a.v. José Huijden, tel: 030 – 638 3924, TBVredactie@bsl.nl

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media, Lydia Nieuwendijk, tel: 030 – 638 3782; www.bsl.nl

Basisontwerp/vormgeving

Frederik Helfrich, Deventer

Advertenties

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel: 030 – 638 3603
Aanleveren van advertentiemateriaal kan via traffic@bsl.nl, Annette Adriaanse, tel: 030 – 638 3712

Abonnementen

TBV verschijnt 10 keer per jaar. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 152,00. Online-only abonnement (enkel online toegang) € 91,20. Studenten ontvangen 50% korting. Voor leden van de NVVG en NVAB geldt een ledenprijs; leden hebben gratis toegang tot TBV Online Plus en daarmee online toegang tot de tijdschriften Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Bijblijven en Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) en ook tot geaccrediteerde e-learning modules.
Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Als vakblad hanteren wij de opzegregels uit het verbintenissenrecht. We gaan er vanuit dat u het abonnement uit hoofde van uw beroep hebt afgesloten.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030 – 638 3736. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact. Leden van NVAB, NVVG en WVV gelieve adreswijzigingen, aanmeldingen en opzeggingen door te geven aan het secretariaat van deze vereniging.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden. Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

www.bsl.nl

© 2018, Bohn Stafleu van Loghum

ISSN 0929-600X

1e druk

ISBN: 9789036810401
Jan Auke Walburg

€ 30,95

Positieve gezondheid

Naar een bloeiende samenleving

Onze kijk op gezondheid bepaalt hoe we de gezondheidszorg inrichten. Gezondheid, in de ogen van Walburg, is een dynamisch vermogen dat nodig is voor bloei en ontwikkeling en om verstoringen zoals ziekte te voorkomen. Dat vermogen kunnen we inzetten om te floreren, maar we kunnen het ook uitputten. Het behoud van gezondheid vergt net zo'n duurzame instelling als het behoud van de aarde. Iedereen is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. En die is te belangrijk om over te laten aan de gezondheidszorg die volledig is ingericht op herstel bij ziekte.

Het boek Positieve gezondheid geeft aan hoe er in de gehele levensloop kansen zijn om gezondheid te bevorderen, hoe ongelijkheid op het gebied van gezondheid voorkomen kan worden en wat dat betekent voor het beleid op scholen, bedrijven en gemeentes. Positieve gezondheid is daarmee een boek voor iedereen die betrokken is bij de eigen gezondheid en bij de condities waaronder mensen gezond blijven en tot bloei komen.

bohn stafleu van loghum

Snel en eenvoudig bestellen? Ga naar www.bsl.nl

15E

TBV CONGRES

AAN HET TRAUMA VOORBIJ

22 november 2017 - Hotel Veenendaal

Wilt u ook weten wat de acute en langdurige gevolgen zijn, die psychotrauma hebben voor werknemers en verzekerden? Hoor het bij het 15e TBV Congres, aan het trauma voorbij.

Deskundige sprekers zoomen in op praktijkvoorbeelden, zoals de vaak (h)erkende beroepsziekte PTSS, het probleem pesten op de werkvloer, letselschade, psychotraumata van vluchtelingen en de gebeurtenissen op 22 maart 2016 bij vliegveld Zaventem.

DEZE DAG

- Ontvangt u recente inzichten uit wetenschappelijk onderzoek over het opdoen van psychotrauma in de privé-omgeving, openbare ruimte of beroepsmatig
- Ontdekt u hoe een gezonde of gestoorde verwerking van het trauma verloopt
- Leert u langs welke weg en bij welke werknemers zich de late en langdurige gevolgen van psychotrauma's ontwikkelen
- Hoort u welke rol de bedrijfsarts of verzekeringsarts hierin kan spelen
- Ontdekt u of het therapeutisch arsenaal voor de vroege en late gevolgen van trauma-gerelateerde aandoeningen afgelopen tien jaar is uitgebreid

INSCHRIJVEN? GA NAAR WWW.TBVCONGRES.NL

bohn stafleu van loghum