
Wie zorgt er voor de ambulancebroeder die net een kind heeft zien sterven?

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van ambulancepersoneel met de zorg die zij ontvangen om psychische klachten als gevolg van hun werkzaamheden te voorkomen



Masterthesis 2023, Universiteit voor Humanistiek

Marjolein Dorsman

Student: Marjolein Dorsman

Email: Marjolein.dorsman@student.uvh.nl

Studentnummer: 1027069

Vak code: M3-MT 22/23

Datum: 17 augustus 2023 (herkansing)

Woordenaantal: 26113

Thesisbegeleider: Prof. Dr. Anja Machielse

Meelezer: Prof. Dr. Annika Smit

Masterthesis coördinator: Dr. Wander van der Vaart

Universiteit voor Humanistiek

Kromme Nieuwegracht 29

3512 HD Utrecht

Afbeelding voorblad: Jeftha Vaarwijk.¹

¹ Gepubliceerd door Omroep Human op 7 december 2022. Blauw licht: Herinneringen van een ambulancebroeder. Geraadpleegd op 20 januari 2023.

Samenvatting

Sleutelwoorden: First responders, ambulancepersoneel, psychische klachten, morele stress.

In de hedendaagse literatuur groeit de aandacht voor de psychische klachten die zich bij *first responders* kunnen ontwikkelen als gevolg van het reddingswerk dat zij uitvoeren.

Verskillende internationale onderzoeken tonen aan dat de impact van het reddingswerk en de vergrote blootstelling aan kritieke incidenten elkaar significant versterken in de ontwikkeling van psychische problematiek binnen deze beroepsgroep. Ambulancepersoneel, als onderdeel van de *first responders*, loopt daarom een verhoogd risico op de ontwikkeling van psychische klachten zoals chronische stress, burn-out, depressie en PTSS. De literatuur beschrijft echter niet eensgezind welke zorg en ondersteuning aan ambulancepersoneel geboden kan worden om de impact van het reddingswerk te kunnen verwerken. Dit onderzoek tracht deze kennislacune aan te vullen door aan de hand van kwalitatieve interviews en participerende observaties de volgende hoofdvraag te beantwoorden: *Wat is de impact van kritieke incidenten op ambulancepersoneel en in hoeverre sluit de huidige zorg die zij ter preventie of vermindering van psychische klachten (voortkomend uit kritieke incidenten) ontvangen aan bij hun behoeften?*

De resultaten maken inzichtelijk dat kritieke incidenten een impact kunnen hebben op de psychische gesteldheid van ambulancewerkers. Onvoldoende verwerking van deze impact kan leiden tot diverse psychische problematiek. Bovendien blijkt dat morele stress, voortkomend uit ethische dilemma's waar ambulancepersoneel in hun werkzaamheden mee geconfronteerd wordt, een tweede belangrijke impactfactor is die het psychische welzijn kan beïnvloeden. Het huidige zorgaanbod schiet volgens de empirische bevindingen tekort: er wordt te weinig professionele ondersteuning geboden aan ambulancepersoneel bij het verwerken van de psychische impact van reddingswerk. Voor een verbeterd zorgaanbod is meer gespecialiseerde psychologische ondersteuning gewenst, evenals specifieke begeleiding bij morele stress.

Voorwoord

De afgelopen maanden heb ik met veel passie onderzocht hoe de huidige zorg voor ambulancepersoneel eruit ziet in Nederland, met de nadruk op de ervaringen van de beroepsgroep zelf. Mijn motivatie voor dit onderwerp ontstond tijdens mijn stage als geestelijk verzorger in het VU Medisch Centrum.

Op een van mijn stagedagen zat ik aan het ziekenhuisbed van een jonge vrouw. Ze was aangereden door een auto en lag enkele dagen in levensgevaar op de Intensive Care. Een aantal weken later was ze, ondanks al haar breuken en verwondingen, weer stabiel. Tijdens ons gesprek, waarin ze in flarden vertelde wat ze zich van het ongeluk herinnerde, vertelde ze dat ze zich het gezicht van de ambulanceverpleegkundige nog goed kon herinneren, toen hij haar onder de auto vandaan haalde.

Na dit gesprek zat ik even bij te komen op het kantoor. Het raam biedt zicht op de ingang van de spoedeisende hulp, waardoor ik de ambulance hier meerdere keren per dag binnen zie rijden. Ik zag twee ambulancewerkers met een lege brandcard naar buiten lopen en bedacht me dat het een van hen zou kunnen zijn, die het meisje onder de auto vandaan had gehaald, totaal verwond en niet wetende of ze het zou gaan redden. Wie zorgt er eigenlijk voor hen, dacht ik, nadat zij blootgesteld zijn aan de meest tragische, lugubere en oneerlijke situaties? Een aantal weken later las ik het NRC artikel ‘Wie zorgt er voor de ambulancebroeder die net een kind heeft zien sterven? Het leek wel alsof mijn gedachten in dit artikel verwoord werden. Het artikel geeft een duidelijke boodschap weer: de nazorg voor ambulancepersoneel rammelt en de beroepsgroep, die zich dagelijks inzet om onze levens te redden, lijdt hieronder. Ik voelde me geroepen mijzelf in te zetten voor het psychische welbevinden van deze beroepsgroep, want ook al lijken ze nog zo stoer, ook zij kunnen knakken.

Zonder de hulp van een aantal mensen was het me niet gelukt de thesis te schrijven. Allereerst wil ik mijn dank uitspreken naar mijn thesisbegeleider Anja Machielse, die mij met zo veel zorg, tijd en kunde door dit proces heen geleid. Jouw scherpe feedback heeft de thesis absoluut naar een hoger niveau getild, waar ik je heel dankbaar voor ben.

Vervolgens wil ik graag mijn respondenten bedanken. Het was zo bijzonder om naar jullie ervaringen met het ambulancewerk te mogen luisteren. Mijn dank voor jullie deelname en openheid is groot - en mijn bewondering voor jullie vak is minstens zo groot.

Ricardo, jou wil ik in het bijzonder bedanken. Jij hebt ervoor gezorgd dat ik meerdere dagen op de ambulance mee mocht lopen en deze onvergetelijke ervaring zal me de rest van mijn leven bijblijven. Het heeft de passie voor mijn onderzoek op doen laaien.

Als laatste wil ik mijn lieve studievriendin Sofie, mijn steun en toeverlaat Paco en mijn ouders Frank en Suzanne bedanken. In de thesis schrijf ik meerdere malen over het belang van een steunnetwerk wanneer men voor uitdagingen komt te staan. Ik besef hoe dankbaar ik ben met jullie om mij heen. Dank voor jullie steun, nakijkwerk en vertrouwen.

Utrecht, augustus 2023,

Marjolein Dorsman



Foto: 16/7/2023, RAV Gooi en Vegtstreek

Inhoudsopgave

<i>Samenvatting</i>	3
<i>Voorwoord</i>	4
<i>Inhoudsopgave</i>	6
<i>Introductie</i>	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Aanleiding en problematisering	8
1.3 Doelstelling	10
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Wetenschappelijke, maatschappelijke en humanistische relevantie	11
1.6 Conceptuele definities	13
<i>2. Theoretisch kader</i>	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Kritieke incidenten: De impact van het reddingswerk	15
2.2.1 Machteloosheid en (on)juiste handelingen tijdens een kritiek incident	17
2.2.2 Slechte organisatie van het werk	17
2.2.3 Omstanders en persoonlijke associatie tijdens een kritiek incident	18
2.2.4 Blootstelling aan lichamelijk letsel en dodelijke slachtoffers	19
2.2.5 Stapeling van kritieke incidenten	19
2.2.6 Onvoldoende rust en hersteltijd na kritieke incidenten	20
2.3 Verwerking van kritieke incidenten	20
2.3.1 De verwerking van kritieke incidenten: Algemene en contextuele factoren	20
2.3.2 De verwerking van kritieke incidenten: Persoonlijke factoren	22
2.3.3 Coping	23
2.4 Psychische klachten als gevolg van het reddingswerk	25
2.4.1 Gedragsverandering door overbelasting	25
2.4.2 Compassie-moeheid	26
2.4.3 De Post Traumatisch Stress Stoornis	27
2.5 Morele stress en morele verwonding als gevolg van het reddingswerk	29
2.5.1 Morele stress en morele verwonding	29
2.5.2 Morele stress en morele verwonding bij first responders	30
2.5.3 Morele oriëntatie en morele weerbaarheid	32
2.6 Behandeling van psychische klachten bij reddingswerkers	33
<i>3. Methode</i>	35
3.1 Inleiding	35
3.2 Onderzoeksdesign	35
3.3 Populatie en steekproef	36
3.4 Dataverzamelingmethoden	37
3.5 Data-analyse	38

3.6 Betrouwbaarheid, validiteit en ethische overwegingen van het onderzoek	39
<i>4. Resultaten</i>	41
4.1 Inleiding	41
4.2 Impact van kritieke incidenten	41
4.2.1 Factoren die ervoor zorgen dat een incident impact heeft	41
4.2.2 Gevolgen van incidenten met impact	44
4.2.3 Morele stress als impactfactor	47
4.3 Verwerking van kritieke incidenten	50
4.3.1 Bevorderende en belemmerende factoren bij de verwerking van kritische incidenten	50
4.3.2 Verwerking van morele stress	54
4.4 Het huidige zorgaanbod voor ambulancepersoneel	56
4.4.1 Kennis en ervaringen ten aanzien van het huidige zorgaanbod	56
4.4.2 Behoeften ten aanzien van het huidige zorgaanbod	63
<i>5. Conclusie en discussie</i>	67
5.1 Inleiding	67
5.2 Conclusie	67
5.3 Discussie	73
<i>Literatuurlijst</i>	76
<i>Bijlagen</i>	80
Bijlage 1: Toestemmingsverklaring-formulier (informed consent)	80
Bijlage 2: Topiclijst	81
Bijlage 3: Codeboom	84

Introductie

1.1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt de aanleiding en problematisering van het onderzoek beschreven (1.2) evenals de doel- en vraagstelling die het onderzoek vorm geven (1.3 & 1.4). Tot slot wordt de wetenschappelijke, maatschappelijke en humanistische relevantie van het onderzoek toegelicht (1.5) en worden enkele conceptuele definities uitgewerkt (1.6).

1.2 Aanleiding en problematisering

Op 2 december 2022 publiceert het NRC het artikel *“Wie zorgt er voor de ambulancebroeder die net een kind heeft zien sterven?”* In dit artikel beschrijft Carola Houtekamer, aan de hand van een interview met ambulanceverpleegkundigen Louis Diks en Martin Bierhaalder, verschillende situaties waarin ambulanceverpleegkundigen terechtkomen. Duidelijk wordt hoe heftig en impactvol deze situaties kunnen zijn. Zo vertellen de ambulanceverpleegkundigen hoe zij als eerste reddingswerkers ter plaatse zijn in situaties van tragedie, paniek en machteloosheid, zoals bij dodelijke ongevallen of suïcidepogingen. Zowel Bierhaalder als Diks geven in het interview aan dat de heftigheid van het werken op de ambulance hen met de jaren te veel werd. Beiden stopten zij met het ambulancewerk omdat ze last kregen van aanhoudende psychische klachten. Zo zit Bierhaalder thuis met PTSS, en vertelt Diks hoe flashbacks van heftige oproepen hem nog altijd bijblijven wanneer hij op een vrije dag door de stad fietst. De omgeving, waar hij met de ambulance zo vaak door heen is gereden, verbeeldt voor hem een soort kerkhof: *“Daar werd dat kind aangereiden. Daar was die botsing met een truck. Daar vond hij twee laarsjes in het kanaal. Hij voelt zich soms een doodsendel: al die plekken, al die mensen die hij naar de andere kant heeft zien gaan. ‘Netvliesvervuiling’ noemt hij het.”* (NRC, 2022).

Empirisch onderzoek van Van der Ploeg en Kleber (2001) naar chronische stress bij ambulancepersoneel laat zien dat Bierhaalder en Diks niet de enigen zijn die psychische klachten ervaren door de intensiteit van het ambulancewerk. De studie toont met een kwantitatief onderzoek onder het ambulancepersoneel van negen Gemeentelijke Gezondheidsdiensten aan dat minimaal 10% van de ambulancewerkers - als gevolg van hun werkzaamheden - kampt met verschillende psychische klachten zoals herbelevingen, vermijdingsdwang en burn-outs. Dit percentage loopt echter in verschillende onderzoeken

uiteen, zo stellen andere onderzoeken dat maar liefst 30 % van de first responders gedurende hun loopbaan carrière psychische klachten ontwikkelen (Alshahrani et al., 2022). Het onderzoek van Van der Ploeg en Kleber (2001) stelt dat het chronische stresslevel van het ambulancewerk, in combinatie met de vergrote blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen, elkaar significant versterken bij de ontwikkeling van psychische klachten.

In de internationale wetenschappelijke literatuur over deze thematiek wordt de relatie tussen het werk van *first responders* en het ontstaan van psychische klachten bevestigd (Vymetal et al., 2022; Alexander & Klein, 2009; Harrison, 2018; Wild et al., 2018). First responders, zoals politie, brandweer, defensie en ambulancepersoneel, zijn reddingswerkers die gespecialiseerd zijn in het verlenen van eerste hulp en assistentie in levensbedreigende noodsituaties zoals rampen, medische noodgevallen, brand, of terroristische aanslagen (Bakker, 2008). De literatuur beschrijft eensgezind dat de overmatige blootstelling aan noodsituaties vol stress en tragedie maakt dat first responders een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van PTSS en andere psychische klachten, zoals depressie, slapeloosheid en morele verwonding (Bakker, 2008; Alexander & Klein, 2009; Harrison, 2018; Papazoglou et. al., 2019; Rushton, 2016). De literatuur is echter niet eenduidig in het beschrijven van wat er nodig is om het ontstaan van psychische klachten bij first responders te verminderen of te voorkomen.

Veel artikelen benoemen wel dat goede voor- en nazorg binnen het reddingswerk van belang is, maar hoe deze zorg er inhoudelijk of organisatorisch uit zou moeten zien wordt niet concreet beschreven. Sommige artikelen benoemen een aantal factoren die bijdragen aan goede voor- en nazorg voor reddingswerkers, zoals preventietrainingen, goed leiderschap en persoonsgerichte nazorg (Bakker, 2008; Koten, 2014; Vymetal et al., 2022), maar een eenduidige invulling van wat goede, effectieve zorg voor first responders inhoudt blijft na het bestuderen van de wetenschappelijke literatuur grotendeels onduidelijk.

De thesis tracht deze lacune aan te vullen door te onderzoeken in hoeverre de huidige zorg voor ambulancepersoneel, als beroepsgroep binnen de first responders, aansluit bij hun persoonlijke ervaringen, wensen en behoeften. Deze kennis is relevant omdat de persoonlijke ervaring een belangrijke kennisbron is wanneer men inzicht wil krijgen in de effectiviteit van een behandelingsplan, of in dit geval, de effectiviteit van het huidige zorgaanbod voor ambulancepersoneel (Van Dorp, 2021). Een empirisch onderzoek naar de geleefde ervaring van deze beroepsgroep met het huidige zorgaanbod kan de theoretische kennis waarop dit aanbod berust ondersteunen, evalueren en verdiepen. Omdat de werkzaamheden van de verschillende typen first responders in eenzelfde noodsituatie echter van elkaar kunnen

verschillen, kan de voor- en nazorg die zij ontvangen (en behoeven) ook verschillen. Dit onderzoek wordt daarom toegespitst op de beroepsgroep ambulancepersoneel binnen de verschillende categorieën first responders.

1.3 Doelstelling

De thesis vervult zowel een kennisdoel als een handelingsdoel. Het kennisdoel is dat de thesis, aan de hand van empirische kennis, inzicht verschaft in de geleefde ervaring van ambulancepersoneel ten aanzien van de zorg die zij ontvangen om de ontwikkeling van psychische klachten te voorkomen of te verminderen. De thesis onderzoekt dus de beleving van de beroepsgroep zelf, wat een relevante stem en kennisbron is in het wetenschappelijk debat over wat goede zorg voor ambulancepersoneel inhoudt.

Met behulp van deze empirische kennis kan vervolgens een handelingsdoel vervuld worden; in de conclusie en discussie wordt uiteen gezet in hoeverre de huidige zorg voor ambulancepersoneel voldoet aan hun behoeften. Aan de hand van aanbevelingen wordt vervolgens inzichtelijk gemaakt wat nodig is om de huidige zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften van het ambulancepersoneel.

1.4 Vraagstelling

Om de bovenstaande doelstelling te bereiken is de volgende hoofdvraag opgesteld: *Wat is de impact van kritieke incidenten voor ambulancepersoneel en in hoeverre sluit de huidige zorg die zij ter preventie of vermindering van psychische klachten (voortkomend uit kritieke incidenten) ontvangen aan bij hun behoeften?*

Er zijn zes deelvragen opgesteld om de bovenstaande deelvraag te beantwoorden:

1. Wat is er uit de wetenschappelijke literatuur bekend over de impact van kritieke incidenten in het werk van ambulancepersoneel en factoren die de verwerking ervan bevorderen of belemmeren?
2. Welke psychische klachten kunnen er volgens de wetenschappelijke literatuur optreden bij ambulancepersoneel als gevolg van hun werkzaamheden?
3. Welke voor- en nazorg wordt er momenteel aan ambulancepersoneel geboden?
4. Welke aspecten van de huidige voor- en nazorg worden door het ambulancepersoneel als positief ervaren?
5. Welke aspecten van de huidige voor- en nazorg worden door het ambulancepersoneel als negatief ervaren?
6. Hoe kan de voor- en nazorg volgens ambulancepersoneel worden verbeterd?

1.5 Wetenschappelijke, maatschappelijke en humanistische relevantie

Wetenschappelijke relevantie

Het effect van het rampenwerk op verschillende categorieën first responders is zowel binnen de wetenschappelijke literatuur als in de beroepspraktijk van het ambulancepersoneel een belangrijk gezondheids- en welzijnsvraagstuk. De huidige onderzoeksliteratuur toont aan dat reddingswerkers een vergroot risico lopen op de ontwikkeling van verschillende psychische klachten als gevolg van hun werkzaamheden, maar beschrijft niet eenduidig hoe deze klachten verminderd of voorkomen kunnen worden. Bryant (2021) stelt dat meer onderzoek gewenst is om beter begrip en kennis te vergaren wat betreft de psychische ondersteuning van first responders. De thesis zal bijdragen aan dit vraagstuk door nieuwe kennis aan het wetenschappelijk discours toe te voegen; namelijk over de geleefde ervaring van ambulancepersoneel ten aanzien van de huidige zorg die zij ontvangen om de psychische gezondheid te ondersteunen. Deze empirische kennis maakt inzichtelijk in hoeverre de huidige zorg aansluit bij de behoeften van het ambulancepersoneel en welke aspecten dit zorgaanbod kunnen optimaliseren.

Maatschappelijke relevantie

Volgens het NRC artikel ‘*Wie zorgt er voor de ambulancebroeder die net een kind heeft zien sterven?*’ rammelt de nazorg voor ambulancepersoneel wanneer zij psychische problematiek ontwikkelen als gevolg van het reddingswerk. Het artikel toont aan de hand van verschillende persoonlijke ervaringen aan dat ambulancewerkers niet weten waar zij naartoe kunnen als zij psychische klachten ervaren, of op welke zorg zij recht hebben. Hierdoor lopen zij vaak een langere periode met (beginnende) klachten rond die niet tijdig gesignaleerd worden, wat kan leiden tot toenemende problematiek, uitval en verzuim.

Ambulancepersoneel zet zich in voor de gezondheidszorg van de Nederlandse samenleving en is van uiterst belang in het stabiliseren van complexe, levensbedreigende, kritieke incidenten waarbij burgers betrokken zijn. Het is daarom zeer relevant om deze beroepsgroep op het gebied van de psychische gezondheid met zorg en aandacht te ondersteunen, zodat zij het reddingswerk kunnen blijven verrichten op een gezonde, duurzame manier. De aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkomen kunnen beleidsmakers en zorgprofessionals ondersteunen om het huidige zorgaanbod voor deze beroepsgroep te optimaliseren.

Humanistische relevantie

De Universiteit voor Humanistiek laat zich in haar onderwijs- en onderzoeksprogramma inspireren door het humanisme door de volgende vraag centraal te zetten: *Hoe optimaliseren we de mogelijkheden voor mensen om een waardig en betekenisvol leven te leiden in een rechtvaardige en zorgzame samenleving?*²

Deze vraag valt uiteen in twee thema's. Het thema *betekenisvol leven* omvat de vraag 'wat maakt het leven voor ieder uniek mens zingevend en waardevol?'³ Dit betreft de persoonlijke relatie met de wereld, waarin het eigen leven in een bredere context van samenhangende betekenissen wordt geplaatst (Alma & Smaling, 2010). De thesis sluit aan bij deze vraag door te onderzoeken welke persoonlijke betekenissen ambulancewerkers toekennen aan het reddingswerk. Middels kwalitatief onderzoek wordt inzichtelijk hoe persoonlijke betekenissen de impact van het reddingswerk in lijn brengen met de ervaring van een betekenisvol leven.

Het thema *een rechtvaardige en zorgzame samenleving* focust zich op het vormen van een humane samenleving waarin alle mensen een waardig en zinvol leven leiden.⁴ Deze thesis draagt hieraan bij door de onderzoeken op welke manier er passende mentale ondersteuning geboden kan worden aan ambulancewerkers die kampen met psychische problematiek en/of morele stress, als gevolg van hun werkzaamheden. De aanbevelingen die op basis van het onderzoek gedaan worden kunnen de psychosociale zorg voor ambulancepersoneel optimaliseren, wat de situatie van deze beroepsgroep kan verbeteren.

Tot slot sluit het onderzoek aan bij het streven van de Universiteit van Humanistiek om doorlopend te verkennen hoe geestelijke verzorging kan bijdragen op het gebied van zorg en welzijn.⁵ Het scriptieonderzoek biedt relevante inzichten voor (humanistisch) geestelijk verzorgers die first responders in hun loopbaanleven begeleiden om met de mentale en morele impact van het reddingswerk om te gaan. Geestelijk verzorgers werken op het snijvlak van betekenisgeving en humanisering en kunnen reddingswerkers daarom ondersteunen in de ontwikkeling van een levensvisie waarin de existentiële ervaringen en morele dilemma's van het reddingswerk een plek krijgen.

² Universiteit voor Humanistiek (2023). *Onderzoeksprogramma*. Geraadpleegd op 27 juni 2023 van <https://www.uvh.nl/onderzoek/onderzoek-aan-de-uvh/onderzoeksthema-1-humanisme>

³ Universiteit voor Humanistiek (2023). *Onderzoeksthema 2: Betekenisvol leven*. Geraadpleegd op 27 juni 2023 van <https://www.uvh.nl/onderzoek/onderzoek-aan-de-uvh/onderzoeksthema-1-humanisme>

⁴ Universiteit voor Humanistiek (2023). *Onderzoeksthema 3: Een rechtvaardige en zorgzame samenleving*. Geraadpleegd op 27 juni 2023 van <https://www.uvh.nl/onderzoek/onderzoek-aan-de-uvh/onderzoeksthema-1-humanisme>

⁵ Universiteit voor Humanistiek (2023). *Onderzoeksthema 2: Betekenisvol leven*. Geraadpleegd op 27 juni 2023 van: <https://www.uvh.nl/onderzoek/onderzoek-aan-de-uvh/onderzoeksthema-2-betekenisvol-leven>

1.6 Conceptuele definities

Ambulancewerkers/ambulancepersoneel

Ambulancewerkers zijn professionals die werken binnen de gezondheidszorg en zich bezighouden met het bieden van medische hulpverlening en transport aan mensen die dringend medische zorg nodig hebben. Ambulancepersoneel kan onder andere bestaan uit ambulancechauffeurs, ambulanceverpleegkundigen en ambulanceartsen (Ambulancezorg Nederland, 2015).

First responders (Nederlandse vertaling: reddingswerkers, eerstehulpverleners)

First responders zijn professionals die als eerste ter plaatse komen bij noodsituaties zoals branden, natuurrampen, terroristische aanslagen of medische noodgevallen. Deze professionals zijn getraind om snel te reageren en EHBO te bieden aan slachtoffers van de noodsituatie. Ze zijn vaak werkzaam binnen de hulpverlening, zoals bijvoorbeeld politie, brandweer, ambulance- en reddingsdiensten.⁶

Impact

De invloed, het effect of de gevolgen van een gebeurtenis op iets of iemand. Impact uit zich in een verandering die plaatsvindt ten gevolge van een gebeurtenis.⁷

Kritieke incidenten

Een incident wordt officieel als kritiek beschouwd wanneer er sprake is van ongevallen met een multi- of neurotrauma, groteske of complexe verwondingen, een beperkte ademweg of reanimatie, de betrokkenheid van kinderen, een feitelijke of dreigende dood of andere levensbedreigende situaties waarbij snelle en gespecialiseerde medische interventie vereist is (ARQ 2021).

PTSS

De posttraumatische stressstoornis, afgekort PTSS, is een psychische aandoening die kan ontstaan als gevolg van een buitengewone, schokkende en traumatische gebeurtenis. PTSS uit zich vaak in ongecontroleerde herbelevingen, nachtmerries en vermijdingsgedrag (Jongedijk, 2015).

⁶ Ambulancezorg Nederland (2015). Geraadpleegd op 4 april 2023 van:

<https://www.ambulancezorg.nl/publicatiepagina/kwaliteit-van-zorg>

⁷ Betekenisdefinitie.nl (2023). Geraadpleegd op 11 april 2023 van: <https://www.betekenis-definitie.nl/impact>

Morele Verwonding (Engels: *Moral Injury*)

Volgens Muller & Kamp (2018) wordt de definitie van Litz et al. (2009) het meest gebruikt om het begrip morele verwonding te definiëren:

“The lasting psychological, biological, spiritual, behavioral, and social impact of perpetrating, failing to prevent, or bearing witness to acts that transgress deeply held moral beliefs and expectations” (Litz et al., 2009, p. 697).

Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Het theoretisch kader is ingedeeld in vier hoofdstukken die gezamenlijk, aan de hand van een literatuurstudie, de eerste twee deelvragen beantwoorden. De volgende thema's komen achtereenvolgens aan bod: kritieke incidenten (2.2); de verwerking van kritieke incidenten (2.3); psychische klachten als gevolg van het reddingswerk (2.4); morele stress en morele verwonding in het reddingswerk (2.5) en de behandeling van psychische klachten bij reddingswerkers (2.6).

De beroepsgroep first responders omvat een divers scala aan professionals waaronder politie, brandweer, defensie en ambulancepersoneel (Bakker, 2008). Deze professionals zijn als eerste ter plaatse om hulp te bieden bij noodsituaties en spelen een cruciale rol bij het verlenen van directe zorg en het handhaven van openbare veiligheid (ARQ, 2021). In het wetenschappelijk discours rondom deze thematiek wordt ambulancepersoneel weinig of zelden uitgelicht als aparte beroepsgroep binnen de verschillende typen first responders. Bestaand onderzoek richt zich voornamelijk op de bredere beroepsgroep van first responders als algemene categorie. Daarom zal het theoretisch kader grotendeels gebaseerd zijn op literatuur met betrekking tot first responders in het algemeen, met de aanname dat ambulancepersoneel binnen deze categorie valt.

2.2 Kritieke incidenten: De impact van het reddingswerk

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat in de literatuur wordt verstaan onder kritieke incidenten en de impact daarvan op de psychische gezondheid van reddingswerkers. Daarbij wordt ingegaan op factoren die ervoor zorgen dat een reddingswerker een incident als (meer of minder) kritiek ervaart.

Binnen het wetenschappelijk onderzoeksveld ontstaat steeds meer aandacht voor de impact van het reddingswerk op de psychische gezondheid van first responders (Bakker, 2008). Ambulancepersoneel, evenals politieagenten, brandweermannen en militairen, worden door hun werkzaamheden vaker dan gemiddeld blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen, ook wel 'kritieke incidenten' genoemd. Volgens de literatuur wordt een incident als kritiek beschouwd wanneer er sprake is van ongevallen met een multitrauma of neurotrauma, groteske en/of complexe verwondingen, een beperkte ademweg of reanimatie,

een feitelijke of dreigende dood of andere levensbedreigende situaties waarbij snelle en gespecialiseerde medische interventie vereist is (Alexander & Klein, 2009; ARQ 2021). Het wetenschappelijk discours rondom het reddingswerk stelt dat de vergrote blootstelling aan kritieke incidenten impact kan hebben op de psychische gezondheid van first responders (ARQ, 2021). Kritieke incidenten zijn door hun inherente intensiteit, onvoorspelbaarheid en stresslevel moeilijker te verwerken, waardoor de impact die het incident op de mentale of fysieke gesteldheid achterlaat nog enkele uren, dagen of zelf weken na een incident aan kan houden. Er een fysieke en/of mentale stressrespons (*hyper arousal*) optreden, wat in de literatuur als *Critical Incident Stress* aangeduid wordt (Dangermond et al., 2022). De impact van deze overdadige stressrespons kan ervoor zorgen dat reddingswerkers, als gevolg van een kritiek incident, in hun persoonlijk leven chronische stress ervaren, wat vaak gepaard gaat met andere psychische klachten (Van der Ploeg & Kleber, 2001).

Er bestaan daarnaast nog meer factoren die er aan bijdragen dat kritieke incidenten impact hebben op de geestelijke gezondheid van reddingswerkers. Bakker (2008) heeft de meest voorkomende factoren in een tabel gezet en noemt deze factoren de ‘uitlokkers en beschermers van psychische problematiek van reddingswerkers’ (pp. 5-6).

Tabel 1: Samenvatting van kennis uit wetenschappelijk onderzoek

Uitlokkers van psychische problematiek bij reddingswerkers	Beschermers tegen psychische problematiek bij reddingswerkers
Machteloosheid	Van betekenis kunnen zijn tijdens een kritiek incident en focus op de goede aspecten van de professionele rol
Eenzaamheid	Sociale steun thuis, van collega's en van de leidinggevende
Slechte organisatie van werk, slecht werkend materieel	Werken binnen een positieve hechte groep en leefgemeenschap, waar respect is voor het reddingswerk
Onvoldoende steun van leidinggevende en collega's	Leiding krijgen van een <i>hardy leader</i> ; met visie, hoop, focus op wat men wel heeft kunnen betekenen
Gemis aan visie en hoop van leidinggevende in (moeilijke) situaties	Een goede organisatie van het werk, goed werkend materieel, visie
Onvoldoende rust en hersteltijd na een kritiek incident	Persoonlijke weerbaarheid en zelfregulering, actieve probleemaanpak, voldoende hersteltijd

Bron: Bakker, 2008 (pp. 5-6).

De tabel maakt inzichtelijk dat psychische problematiek bij reddingswerkers zich sneller kan ontwikkelen door de aanwezigheid van verschillende contextgebonden, persoonlijke of werkgerelateerde factoren tijdens een incident (Bakker, 2013). Dit betekent dat incidenten niet alleen als kritiek bestempeld kunnen worden wanneer zij ter plaatse aan bepaalde criteria voldoen, zoals een multitrauma of ernstig letsel, maar dat andere contextuele, persoonlijke en werkgerelateerde factoren er ook voor kunnen zorgen dat een incident door de reddingswerker als kritiek ervaren wordt. De belangrijkste factoren die ervoor zorgen dat een incident als kritiek ervaren wordt, worden in de onderstaande paragrafen uitgewerkt. Ter ondersteuning wordt het schema van Bakker (2008) gebruikt, maar daarnaast worden er ook andere factoren die in de literatuur naar voren komen beschreven.

2.2.1 Machteloosheid en (on)juiste handelingen tijdens een kritiek incident

De impact van een kritiek incident op een reddingswerker blijkt groter indien er gevoelens van machteloosheid worden ervaren door de reddingswerker, bijvoorbeeld wanneer het slachtoffer tijdens de hulpverlening overlijdt (met name bij kinderen), of wanneer het besef komt dat er niets meer aan een situatie gedaan kan worden (Alexander & Klein, 2009; Dangermond et al., 2022; Dangermond, 2023). Daarnaast hebben kritieke incidenten meer impact op reddingswerkers wanneer er (procedurele of persoonlijke) fouten worden gemaakt, zowel in het eigen handelen als in de onderlinge samenwerking met collega's. Het gevoel 'fout' gehandeld te hebben kan ervoor zorgen dat de reddingswerker achteraf met een negatief gevoel terug kijkt op het incident. De mogelijke gevoelens van schuld, schaamte en morele stress die hierbij komen kijken, kunnen de impact van het incident op de reddingswerker vergroten (Dangermond et al., 2022; Dangermond, 2023; Murray, 2019). Hier tegenover staat, zoals ook in het schema van Bakker (2008) bij de 'beschermers' beschreven is, dat het gevoel van betekenis te kunnen zijn tijdens een incident (in de professionele rol), ervoor zorgt dat een kritiek incident minder impact heeft op de psychische gezondheid van een reddingswerker.

2.2.2 Slechte organisatie van het werk

Sattler et al. (2014) beschrijft dat een goede *briefing* de impact van een kritiek incident kan verkleinen. Een briefing, bijvoorbeeld door de meldkamer of de teamleider, bereidt de reddingswerkers voor op het incident dat zij aan zullen gaan treffen wanneer zij een melding krijgen, waardoor zij zich minder snel overvallen of onvoorbereid voelen wanneer zij ter plaatse aankomen. Een goede briefing komt ook de effectiviteit van de hulpverlening ten goede; door te weten welke handelingen er waarschijnlijk uitgevoerd zullen worden

(bijvoorbeeld een reanimatie of het aanleggen van een tourniquet), kan de hulpverlening tijdens het incident vloeiender verlopen. Een positief gevoel ten aanzien van de hulpverlening en samenwerking tijdens een incident zorgt ervoor dat het incident als minder traumatisch of impactvol wordt ervaren. Ook komt dit de verwerking ten goede, omdat de reddingswerkers het gevoel hebben dat zij in ieder geval tevreden mogen zijn over hun uitvoerend handelen (Alexander & Klein, 2009; Dangermond, 2023; Sattler et al., 2014). Dit sluit aan bij wat Bakker (2008) in haar schema beschrijft als beschermende factor, oftewel het werken in een goede werkorganisatie en een focus op wat men wel heeft kunnen betekenen.

2.2.3 Omstanders en persoonlijke associatie tijdens een kritiek incident

Wanneer omstanders of familie de hulpverlening belemmeren zorgt dit voor impact, omdat reddingswerkers hierdoor hun taak niet goed kunnen uitvoeren. Emoties van omstanders en familie kunnen reddingswerkers uit hun mindset (hulpverleningsrol) halen, bijvoorbeeld wanneer betrokkenen tijdens de eerstehulpverlening agressief zijn tegen reddingswerkers of hen bedreigen. De reddingswerker kan zich hierdoor kwetsbaar of gefrustreerd voelen, wat ervoor kan zorgen dat de hulpverlening minder goed uitgevoerd wordt en de reddingswerker het incident als impactvoller ervaart (Dangermond, 2023).

Daarnaast kunnen betrokkenen ervoor zorgen dat er meer informatie over het slachtoffer vrijkomt, zeker wanneer dit naasten van het slachtoffer zijn. Deze informatie kan leiden tot persoonlijke associaties bij de eerstehulpverlener, bijvoorbeeld wanneer hij of zij zichzelf (of naasten) herkent in het slachtoffer of één van de omstanders (Alexander & Klein, 2009; Dangermond, 2023). Persoonlijke associatie kan de impact van het kritieke incident zeer ingrijpend vergroten, evenals wanneer er daadwerkelijk een bekende bij het incident betrokken is. Zo kunnen incidenten die normaliter niet als kritiek of impactvol bestempeld worden door persoonlijke associaties wel als zodanig ervaren worden (Dangermond, 2023). Ook kunnen persoonlijke factoren, zoals eerdere gebeurtenissen en ervaringen uit de privésituatie van de hulpverlener, ervoor zorgen dat reddingswerkers zich tijdens hun werkzaamheden kwetsbaarder voelen, of hen onverwachts overvallen met persoonlijke emoties. Individuele verschillen in veerkracht en kwetsbaarheid bepalen vervolgens ook in hoeverre de impact van een kritiek incident de mentale gesteldheid belast (Dangermond et al., 2022; Kiers, 2020). Zo kan de ene reddingswerker sneller emotionele of mentale impact ervaren als gevolg van persoonlijke factoren of associaties dan de ander.

2.2.4 Blootstelling aan lichamelijk letsel en dodelijke slachtoffers

Kritieke incidenten kunnen uiterst beschadigde en zelfs dodelijke slachtoffers tot gevolg hebben. Het aanzicht van ernstig lichamelijk lijden of een dood slachtoffer kan zorgen voor wat men in de ambulancewereld ‘netvliesvervuiling’ noemt. Met netvliesvervuiling wordt bedoeld op het terugzien van verschrikkelijke beelden op het netvlies, oftewel een herbeleving van de kritieke situatie. Door netvliesvervuiling kan de impact van een kritiek incident op een reddingswerker langer aanhouden, bijvoorbeeld omdat de beelden van een incident zich nog enkele dagen, weken of zelfs jaren ongecontroleerd blijven herhalen op het ‘netvlies’ (Kiers, 2020). First responders zijn gevoeliger voor netvliesvervuiling wanneer zij een incident met ernstig lichamelijk letsel of de dood ten gevolg voor de eerste keer meemaken. Met name het aanzicht van (en de geur van) verbranding, verhangen en de dood kan leiden tot netvliesvervuiling (Dangermond et al., 2022). Een goede briefing (p. 2.2.2), kan het risico op netvliesvervuiling verminderen. Zo weten reddingswerkers aan de hand van de briefing wat zij aan kunnen treffen voordat ze bij het incident aankomen, en kan het personeel van de assisterende B-ambulance⁸ er bijvoorbeeld voor kiezen zich tegen netvliesvervuiling te beschermen door niet naar het slachtoffer te kijken.

2.2.5 Stapeling van kritieke incidenten

De wetenschappelijke literatuur rondom first responders beschrijft veelvuldig dat ‘stapeling’ een belangrijke impactfactor is binnen het reddingswerk. Met stapeling wordt bedoeld dat, wanneer er in korte tijd meerdere kritieke incidenten plaatsvinden, het ambulancepersoneel gevoeliger kan zijn voor de impact hiervan op hun psychische gesteldheid (Bakker, 2013). De cumulatieve effecten van opeenvolgende traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot een vergrote ontwikkeling van psychische klachten en een verhoogd risico op een depressie of een burn-out. Internationaal empirisch onderzoek naar het psychisch welbevinden van ambulancepersoneel toont aan dat de ontwikkeling van psychische klachten bij deze beroepsgroep over het algemeen niet zozeer samenhangt met een eenmalige ernstige gebeurtenis, maar veeleer met de stapeling van kritieke incidenten binnen een loopbaanleven (Bakker, 2008).

⁸ De A-ambulance komt bij een spoedrit als eerste aan en draagt verantwoordelijkheid voor de eerstehulpverlening tijdens een kritiek incident. De B-ambulance komt als tweede aan, indien de A-auto assistentie nodig heeft. De B-ambulance wordt normaliter niet ingezet bij kritieke incidenten, maar rijdt het besteld vervoer.

2.2.6 Onvoldoende rust en hersteltijd na kritieke incidenten

De laatste factor die psychische problematiek bij reddingswerkers uitlokt is ‘onvoldoende hersteltijd na een kritiek incident’ (Bakker, 2008). Hersteltijd is een zeer belangrijke beschermende factor binnen het reddingswerk omdat er na kritieke incidenten een uitgestelde verwerkingsreactie plaats kan vinden. Het adrenalineniveau van de reddingswerker kan tijdens een kritiek incident zodanig stijgen zodat zij de eerste uren na een incident nog geen klachten ervaren, zowel psychisch als fysiek. Wanneer de adrenaline zakt, omdat de reddingswerker tot rust komt, kan duidelijk worden of een kritiek incident impact heeft op de psychische gezondheid van een reddingswerker en kan ingeschat worden of er meer hersteltijd nodig is voor de verwerking hiervan (Alexander & Klein; De Boer, 2007). Hersteltijd is dan ook uiterst belangrijk voor de reddingswerker om psychische en/of emotionele overbelasting te voorkomen (ARQ, 2021). Rust en actieve ontspanning vergroten de persoonlijke weerbaarheid tijdens een volgend incident en zorgen ervoor dat de reddingswerker ‘terug kan veren’ wanneer een incident impact heeft op de psychische gesteldheid (Bakker, 2013). De Boer (2007) schrijft dat er vaak onvoldoende rust wordt genomen in de hersteltijd die reddingswerkers na een kritiek incident hebben, bijvoorbeeld tussen hun diensten in. Het bewust inplannen en vormgeven van de hersteltijd is daarom een belangrijke beschermende factor voor psychische problematiek als gevolg van het reddingswerk (Bakker, 2013).

2.3 Verwerking van kritieke incidenten

De verwerking van kritieke incidenten speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van psychische klachten als gevolg van het reddingswerk. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke aspecten de verwerking van de mentale impact van het reddingswerk kunnen remmen of bevorderen. Eerst worden de algemene en contextuele factoren die bij de verwerking van kritieke incidenten een rol spelen beschreven. Daarna wordt gekeken naar de persoonlijke factoren die een verwerkingsproces kunnen bevorderen of bemoeilijken.

2.3.1 De verwerking van kritieke incidenten: Algemene en contextuele factoren

Er zijn een aantal overeenkomende algemene/contextuele factoren die belangrijk zijn voor de verwerking van kritieke incidenten binnen alle typen van het reddingswerk. De factoren die in de literatuur het meest genoemd worden zijn het belang van informele collegiale steun (*peer support*), de ervaring van sociale inbedding binnen een team (*social embeddedness*), en

uitingen van empathie en sociaal-emotionele steun door de leidinggevende (Bakker, 2013; Dangermond et al., 2022; Dangermond, 2023; Geuzinge, 2020 & Harrison, 2018). In de tabel van Bakker (2008) vallen informele collegiale steun en sociale inbedding onder de beschermende factor ‘werken binnen een positief hechte groep of gemeenschap’.

De empirische onderzoeken van Geuzinge et al. (2020), Dangermond et al. (2022) en Dangermond (2023) concluderen ook dat informele collegiale steun (ook wel *peer support*) binnen het reddingswerk een belangrijke factor is in het verwerkingsproces van kritieke incidenten. Uitingen van informele collegiale steun zorgen voor de ervaring van sociale inbedding en vergroten de groepscohesie binnen een team. Volgens onderzoek van Geuzinge et al. (2020) is de ervaring van sociale inbedding, zowel in een collegiaal team als in de persoonlijke omgeving, de meest beschermende factor tegen traumatisering. Een goede verstandhouding met naaste collega’s, bijvoorbeeld door elkaar niet alleen professioneel maar ook op persoonlijk vlak te kennen, vergroot daarnaast aanzienlijk de kans op een goedlopende samenwerking - waardoor een kritiek incident als minder stressvol en traumatisch wordt ervaren (Dangermond, 2023). Informele collegiale steun kan al bestaan uit een klein gebaar zoals een appje of belletje van een collega na een heftige casus, of het nabespreken van een incident op de terugweg in de auto of met collega’s op de post.

Kleine uitingen van informele collegiale steun en sociale inbedding bevorderen naast de onderlinge samenwerking ook de werkcultuur binnen een team, een belangrijke factor in de verwerking van kritieke incidenten. Zo beschrijft Geuzinge et al. (2020) dat er specifiek bij de beroepsgroep ambulancepersoneel een duidelijke relatie bestaat tussen ervaringen van saamhorigheid op de werkplek en het vermogen om te herstellen, oftewel, een goede werkcultuur vergroot de weerbaarheid van reddingswerkers om ‘terug te kunnen veren’ na kritieke incidenten.

Humor is dan ook een belangrijk aspect binnen de werkcultuur van first responders, omdat dit zorgt voor onderlinge saamhorigheid (Dangermond, 2023). Humor dient onder de verschillende type first responders vaak als communicatiemiddel om gezamenlijk ingrijpende incidenten op een luchtige manier te kunnen verwerken. Zo wordt er vaak ‘zwarte humor’ gebruikt om de bijzonderheden rondom een incident, of bijvoorbeeld over het lichaam van een slachtoffer, te benoemen. Humor geldt in de verwerking van kritieke incidenten dus als ontlading en copingmechanisme om op een luchtige manier uiting te geven aan de zwaarte en heftigheid van een incident (Alexander & Klein, 2009; Dangermond, 2023).

Als laatste algemene/contextuele factor beschrijven Harrison (2018) en Bakker (2013) dat de leidinggevende een belangrijke functie heeft in de verwerking van kritieke incidenten. Steun, empathie en begrip ten aanzien van kritieke incidenten kan ervoor zorgen dat de reddingswerker zich veilig genoeg voelt om aan te geven wat een casus met hem of haar doet, en zo kan er vervolgens ingeschat worden of er extra tijd of zorg nodig is om te herstellen na een kritiek incident.

Deze algemene en contextuele factoren ondersteunen het verwerkingsproces van kritieke incidenten wanneer zij als positief ervaren worden. Wanneer de ervaring echter negatief is, zoals wanneer een teamlid zich niet sociaal ingebed voelt binnen het team, de humor er binnen een team voor zorgt dat uitingen van kwetsbaarheid ingeperkt worden, of wanneer de teamleider weinig tot geen emotionele betrokkenheid toont, kan dit de verwerking van kritieke incidenten benadelen (Dangermond, 2023; Harrison, 2018). Geuzinge et al. (2020) beschrijft dat wanneer een teamlid zich alleen voelt binnen een team, of niet gezien of gehoord wordt door collega's of de teamleider, er juist een vergrote kwetsbaarheid voor de impact van kritieke incidenten ontstaat. Dit vergroot het risico op de ontwikkeling van psychische klachten.

2.3.2 De verwerking van kritieke incidenten: Persoonlijke factoren

Belangrijke persoonlijke factoren die ervoor zorgen dat een persoon weerbaar is tegen de impact van het reddingswerk, zijn het bezit van (of een tekort aan) een persoonlijk sociaal steunnetwerk, een rijkheid aan hulp- en energiebronnen en effectieve coping mechanismen (Bakker, 2008; Bakker, 2013; Dangermond, 2023).

In de verwerking van kritieke incidenten is het bezit van een persoonlijk sociaal netwerk (buiten collega's om) van groot belang (Bakker, 2013; Geuzinge et al., 2020). 'Significante anderen' kunnen reddingswerkers beschermen tegen primaire of secundaire traumatisering als gevolg van de blootstelling aan kritieke incidenten. Begrip en steun uit het persoonlijke netwerk (ook wel *supportive relationships* genoemd) en het vertrouwen dat men kan terugvallen op dit netwerk, zorgt ervoor dat kritieke incidenten als minder bedreigend of angstig worden ervaren. Uitingen van kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door vrijuit over de persoonlijke beleving van een incident te praten, kunnen helpen bij het reguleren van emoties en dienen zo als copingmechanisme om een situatie te kunnen herdefiniëren. Steun vanuit het persoonlijk netwerk kan daarnaast ook het gevoel van controle, optimisme en eigenwaarde

versterken en is dus een zeer effectieve hulpbron in de verwerking van kritieke (en zelfs traumatische) incidenten (Geuzinge et al., 2020).

Een tweede belangrijke persoonlijke factor in de verwerking van impactvolle incidenten is het beschikken over voldoende hulp- en energiebronnen. Hiermee worden positieve bronnen bedoeld die het leven van een persoon ondersteunen, zoals liefdevolle relaties, financiële zekerheid, gezondheid, materialen, etc. (Bakker, 2013). Hulp- en energiebronnen bevinden zich volgens Sattler et al. (2014) op 4 domeinen: 1) persoonlijke bronnen die het gevoel van *self-agency* versterken (zoals een houding van optimisme, voldoende steun vanuit *supportive relationships* en ervaringen van zin- en betekenisgeving voortkomend uit het reddingswerk), 2) energiebronnen (zoals voldoende slaap, vrije tijd en hersteltijd), 3) conditionele hulpbronnen (zoals status en aanzien op het werk en in de persoonlijke omgeving) en 4) materiële objecthulpbronnen (zoals een auto, huis en geld).

Wanneer een reddingswerker voldoende hulp- en energiebronnen bezit is hij of zij weerbaarder tegen de impact van kritieke incidenten en beter beschermd tegen de ontwikkeling van psychische problematiek (Bakker, 2008; Sattler et al., 2014). Dit werkt ook de andere kant op; wanneer iemand weinig hulp- of energiebronnen in het persoonlijk leven bezit kan er juist een kwetsbaarheid voor psychische klachten ontstaan - zeker in combinatie met de vergrote blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen door het reddingswerk (Bakker, 2008; Sattler et al., 2014).

2.3.3 Coping

Als laatste persoonlijke factor in de verwerking van kritieke incidenten zijn effectieve copingmechanismen een belangrijke beschermende factor. Er is een breed scala aan definities voor coping te vinden in de literatuur. In dit geval wordt de definitie van Lazarus en Folkman (1984) gehanteerd, twee experts op het gebied van psychologische stress en coping (Durnez, 2019). Volgens hen omvat coping de voortdurende cognitieve en gedragsmatige inspanning die een persoon inzet om interne en externe spanningen na een stressvolle situatie te beheersen, te verminderen of te verdragen. Lazarus en Folkman (1984) benadrukken dat coping een dynamisch proces is. De gekozen copingstrategieën kunnen tijdens het verwerkingsproces variëren, afhankelijk van de interpretatie die aan de traumatische gebeurtenis wordt gegeven. Copingstrategieën kunnen daarnaast beïnvloed worden door de beschikbare middelen en sociale steun die beschikbaar zijn, oftewel de persoonlijke hulp- en energiebronnen van een persoon (Durnez, 2019; Sattler et al., 2014).

Coping mechanismen die volgens empirisch onderzoek van Satter et al. (2014) veel voorkomend zijn onder first responders zijn probleemgerichte coping, emotiegerichte coping, vermijdende coping en afhakende coping.

Onder probleemoplossende coping worden acties bedoeld die bijdragen aan het verwerkingsproces door daadwerkelijk zelfstandig actie te ondernemen. Probleemoplossende coping ontwikkelt zich vaak gedurende het loopbaanleven van reddingswerkers wanneer zij ervaren welke activiteiten of interventies hen helpen wanneer ze zich (als gevolg van hun werkzaamheden) gestrest of ongelukkig voelen. Zo kan een reddingswerker er na een kritiek incident bewust voor kiezen om te gaan sporten of actief afleiding te zoeken door bijvoorbeeld iets leuks te ondernemen, of bewust een moment van ontspanning in te plannen. Een andere copingstrategie die effectief kan zijn in de verwerking van kritieke incidenten is emotiegerichte coping; dit houdt in dat de reddingswerker na een heftig incident op zoek gaat naar emotionele steun. Door te praten met collega's of dierbaren kunnen zij de verwerking van een incident stap voor stap doorlopen en alle gevoelens en gedachten hierover op een rijtje zetten. Ook kunnen ze bepaalde ervaringen herdefiniëren doordat hier nieuwe betekenissen aan toegevoegd worden. Deze twee copingstrategieën, probleemoplossende en emotiegerichte coping, kunnen de persoonlijke groei na de ervaring van een kritiek incident stimuleren. Dit stimuleert een houding van *self-efficacy* en positiviteit, waardoor de ellende die een mens in het reddingswerk kan meemaken kan leiden tot gevoelens van zingeving en herwaardering van het eigen leven (Durnez, 2019; Satter, 2014).

Coping mechanismen die echter ook veelvuldig voorkomen bij first responders, maar minder effectief of zelfs destructief blijken te zijn, zijn vermijdingsgerichte en afhakende coping. Bij vermijdende coping doet de reddingswerker alsof de impact die een incident kan achterlaten er niet is, of probeert hij of zij deze te onderdrukken door (passieve) afleiding. Het is een bekende valkuil om bij de verwerking van kritieke incidenten passieve ontspanning op te zoeken, zoals televisie kijken, gamen, roken, en het nuttigen van alcohol. Deze vormen van ontspanning zetten de impact van een incident wel even op de achtergrond, maar vormen geen actieve aanpak om de mentale impact te verwerken. Uiteindelijk kan er door vermijdende coping een hoge arousal van dissociatie ontstaan, met op den duur emotionele onbereikbaarheid, 'afstomping' of 'afvlakking' als gevolg (Dangermond, 2023).

Bij afhakende coping kan de reddingswerker tijdens het verwerkingsproces van een heftig incident het gevoel van zelfvertrouwen en weerbaarheid verliezen, omdat hij of zij zichzelf

pijnt met de gedachte niet geschikt te zijn voor het werk en er beter mee te kunnen stoppen. De impact die een incident op hen kan hebben, die volkomen logisch en natuurlijk is, kunnen zij verwarren met gevoelens van zwakte en schaamte, waardoor zij op de lange termijn een depressie of burn-out kunnen ontwikkelen (Satter et al., 2014).

Samengevat ondersteunen actieve coping mechanismen (zoals probleemgerichte en emotiegerichte coping) vaker posttraumatische groei en persoonlijke weerbaarheid, wat de persoonlijke veerkracht en daardoor ook het verwerkingsproces bevordert. Bij passieve copingstijlen (zoals vermijdende en afhakende coping) kunnen er op de lange termijn psychische klachten en stoornissen ontstaan als gevolg van een stagnerende verwerking (Bakker, 2008; Dangermond et al., 2022; Satter et al., 2014).

2.4 Psychische klachten als gevolg van het reddingswerk

Verschillende recente onderzoeken rondom de psychische gesteldheid van first responders tonen aan dat deze beroepsgroep regelmatig lichte tot ernstige psychische klachten ontwikkelt als gevolg van hun werkzaamheden (Alexander & Klein, 2009; Donnelly, 2012; Harrison, 2018; Kiers, 2020; Koten, 2014; Van der Ploeg & Kleber, 2001; Vymetal et al., 2011).

De precieze cijfers lopen binnen de verschillende onderzoeken in een kleine marge uiteen, maar duidelijk wordt dat 20 tot 30% van de first responders gedurende hun loopbaan psychische klachten ontwikkelen (Alshahrani et al., 2022).

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke psychische klachten het meest voorkomend zijn bij reddingswerkers. Hoewel de literatuur rondom ambulancepersoneel verschillende psychische klachten beschrijft, wordt de nadruk gelegd op veel voorkomende gedragsveranderingen en psychische klachten zoals compassie-moeheid (als vorm van chronische vermoeidheid), PTSS en *Moral Injury*. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat er echter een aangetoonde comorbiditeit bestaat tussen deze klachten en de ontwikkeling van andere psychische problematiek, zoals depressie, chronische stress, burn-out, angst- en paniekstoornissen en slaapstoornissen (Alexander & Klein, 2009; Wild et al., 2018; Vymetal et al., 2001).

In dit hoofdstuk worden de meest voorkomende psychische verschijnselen bij ambulancepersoneel uitgewerkt, opbouwend van milde naar zware psychische problematiek.

2.4.1 Gedragsverandering door overbelasting

Naast aantoonbare psychische klachten kunnen er ook gedragsveranderingen als gevolg van de blootstelling aan kritieke incidenten bij reddingswerkers opspelen. Deze 'klachten' zijn

niet zo zeer aanwijsbaar, zoals slapeloosheid of flashbacks dit wel zijn, maar veranderen het gedrag doordat er sprake is van mentale overbelasting (Dijkstra, 2017; Van der Ploeg & Kleber, 2001). Bekende gedragsveranderingen onder first responders zijn afvlakking en afstomping, overmatige schrik en stressreacties, agressiviteit, prikkelbaarheid en vermijdingsgedrag. Men is zelf vaak onbewust van deze gedragsveranderingen; het is meestal de persoonlijke omgeving die dit gedrag opmerkt of de reddingswerker ziet veranderen gedurende diens carrière (Dijkstra, 2017).

Gedragsveranderingen door psychische overbelasting treden sneller op wanneer er sprake is van stapeling van kritieke incidenten of wanneer de first responder al een lange carrière achter de rug heeft in het reddingswerk (Van der Ploeg & Kleber, 2001). Baqai (2020) schrijft dat wanneer de verwerkingstijd tussen kritieke incidenten summier is, of wanneer zich problemen in het persoonlijk leven voordoen, de reddingswerker als gevolg van mentale overbelasting prikkelbaarder wordt. Dit kan zich tonen in ongecontroleerde uitingen van emoties zoals irritatie, agressie of verdriet. Daarnaast kan prikkelbaarheid leiden tot overmatige schrik- en stressreacties en kan de reddingswerker door een aanhoudend gevoel van overbelasting en stress op den duur last krijgen van chronische vermoeidheid, chronische stress of slaapproblematiek (Satter, 2014; Van der Ploeg & Kleber, 2001).

Om met deze psychische overbelasting om te kunnen gaan kan de reddingswerker activiteiten, locaties of personen gaan vermijden, bijvoorbeeld omdat deze hem of haar aan een incident herinneren of te veel energie kosten. Dit sluit aan bij wat er eerder geschreven is over de vermijdingsgerichte coping stijl die reddingswerkers aan kunnen nemen om met de impact van het werk om te gaan. Vermijdende coping kan zorgen voor emotionele afstomping of afvlakking bij reddingswerkers, waardoor emoties – in het bijzonder sterke emoties zoals vreugde of verdriet – niet als zodanig meer gevoeld of geuit worden (Dijkstra, 2017; Satter, 2014).

2.4.2 Compassie-moeheid

Een andere psychische klacht die zich in de loopbaan carrière van ambulancepersoneel voor kan doen is compassie-moeheid (ook wel *compassion-fatigue* genoemd). Compassie-moeheid doet zich voornamelijk voor bij personeel in de zorgsector, waar ambulancepersoneel ook onder valt. Wanneer een ambulanceverpleegkundige overbelast is, bijvoorbeeld door een slaapttekort in combinatie met de stapeling van kritieke incidenten in een werkweek, kan het gebeuren dat de empathie die binnen het sociaal-emotionele stuk van het ambulancewerk

nodig is 'op' raakt. In plaats van dat de ambulanceverpleegkundige geduldig en begripvol met een slachtoffer omgaat, kan er (bewust of onbewust) geïrriteerd of prikkelbaar gedrag getoond worden. Psychische overbelasting, in de vorm van compassie-moeheid, zorgt er voor dat een ambulanceverpleegkundige zich opgebrand, ongemotiveerd en vermoeid voelt, waardoor hij of zij geen energie over heeft om empathisch, geduldig en begripvol naar patiënten (en/of collega's) te zijn.

Daarnaast is men door compassie-moeheid extra gevoelig voor het ontwikkelen van depressieve gedachten en klachten. De psychische overbelasting zorgt ervoor dat confrontaties met ziekte, sterfte en traumatische gebeurtenissen niet meer gerelativeerd kunnen worden, met het gevolg dat de ambulanceverpleegkundige kwetsbaarder wordt voor secundaire traumatisering. Ook is men bij compassie-moeheid de bevrediging, trots en betekenisgeving die men uit het werk haalt kwijt, waardoor men cynisch, onverschillig en afstandelijk over kan komen. Deze houding dient vaak als (passief) copingmechanisme om emoties op afstand te kunnen houden en het zelf te beschermen voor nog meer overbelasting. Compassie-moeheid wordt een 'sluipmoordenaar' genoemd omdat het in eerste instantie vaak niet duidelijk is dat men hier last van heeft. Door de werkdruk binnen zorginstellingen is er vaak ook weinig ruimte om hierover met elkaar in gesprek te gaan, waardoor psychische overbelasting en compassie-moeheid (te) laat gesignaleerd worden. Wanneer iemand last heeft van compassie-moeheid is deze persoon echter zo psychisch overbelast dat hij of zij emotioneel aan het overleven is. Als dit op den duur niet gesignaleerd en verholpen wordt is een persoon dan ook uiterst kwetsbaarder voor het ontwikkelen van PTSS, een burn-out of depressie (Dijkstra, 2017).

2.4.3 De Post Traumatisch Stress Stoornis (PTSS)

Wanneer men in het wetenschappelijk onderzoeksveld zoekt naar psychische stoornissen bij ambulancepersoneel wordt duidelijk dat ongeveer 20% van de first responders als gevolg van hun werkzaamheden PTSS oploopt gedurende hun loopbaan (Koten, 2014). De DSM5 beschrijft dat men van een Post Traumatisch Stress Stoornis kan spreken wanneer een persoon voldoet aan elk van de volgende categorieën:

- A. Blootstelling aan een stressfactor: De persoon moet een traumatische gebeurtenis meemaken, hiervan getuige zijn of vernemen dat er traumatische gebeurtenissen hebben plaatsgevonden bij mensen in de directe omgeving;

- B. Herbelevingssymptomen: De persoon heeft herhaaldelijk herbelevingen van de traumatische gebeurtenis. Iemand moet minimaal één van de vijf herbelevingssymptomen hebben, deze omvatten: opdringerige en verontrustende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, psychologische of fysieke reactiviteit bij herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, flashbacks of nachtmerries;
- C. Vermijdingssymptomen: De persoon moet minstens één van de twee vermijdingssymptomen vertonen, deze zijn a) actieve vermijding van gedachten of gevoelens of b) vermijding van mensen, plaatsen of situaties die hen aan de traumatische gebeurtenis herinneren;
- D. Veranderingen in cognitie en stemming: De persoon moet aan minstens twee van de volgende symptomen voldoen: overdreven negatieve gedachten over zichzelf en de wereld, buitensporige verwijten (naar zichzelf of een ander), verminderde belangstelling, zich onthecht of vervreemd voelen van anderen en/of het onvermogen om positieve emoties te ervaren;
- E. *Hyperarousal* symptomen: De persoon moet aan minstens twee van de volgende hyperarousal symptomen voldoen: overdreven schrikreacties, roekeloos gedrag, slapeloosheid of slaapproblemen, concentratieproblemen, prikkelbaarheid en/of agressief gedrag (Bryant, 2021).

Het Landelijk Kennis en Advies Centrum Psychosociale Zorg na Rampen (ARQ, 2021) schrijft dat ‘mildere’ psychische klachten, wanneer zij een langere periode aanhouden, kunnen uitmonden in een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). De meest voorkomende mildere klachten onder first responders, zoals opdringende herbelevingen, slapeloosheid, heftige schrikreacties, prikkelbaarheid, vermijdingsgedrag en emotionele afstomping, komen dan ook overeen met de DSM5-criteria waar men aan moet voldoen om met PTSS gediagnosticeerd te worden.

Daarnaast ontwikkelt PTSS zich sneller wanneer potentieel traumatische situaties (zoals kritieke incidenten) zich vaker achter elkaar voordoen. Bij de eenmalige blootstelling aan een kritiek incident kan PTSS zich al ontwikkelen (afhankelijk van in hoeverre iemand secundair getraumatiseerd wordt door de situatie), maar de kans op PTSS neemt aanzienlijk toe wanneer er een stapeling van kritieke incidenten plaatsvindt (ARQ, 2021). Het is daarom logisch dat first responders als beroepsgroep extra gevoelig zijn voor de ontwikkeling van PTSS, aangezien zij overmatig blootgesteld worden aan potentieel traumatische incidenten (Alexander & Klein, 2009; Bryant, 2021).

Reddingswerkers die hoog scoren op PTSS klachten hebben vaak ook last van andere psychische problematiek. Onderzoeken van Alexander & Klein (2009), Wild et al. (2018) en Vymetal et al. (2011) beschrijven dat er een duidelijk aantoonbare comorbiditeit bestaat tussen PTSS en depressie, burn-out, angst- en paniekstoornissen, chronische stressstoornissen en slaapstoornissen, en dat zij specifiek bij first responders vaker hand in hand gaan. Zij geven aan dat het daarom belangrijk is dat er bij first responders, specifiek wanneer zij de diagnose PTSS krijgen, niet alleen gefocust wordt op de behandeling van deze stoornis, maar er ook actief onderzocht wordt welke andere psychische klachten en stoornissen er mee spelen (Alexander & Klein, 2009).

2.5 Morele stress en morele verwonding als gevolg van het reddingswerk

De literatuur beschrijft een tweede factor die kan zorgen voor psychische druk, overbelasting en klachten als gevolg van het reddingswerk. In dit hoofdstuk wordt op de impactfactor 'morele stress' ingaan. Eerst wordt uitgewerkt wat morele stress inhoudt, en vervolgens wordt beschreven hoe morele stress tot een morele verwonding kan leiden. Vervolgens zal beschreven worden hoe morele stress en morele verwonding specifiek in het reddingswerk kunnen optreden. Als laatste wordt er beschreven hoe morele (her)oriëntatie en morele weerbaarheid een morele verwonding tegen kunnen gaan.

2.5.1 Morele stress en morele verwonding

Morele stress verwijst naar de spanning, druk of het ongemak dat ontstaat wanneer individuen geconfronteerd worden met morele dilemma's of situaties waarin ze zich gedwongen voelen om handelingen te verrichten die in strijd zijn met hun persoonlijke morele overtuigingen (Rushton, 2016; Schuhmann, 2023). Morele stress kan erg psychisch belastend zijn en leiden tot vermijdende copingstijlen, verslaving aan middelengebruik en ander dwangmatig gedrag dat tijdelijke verlichting biedt voor de verontrustende gevoelens die uit morele stress voort kunnen komen (Rushton, 2016; Smith-MacDonald et al., 2021).

Als morele stress onbehandeld blijft en langdurig aanhoudt, kan het uiteindelijk leiden tot morele verwonding (Smith-MacDonald, et al., 2021). Dit gebeurt wanneer de voortdurende blootstelling aan conflicterende morele kernwaarden en de noodzaak om conform de eigen morele waarden te handelen een diepgaande impact hebben op het psychisch welzijn van een persoon (Doehring, 2015; Rushton, 2016).

In de literatuur wordt de definitie van Litz et al. (2009) veelvuldig gebruikt om het concept morele verwoning (ook wel *moral injury* of moreel letsel genoemd) te definiëren. Zij omschrijven een morele verwonding als “De blijvende psychologische, biologische, spirituele, gedragsmatige en sociale impact van het plegen van, falen in het voorkomen van, of het getuigen zijn van daden die diepgewortelde morele overtuigingen en verwachtingen schenden” (p. 697).

Morele ‘verwonding’ verwijst dus naar de aanhoudende psychologische en emotionele schade die kan ontstaan door de impact van langdurige morele stress (Doehring, 2015; Smith-MacDonald et al., 2021). Het is een complex fenomeen en leidt tot een breed scala aan negatieve emoties, zoals schaamte, schuldgevoelens, verdriet, angst en woede. Deze emoties ontstaan door het besef dat men zichzelf heeft gecompromitteerd en afbreuk heeft gedaan aan belangrijke persoonlijke of sociaal-maatschappelijke morele principes (Doehring, 2015).

Daarnaast kan morele verwonding gepaard gaan met gevoelens van verlies, hulpeloosheid en existentiële vertwijfeling omdat het fundamentele vertrouwen in de eigen morele integriteit wordt aangetast (Molendijk, 2018; Schuhmann, 2023). De langdurige psychologische gevolgen van morele verwonding uit zich in aanhoudende gevoelens van zelfverwijt, een laag zelfbeeld en het verlies van eigenwaarde omdat men voortdurend in conflict is met zichzelf en de morele identiteit. Dit kan leiden tot innerlijke verdeeldheid en een gevoel van vervreemding of afschuw van zichzelf (Molendijk, 2018; Rushton, 2016; Smith-MacDonald et al., 2021).

De impact van morele verwonding, evenals van andere psychische klachten, reikt verder dan alleen het individu. Het kan gevolgen hebben voor de relaties met anderen, zowel op persoonlijk als professioneel gebied. Zo kunnen mensen zich isoleren van hun omgeving of het vertrouwen in anderen verliezen, omdat ze bang zijn om opnieuw gekwetst te worden. Dit kan leiden tot sociale terugtrekking en het vermijden van relaties met anderen. Daarnaast worden gedachten en gevoelens rondom het morele letsel niet gemakkelijk met anderen gedeeld omdat de ervaring van schaamte, zelfhaat of angst vaak gepaard gaat met de overtuiging dat men door de samenleving wordt afgewezen vanwege de uitgevoerde acties of verrichte handelingen (Drescher et al., 2013; Molendijk, 2018).

2.5.2 Morele stress en morele verwonding bij first responders

In het wetenschappelijk onderzoeksveld is veel informatie te vinden over morele verwonding bij militairen als beroepsgroep binnen de first responders. Zo komt dit concept overvloedig voor in onderzoeken naar de psychologische impact van uitzendingsmissies bij militairen.

Recente onderzoeken wijzen echter steeds meer op de kwetsbaarheid voor morele verwonding bij alle typen first responders, omdat zij - net als militairen - in hun werkzaamheden aan zelf soortige morele dilemma's als het gevolg van kritieke incidenten blootgesteld worden (Smith-McDonald et al., 2021).

Het werk van first responders is onlosmakelijk verbonden met morele dilemma's aangezien zij op het heetst van de snede moeten beslissen welke handelingen er nodig zijn om de situatie te kunnen handhaven. Ze dienen te navigeren tussen schurende belangen - zoals die van de patiënt, de organisatie waarvoor ze werken, omstanders en naasten, maatschappelijke normen en hun eigen kernwaarden. De druk die dit met zich meebrengt om het 'goede' of het 'juiste' te doen, in combinatie met de inherente onvoorspelbaarheid en de acute stress van het incident, maakt dat er een hoog niveau van morele stress kan bestaan tijdens het reddingswerk (Rushton, 2016). First responders doen hun werk vanuit de wens om kritieke situaties onder controle te krijgen en slachtoffers te helpen, maar kunnen hierin belemmerd worden wanneer zij tegen iemands persoonlijke belang in moeten handelen. Dit strookt niet met de morele verplichting die ze zichzelf op kunnen leggen om mensen te helpen en daarmee het 'goede' te doen, wat kan leiden tot gevoelens van zelfverwijt, schuld en schaamte (Smith-MacDonald et al., 2021).

First responders met sterke kernwaarden zoals behulpzaamheid, zorg voor anderen en perfectionisme zijn gevoeliger voor de ontwikkeling van een morele verwonding. Dit komt omdat zij een diepgewortelde verantwoordelijkheid voelen voor de mogelijke schade die zij als gevolg van hun handelen aan een ander toe kunnen brengen (Doehring, 2015).

Ook kunnen first responders die morele stress ervaren vermijdingsgedrag vertonen als gevolg van wat Molendijk (2018) 'morele onthechting' noemt. Door zich emotioneel terug te trekken (van zowel de slachtoffers als van collega's en naasten) ervaren zij de pijn van schurende waarden of het opgelopen morele letsel minder direct. Dit mechanisme kan gezien worden als een vorm van ontkenning, en treedt op wanneer men aanvoelt dat een morele situatie zo overweldigend en ingewikkeld is dat men ervoor kiest om zichzelf te beschermen door de eigen emoties uit te schakelen (Molendijk, 2018). Soms kunnen first responders er zelfs voor kiezen om zich terug te trekken uit de werkorganisatie omdat zij de confrontatie met morele dilemma's (en de morele stress die dit kan veroorzaken) willen vermijden. Morele stress kan zich echter, ook wanneer men zich uit het reddingswerk terugtrekt, in een later stadium door ontwikkelen tot een morele verwonding (Rushton, 2016). Zo kan het voorkomen dat first responders pas een enkele tijd na de blootstelling aan morele situaties psychische klachten

ontwikkelen (Rushton, 2016; Schuhmann, 2023). Onderzoek van MacDonald et al. (2021) suggereert dat morele verwonding bij first responders vaak gepaard gaat met de diagnose PTSS en andere posttraumatische klachten zoals depressie, angststoornissen, suïcidaliteit en beroepsmatige beperkingen zoals een burn-out en compassie-moeheid.

2.5.3 Morele oriëntatie en morele weerbaarheid

De (langdurige) blootstelling aan morele stress leidt niet altijd tot een morele verwonding. Mensen kunnen omgaan met morele stress door gebruik te maken van effectieve copingmechanismen, het zoeken van ondersteuning en het herstellen van het evenwicht tussen persoonlijke waarden en externe druk. Om morele verwonding te voorkomen is het belangrijk dat de werkgever ondersteuning en psychologische veiligheid biedt aan first responders, bijvoorbeeld door betrouwbare, empathische en ondersteunende leiders met positieve leiderschapsstijlen te selecteren (Smith-MacDonald et al., 2021).

Naast deze organisatorische factoren kunnen first responders specifieke vaardigheden aanleren om om te gaan met morele dilemma's, en zo morele stress en moreel letsel te verminderen. Onderzoek van Smith-MacDonald et al. (2021) toont aan dat deelnemers hun moreel lijden kunnen verlichten door hun emotionele intelligentie te vergroten, door deel te nemen aan geestelijke gezondheidseducatie, door hun verdriet te erkennen, betekenis en doel te vinden, compassie- en vergevingspraktijken toe te passen, persoonlijke waarden te identificeren en sociale steun te zoeken. De kunst zit hem in het opbouwen van interne capaciteit en competentie om moreel lijden te accepteren, te hanteren en te herstellen, in plaats van simpelweg te proberen de externe stressoren te elimineren of te verminderen. Deze bevindingen illustreren dat het mogelijk is om moreel weerbaar of veerkrachtig te zijn, zelfs bij chronische blootstelling aan morele stress. Het is echter belangrijk op te merken dat morele weerbaarheid niet moet worden gezien als een immuniteit tegen moreel lijden, maar eerder als een verhoogde tolerantie voor de blootstelling aan morele stress (Rushton, 2016; Schuhmann, 2023; Smith-MacDonald et al., 2021).

Rushton (2016) beschrijft dat, ondanks de negatieve effecten, morele stress en morele verwonding tot persoonlijke groei kunnen leiden, wat de morele weerbaarheid vervolgens vergroot in nieuwe situaties van morele stress. Zo kan men aan de hand van morele (her)oriëntatie nieuwe perspectieven ontwikkelen ten aanzien van een moreel dilemma, waardoor er een alternatief 'verhaal' kan ontstaan dat een meer *empowered agency* van morele weerbaarheid ondersteunt. Zo kunnen gesprekken met geestelijk verzorgers,

vertrouwenspersonen of psychologen aan de hand van een morele heroriëntatie tot nieuwe perspectieven leiden die de reddingswerker niet als ‘dader’ of ‘slachtoffer’ aanwijzen, maar vanuit een mildere insteek inzoomen op de goede intentie die achter een handeling schuilt.

2.6 Behandeling van psychische klachten bij reddingswerkers

Tot slot wordt in dit hoofdstuk beschreven welke verschillende wetenschappelijke behandelingsstrategieën volgens de literatuur ingezet kunnen worden om PTSS en andere klachten als gevolg van het reddingswerk te kunnen verlichten of verhelpen. Deze behandelingen worden echter pas ingezet wanneer een reddingswerker door een zorgprofessional (bedrijfsarts, huisarts, psycholoog of psychiater) gediagnosticeerd wordt met PTSS of andere zware psychische klachten waardoor de reddingswerker disfunctioneel gedrag vertoont (Bryant, 2021).

Behandelingen die effectief zijn voor PTSS zijn traumagerichte therapieën zoals Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Bryant, 2021; Van den Berg et al., 2010). Beide therapieën zijn gebaseerd op strategieën die de emotionele verwerking van traumaherinneringen en het integreren van meer realistische waarderingen over zichzelf en iemands omgeving bevorderen (Bryant, 2021). Een kritische noot is dat door de inzet van CGT of EMDR er in de praktijk echter weinig aandacht kan zijn voor de comorbide stoornissen die zich bij PTSS kunnen ontwikkelen, zoals depressie, angst- of stressstoornissen (Van den Berg et al., 2010).

Verschillende onderzoeken benadrukken daarnaast het belang van preventieve zorg voor first responders, naast de bestaande behandelingen ter vermindering van psychische klachten. Zo schrijft Korten (2014) dat in de voorkoming van PTSS en ander psychisch letsel het belangrijk is om weerbaarheids-trainingen aan te bieden voor first responders. Deze trainingen bereiden hen voor op de traumatische situaties waarin zij kunnen belanden, en leren first responders hoe zij de verschillende stadia van traumaverwerking kunnen herkennen - en wat hierin ‘normaal’ of ‘abnormaal’ gedrag is. Door dit bewustzijn te vergroten kunnen first responders eerder aan de bel trekken wanneer de impact van kritieke incidenten hun psychische gezondheid beïnvloedt. Daarnaast is een goede personeelsselectie-procedure belangrijk, waarbij op de persoonlijkheidsstructuur, de aanwezigheid van een ondersteunend vangnet en voorafgaande psychische afwijkingen van de werknemers gelet moet worden. Vervolgens beschrijft Korten (2014) dat ‘secundaire preventie’ belangrijk is na de blootstelling aan een

potentieel traumatisch incident. Dit betreft een goede opvang vanuit de organisatie (door de teamleider of het Team Collegiale Opvang/Bedrijf Opvang Team) en een follow-up gesprek enkele dagen nadat het kritieke incident heeft plaatsgevonden.

De vraag die voortkomt uit het theoretisch kader is hoe de wetenschappelijke, theoretische kennis zich tot de beroepspraktijk van first responders verhoudt. Om hier inzicht in te krijgen is een empirisch onderzoek uitgevoerd naar de geleefde ervaring en de persoonlijke behoeften van ambulancepersoneel ten aanzien van de zorg die zij ontvangen om psychische klachten, als gevolg van het reddingswerk, te verminderen of te voorkomen.

Methodie

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethoden. Eerst wordt het onderzoeksdesign beschreven (3.2) en worden de populatie en steekproef toegelicht (3.3). Vervolgens volgt een beschrijving van de dataverzamelmethode (3.4) en data-analyse (3.5). Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de betrouwbaarheid, validiteit en ethische overwegingen van het onderzoek (3.6).

3.2 Onderzoeksdesign

Dit scriptieonderzoek omvat een sociaalwetenschappelijk empirisch onderzoek. Deze vorm van onderzoek tracht de sociale werkelijkheid van mensen te interpreteren en te beschrijven (Verhoeven, 2013). De doel- en vraagstelling benadrukken dat de thesis zich richt op het onderzoeken van de geleefde ervaring van ambulancepersoneel met de huidige zorg die zij ontvangen, om psychische klachten als gevolg van hun werkzaamheden te verminderen of te voorkomen. Om inzicht te krijgen in deze ervaringen is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign; deze benadering doet recht aan de complexiteit en verwevenheid van de geleefde ervaring van de respondenten en focust zich op het verkrijgen van verdiepende inzichten ten aanzien van ervaringen, motieven en interpretaties van mensen. Zo wordt de persoonlijke ervaring als kennisbron onderzocht en opgevat (Boeije et al., 2009). Het onderzoek is explorierend van aard; het stelt geen voorafgaande hypothesen die getoetst worden, maar onderzoekt met een open blik de persoonlijke ervaringen van respondenten ten aanzien van de vraagstelling.

De dataverzameling van het onderzoek bestaat uit semi-gestructureerde interviews en participerende observaties. Voorafgaand aan het empirisch onderzoek is een literatuurstudie uitgevoerd waarin de wetenschappelijke kennis ten aanzien van de vraagstelling overzichtelijk uiteen is gezet. De belangrijkste thema's uit het theoretisch kader zijn vervolgens gebruikt bij het samenstellen van de topiclijst. Deze diende tijdens de kwalitatieve interviews als hulpinstrument om bepaalde hoofdthema's in elk interview aan bod te laten komen. Dezelfde thema's zijn ook gebruikt ter ondersteuning (en afbakening) van de participerende observaties. Op deze manier nuanceert en verdiept de kwalitatieve data de reeds bestaande wetenschappelijke kennis wat betreft effectieve zorg voor ambulancepersoneel vanuit de geleefde ervaring van de beroepsgroep zelf (Verhoeven, 2013).

3.3 Populatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit ambulancemedewerkers die werkzaam zijn (geweest) bij een van de 26 Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) van Nederland. De steekproef omvat een doelgerichte selectie van 11 respondenten die door persoonlijke communicatie (via de sneeuwbal methode als wervingsstrategie) benaderd zijn (Boeije et al., 2009). De onderzoeker heeft vanuit haar persoonlijk netwerk toegang gekregen tot een eerste respondent, vervolgens heeft deze respondent een volgende respondent aan gedragen, en zo voorts. Er is via de sneeuwbal methode echter wel naar gerichte personen gezocht, wat betekent dat de onderzoeker niet alle aangedragen contacten benaderd heeft. Om variatie in de kenmerken van de respondentengroep aan te brengen is er binnen de steekproeftrekking rekening gehouden met diversiteit en variatie in kenmerken zoals leeftijd, gender, RAV⁹, functie (ambulanceverpleegkundige of chauffeur), neventaken (zoals coördinator van het TCO¹⁰/BOT¹¹) en voorgeschiedenis met het huidige zorgaanbod.

Tabel 2: Overzicht van respondentenkenmerken

Resp + gender	RAV + regio	Functie	Nevenfunctie
1 M	ZZP (inzetbaar RAV's regio Noord, West & Zuid Nederland)	Ambulanceverpleegkundige	X
2 V	ZZP (inzetbaar RAV's regio Noord-Holland)	Ambulanceverpleegkundige	X
3 V	Haaglanden/Witte kruis (Den Haag)	Ambulanceverpleegkundige	X
4 V	Rijnmond (Rotterdam)	Ambulanceverpleegkundige	X
5 V	Lelystad Gooi en Vegtstreek (Flevoland)	Ambulancechauffeur	X
6 V	Haaglanden/Witte kruis (Den Haag)	Ambulanceverpleegkundige	TCO/BOT Coördinator
7 M	Lelystad Gooi en Vegtstreek (Flevoland)	Ambulancechauffeur	X
8 M	Bergen Op Zoom (Midden-West-Brabant)	Ambulanceverpleegkundige	TCO/BOT Coördinator
9 V	Lelystad Gooi en Vegtstreek (Flevoland)	Ambulancechauffeur	TCO/BOT Coördinator
10 V	Lelystad Gooi en Vegtstreek (Flevoland)	Ambulancechauffeur	X
11 V	Bergen Op Zoom (Midden-West-Brabant)	Ambulanceverpleegkundige	X

⁹ RAV: Regionale Ambulance Voorziening, ook wel als 'post' omschreven.

¹⁰ Team Collegiale Opvang

¹¹ Bedrijf Opvang Team

3.4 Dataverzamelingmethoden

Semi-gestructureerde interviews

Het empirisch onderzoek begon met het afnemen van 11 kwalitatieve, semigestructureerde diepte-interviews, waarbij de verkenning van de persoonlijke beleving van de respondenten voorop stond (Boeije, 2019). Tijdens de interviews werd de topiclijst gebruikt om bepaalde hoofdthema's tijdens de interviews aan bod te laten komen. Deze hoofdthema's zijn: *kritieke incidenten, impactfactoren, verwerking, ervaringen met het huidige zorgaanbod en behoeften en aanbevelingen ten aanzien van het zorgaanbod*. Van de thematische structuur kon echter afgeweken worden wanneer de onderzoeker dit nodig achtte, bijvoorbeeld omdat zij nogmaals op een eerder besproken onderwerp terug wilde komen. Omdat het onderzoek exploratief van aard is heeft de onderzoeker zich daarnaast steeds bewust opengesteld voor nieuwe thema's die aangehaald werden door de respondenten. Het semigestructureerde karakter van de kwalitatieve interviews zorgde dat er genoeg ruimte voor persoonlijke inbreng was. Zo is er een rijk en genuanceerd beeld van de persoonlijke ervaringen omtrent het ambulancewerk verworven. Nieuwe, relevante thema's zijn tijdens het empirisch onderzoek door de onderzoeker aan de topiclijst toegevoegd.

Na elk interview heeft de onderzoeker veldnotities bijgehouden, waarin de eerste inzichten van de onderzoeker zijn vastgelegd. Bovendien heeft de onderzoeker tijdens de uitvoering van de interviews op haar eigen rol gelet, om zich bewust te zijn van eventuele persoonlijke subjectiviteit (Finlay, 2008). Deze reflecties zijn in het logboek opgenomen en later meegenomen in de afweging van de betrouwbaarheid en validiteit.

De interviews zijn afgenomen tussen 22 mei en 9 juli 2023. Alle interviews duurden rond de 60 minuten en vonden online plaats door middel van een Teams vergadering. De respondenten hebben voorafgaand aan het interview een informatiebrief ontvangen, evenals een *informed consent* formulier. Dit formulier is voor de start van het interview mondeling doorgenomen en ondertekend door beide partijen (zie bijlage 1). Door het formulier te ondertekenen verklaart de respondent voldoende geïnformeerd te zijn en vrijwillig mee te doen aan het onderzoek. Van alle interviews zijn audio-opnamen gemaakt. De respondenten hebben via het consent formulier toestemming gegeven dat deze opnamen getranscribeerd en verwerkt mochten worden door de onderzoeker.

Participerende observaties

De onderzoeker heeft gedurende het empirisch onderzoek drie diensten meegelopen bij de RAV Flevoland Gooi en Vegtstreek. De onderzoeker was niet bevoegd werkzaamheden uit te voeren, maar heeft meegereden op de ambulance en zo verschillende typen incidenten (boventallig) bijgewoond. Het doel van deze meeloopdagen was om het gedrag van het ambulancepersoneel in de context van het reddingswerk te kunnen observeren.¹²

Om de observatie te structureren heeft de onderzoeker de hoofdthema's van de topiclijst gebruikt om een observatieschema op te stellen, dat gebruikt werd om gedurende de dag aantekeningen te kunnen maken over de hoofdthema's. Ook hier bleef de onderzoeker echter open staan voor nieuwe thema's en informatie. In het resultatenhoofdstuk zijn de inzichten vanuit de participerende observaties aan de hand van twee voorbeeldcasussen uitgewerkt.

3.5 Data-analyse

Om de interviewdata te analyseren is gebruik gemaakt van een inductieve methode die vanuit unieke interviews overeenkomsten veralgemeniseert of tegen elkaar afweegt in de resultaten (Verhoeven, 2018). Dit proces gaat als volgt: Alle interviews zijn met behulp van een voice-recorder opgenomen. De audio-opnamen zijn vervolgens door de onderzoeker getranscribeerd en meerdere malen zorgvuldig doorgelezen. Daarna is de onderzoeker de transcripten gaan coderen met behulp van het programma ATLAS.ti. Tijdens dit analyseproces werden de tekstfragmenten onderverdeeld in categorieën die overeenkwamen met de hoofdthema's van de vooraf opgestelde topiclijst. De topiclijst diende als leidraad om hoofdthema's en bijbehorende subthema's in de tekst te identificeren. Desondanks bleef de onderzoeker openstaan voor nieuwe thema's die niet eerder op de topiclijst stonden, om zo alle verschillende inzichten uit de verzamelde data recht te doen (Boeije, 2009).

De fragmenten die overeenkwamen met een bepaald hoofdthema werden vervolgens gelabeld met codes, waardoor subthema's binnen die tekstfragmenten werden geïdentificeerd. Op deze manier is de data eerst open- en daarna axiaal gecodeerd. Door het gebruik van subcodes konden de data vervolgens met elkaar vergeleken worden, om patronen of tegenstellingen te ontdekken. Om de data-analyse overzichtelijk te maken, werden de verschillende hoofdcodes en hun subcodes opgenomen in een codeboom (bijlage 3). Deze codeboom maakt inzichtelijk

¹² Scribbr (2023). *Participerende Observatie als onderzoeksmethode in je scriptie*. Geraadpleegd op 7 juli 2023 van: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observaties/>

welke subcodes in meerdere hoofdthema's voorkomen en hoe bepaalde subcodes zich binnen een hoofdthema tot elkaar verhouden (Boeije, 2019).

Tijdens de participerende observatie maakte de onderzoeker aantekeningen, gestructureerd aan de hand van het observatieschema. Deze notities werden op dezelfde manier gecodeerd als de kwalitatieve interviewdata, waarbij de aantekeningen werden gelabeld met hoofd- en subcodes. Omdat de participerende observatie na de data-analyse van de interviews plaatsvond konden dezelfde hoofd- en subcodes gebruikt worden, om de data van de observatie te vergelijken met de interviewdata. Ook tijdens dit proces bleef de onderzoeker openstaan voor nieuwe bevindingen en thema's. Deze zijn toegevoegd aan de codeboom.

3.6 Betrouwbaarheid, validiteit en ethische overwegingen van het onderzoek

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van onderzoek betreft de precisie van de methode, waarbij wordt gekeken naar de dataverzameling en de meetinstrumenten (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten zijn er enkele consistenties aangebracht in de uitvoering van de kwalitatieve interviews. Zo heeft de onderzoeker voorafgaand aan het empirisch onderzoek een introductie geschreven die de hoofdvraag en de hoofdthema's van het interview toelicht. Deze introductie is aan alle respondenten voorgelezen om hen voor de aanvang van het interview van dezelfde informatie te voorzien. Ook heeft de onderzoeker tijdens de afname van de interviews gebruik gemaakt van een topiclijst. Dit hulpinstrument zorgde ervoor dat de hoofdthema's van het onderzoek tijdens alle interviews besproken zijn.

Validiteit

De validiteit van het onderzoek betreft het daadwerkelijk meten wat de onderzoeker beoogt te meten (Boeije & Beijenbergh, 2019).

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode, waaronder diepte-interviews en participerende observaties. Deze triangulatie in databronnen zorgt ervoor dat de bevindingen uit de kwalitatieve interviews vergeleken konden worden met de bevindingen uit de participerende observaties.

Om de validiteit van het kwalitatieve onderzoek te waarborgen, hanteerde de onderzoeker verschillende strategieën. Zo heeft de onderzoeker tijdens het werven van de respondenten via de sneeuwbal methode naar gerichte personen gezocht om variatie binnen de steekproef aan te brengen. Zo werken de respondenten bij diverse RAV's en bekleden zij uiteenlopende

functies, van ambulanceverpleegkundigen tot chauffeurs en BOT/TCO-teamleden. Dit verbreedt de invalshoeken voor inzichten in ervaringen en behoeften omtrent de zorg voor ambulancepersoneel.

Tijdens de interviews werd een topiclijst gebruikt, gebaseerd op de hoofdthema's die uit de literatuurstudie naar voren kwamen. De topiclijst kreeg feedback van de thesisbegeleider en werd getest door middel van een proefinterview met een ambulanceverpleegkundige. Na het derde interview heeft de onderzoeker de topiclijst nog eenmaal aangepast om dieper op verschillende ervaringen van kritieke incidenten in te kunnen gaan. Ook werd alle respondenten een *membercheck* aangeboden om de transcripten te verifiëren.

Om de validiteit van de participerende observatie te vergroten, liep de onderzoeker drie werkdagen mee met verschillende ambulancewerkers. Ze voerde verschillende informele gesprekken op verschillende momenten, ook met collega's die niet als respondent bij het onderzoek betrokken zijn.

Tot slot zijn begrippen die subjectief zijn volgens Verhoeven (2011) moeilijk te meten omdat zij een lage begripsvaliditeit waarborgen. Bijvoorbeeld het begrip 'impact', wat tijdens de interviews in allerlei vormen uitgevraagd is, kent vanwege haar subjectiviteit een beperkte begripsvaliditeit. Om de validiteit te waarborgen zijn alle begrippen met een lage begripsvaliditeit geoperationaliseerd (p. 1.6). Daarnaast is voorafgaand aan de interviews een begripsdefinitie voor het begrip 'impact' gegeven en heeft de onderzoeker de begripsvaliditeit zo veel mogelijk geprobeerd te waarborgen door de respondenten naar verschillende aspecten van 'impact' te vragen, zoals gevoelens, lichamelijke effecten, gedachten, en emoties.

Ethische overwegingen

Tijdens het onderzoek is er zorgvuldig omgegaan met de privacy van de respondenten. Zij zijn mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het onderzoeksdoel, de vraagstelling en hun rechten, zoals het recht op terugtrekking uit het onderzoek, anonimiteit en inzage/aanpassing van transcripten. Alle respondenten hebben het *informed consent* formulier ondertekend en de transcripten zijn geanonimiseerd en opgeslagen op een beveiligde schijf van de UvH. Audio-opnamen zijn na transcriberen gewist. Citaten die de respondenten zouden kunnen identificeren, zijn verwijderd. Voor het gebruik van privacygevoelige informatie is expliciet toestemming gevraagd, zowel mondeling als via het *informed consent* formulier. Deze informatie wordt niet gedeeld met derden of gepubliceerd en blijft opgeslagen op de beveiligde UvH-schijf.

Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het empirisch onderzoek uitgewerkt. Ter ondersteuning worden er quotes gebruikt die voortkomen uit de kwalitatieve interviews en enkele beschrijvingen uit de participerende observaties. Eerst wordt beschreven welke factoren van het reddingswerk impact hebben op de respondenten (4.2). Vervolgens wordt uitgelegd hoe de respondenten deze impact verwerken (4.3). Tot slot worden ervaringen en behoeften ten aanzien van het huidige zorgaanbod toegelicht (4.4).

4.2 Impact van kritieke incidenten

Tijdens de interviews zijn de respondenten actief bevraagd naar hun ervaringen met kritieke incidenten. In deze paragraaf worden de genoemde impactfactoren beschreven, evenals de gevolgen die de respondenten hierdoor ervaren. Ook wordt beschreven hoe persoonlijke ervaringen van morele stress impact kunnen hebben op de psychische gesteldheid van de respondenten.

4.2.1 Factoren die ervoor zorgen dat een incident impact heeft

De meldkamer bezit een lijst met gestandaardiseerde criteria die meet in hoeverre een binnenkomende melding als een ‘kritiek’ incident gezien wordt. De respondenten geven aan dat de volgende incidenten officieel als kritiek bestempeld worden: baby- of kinderreanimaties, suïcide (pogingen), verdrinking of verbranding, multitrauma’s, neurotrauma’s of drenkelingen.

Alle respondenten benoemen dat incidenten die aan de gestandaardiseerde criteria voor kritieke incidenten voldoen, vaak ook als kritiek of impactvol ervaren worden. Zo zegt respondent 1: ‘Ik kan bij elke groep meerdere voorbeelden noemen van casuïstieken die me altijd nog bijblijven. En elke ambulanceverpleegkundige die een paar jaar ervaring heeft, die kan dat zeker beamen en hier voorbeelden bij bedenken.’ Respondent 3 zegt over de impact van kritieke incidenten: ‘Een reguliere reanimatie, zo noem ik dat maar, van bijvoorbeeld een oud persoon, dat vind ik persoonlijk niet zo heftig. En ik denk de meeste collega's ook niet. Maar het zijn toch meer de inzetten waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, of het luchtmobiel team, waar de impact heftiger is doordat de situatie bijvoorbeeld heel traumatisch is, of omdat er meerdere mensen bij betrokken zijn.’

Alle respondenten geven aan dat kritieke incidenten meer impact op hen hebben wanneer de hulpverlening tijdens het incident niet soepel verloopt. Zo zegt respondent 8: ‘Je kunt een heel heftig incident hebben, maar een hele goede hulpverlening. Waar je op terugkijkt dat je denkt van wow, dit was echt heel heftig, maar omdat de hulpverlening zo goed verlopen is houd ik daar toch een ongelooflijk goed gevoel aan over. Maar op het moment dat iets in de hulpverlening niet loopt zoals jij het wenst dat het gaat lopen, ja, dan wordt het vervelend. Dus bijvoorbeeld op het moment dat wij de controle verliezen in een casus, en dat kan bij kritieke incidenten zijn doordat het ziektebeeld gewoon te ernstig is, of omdat er gewoon iets niet lukt... Dat zijn momenten die echt binnenkomen bij ons als hulpverleners, omdat wij die levensreddende hulp kunnen en willen bieden om het leed te verzachten. En op het moment dat wij daar niet toe in staat zijn om welke reden dan ook, dan gaat dat knagen. Daar kun je echt een heel naar gevoel aan overhouden, soms nog wel dagen.’

Respondent 6 zegt in andere woorden: Bij mij zit de impact ook wel in het stukje van... Als een hulpverlening niet helemaal is gelopen zoals je het had gewild. Dan kan ik daar nog lang mee bezig zijn. Bijvoorbeeld bij een reanimatie die dan niet slaagt omdat er dingen niet zijn gelopen zoals ze helemaal hadden gehoord, dat maakt dan echt impact op mij. Ja, daar kan ik dan echt heel erg mee bezig zijn, echt wel een week lang of zo.’

Een onbevredigende hulpverlening wordt door alle respondenten als een factor gezien die ervoor kan zorgen dat een incident als kritieker en meer impactvol wordt ervaren. Daarnaast worden er nog vier andere factoren genoemd die ervoor zorgen dat een incident meer impact heeft op de reddingswerkers. Zo noemen bijna alle respondenten dat incidenten waarbij kinderen betrokken zijn als veel heftiger worden ervaren, evenals incidenten waarbij persoonlijke associaties optreden, bijvoorbeeld omdat het slachtoffer op henzelf of op een naaste lijkt. Als laatste geven de respondenten aan dat incidenten waarbij heftige emoties van omstanders vrijkomen, en incidenten waarbij ze persoonlijke betrokkenheid bij het slachtoffer voelen, een diepere indruk op hen maken.

Respondent 10 beschrijft al deze impactfactoren in haar antwoord: ‘Wat kritiek is voor mij... Ik denk alles met kritiek zieke kinderen, dat is wel echt een ander stresslevel. Kinderen doen dat altijd sowieso meer met me, want ik heb zelf kinderen, en zeker als het dan levensbedreigend is. Maar ook de ruis omheen, bijvoorbeeld emoties van familieleden, dat neem je ook allemaal mee naar huis. Dus eigenlijk niet alleen het medisch handelen, maar ook

de omgevingsfactoren spelen absoluut mee. En soms heb je zorgambulance B-ritten¹³, dan moet je ernstig zieke mensen naar de hospice vervoeren bijvoorbeeld. Dat zijn ook best wel heftige dingen vind ik, als je die verhalen hoort.’

Respondent 4 vertelt over de persoonlijke betrokkenheid bij een slachtoffer: ‘Ja, mijn persoonlijke ervaring, wanneer het echt impact op mij heeft, is wanneer ik een verhaal bij het slachtoffer heb. Dus voor mij heeft de impact persoonlijk niet altijd te maken met hoe groot het trauma is. Maar als ik de persoon erachter spreek of ik ken inderdaad het verhaal erachter, of ik zou bijvoorbeeld een betrokkene nakijken en die vertelt mij het een en ander.... Dan wordt het zoveel persoonlijker. Dan moet je op geestelijk niveau ook iemand zorg gaan bieden. Dan kan het nog meer impact hebben dan dat je een patiënt in hele slechte staat met spoed vervoert naar het ziekenhuis en eventjes in je casus ‘medisch’ moet knallen zeg maar, in de zorg die je biedt. Als je een patiënt niet spreekt, hoeft het niet altijd zoveel impact te maken, hoe kritiek de situatie ook is. Terwijl als je het verhaal en het leed erachter ziet, ja, dan wel.’

De onderstaande casus benadrukt hoe een (on)bevredigende hulpverlening, emoties van omstanders en betrokkenheid bij het slachtoffer in verschillende mate impact kunnen hebben op reddingswerkers. Ook maakt de casus inzichtelijk hoe sociaal-emotionele aspecten van het reddingswerk de impact van een kritiek incident vergroten.

We komen met spoed aan bij een reanimatiebehoefte vrouw van 86. Wanneer we het huis binnen komen starten de ambulanceverpleegkundigen het reanimatieprotocol. Gedurende 20 minuten wordt er van alles uit de kast gehaald om het hart van mevrouw weer op gang te krijgen; ze wordt geïntubeerd, het automatische reanimatieapparaat wordt aangesloten, ze krijgt vocht en adrenaline toegediend. De reddingswerkers zijn medisch aan het ‘knallen’ – zoals zij dit later zelf omschrijven. Ondanks de levensbedreigende situatie en alle chaos bespeur ik onder de collega’s een bepaalde rust en controle, er worden zelfs wat grapjes gemaakt tussendoor.

Na 20 minuten stopt het reanimatieprotocol, waardoor de mevrouw in kwestie overlijdt. Ik merk een shift in de energie, de adrenaline zakt en men is stiller, beweegt rustiger. De collega’s bespreken wie de familie, die in de keuken staat te wachten, zal gaan inlichten. De anderen fatsoeneren het uiterlijk van de overleden vrouw; ze kleden haar met schone kleren aan, kammen haar haren, vouwen haar handen en tillen haar op het logeerbed.

¹³ De B-ambulance rijdt normaliter het besteld vervoer en wordt enkel assisterend voor kritieke incidenten of andere meldingen ingezet.

Dan komt de familie binnen, duidelijk emotioneel en gechoqueerd door de situatie. De echtgenoot van mevrouw vertelt dat ze eigenlijk in het weekend samen op vakantie zouden gaan omdat ze 60 jaar getrouwd zijn. Ik zie een van de collega's opstaan en naar buiten lopen.

Wanneer alle collega's buiten staan en nog even met elkaar na staan te praten, vraag ik hoe deze casus voor hen was en of ze hiervoor zouden 'botten' (het incident nabespreken op de post). Een collega legt uit dat ze de samenwerking tijdens de reanimatie fijn vond verlopen, wat haar wel een boost gaf, en dat ze gezien de leeftijd van mevrouw zich ook niet zo druk had gemaakt over of ze het uiteindelijk zou gaan redden. Nazorg is volgens haar niet nodig, casussen zoals deze maakt ze wel vaker mee. Een andere collega vult aan dat hij er tijdens de reanimatie ook zo over dacht, maar dat hij toen de echtgenoot over hun huwelijk vertelde wel een brok in zijn keel kreeg. Hij legt uit dat hij bewust even weg liep omdat hij dit stukje psychologische hulpverlening even niet wilde bieden, en zag dat hij dit aan collega's kon overlaten.

Tot slot wordt de impactfactor 'stapeling' meerdere malen genoemd door de respondenten.

Respondent 4 vertelt: 'Ik heb het wel eens gehad dat ik zo'n reeks aan casuïstieken had die allemaal wat meer impact maken op je psychische gezondheid. Dat soort casuïstieken, als je die vaker achter elkaar hebt, dan merk je wel dat je daar achteraf iets meer last van kan krijgen. En dat merk ik ook wel bij collega's, laatst heb ik met een chauffeur gewerkt en die had een aantal hele heftige casuïstieken achter elkaar gehad, waarvan ook een aantal kinderreanimaties. En daar werd er zelfs over gesproken dat hij misschien heel even van de wagen zou worden gehaald. Dus op een gegeven moment is het emmertje wel echt vol.'

Respondent 1 legt uit dat persoonlijke factoren ook een rol spelen bij stapeling: 'Alles wat je meemaakt komt in je rugzak hè, er is buiten mijn werk om meer negativiteit die ik te verwerken heb, die in mijn rugzak komt. En als ik dan vervolgens naar mijn werk toe ga, en ik heb dan een reanimatie en een verhänging, dan stapelt dat op bij wat ik al aan negativiteit gehad heb. En ja, dan wordt het sneller te veel.'

4.2.2 Gevolgen van incidenten met impact

Na het uitvragen van de persoonlijke impactfactoren, is er onderzocht welke gevolgen deze impact kan hebben op de psychische gezondheid van de reddingswerkers.

De respondenten geven een aantal overeenkomende, maar ook een aantal verschillende antwoorden op deze vraag. Sommige respondenten geven aan dat ze (ongecontroleerd) emotioneel kunnen zijn na een kritiek incident, of dat ze de locatie van een desbetreffend incident gaan vermijden om niet met de herinneringen aan het incident geconfronteerd te worden. Respondent 5 vertelt: 'Ik merkte op een gegeven moment aan mezelf dat ik de plek

begon te vermijden. Ik wilde daar niet meer langs lopen met de hond, terwijl we daar echt wel regelmatig langs liepen. En ik werd heel prikkelbaar, heel emotioneel, echt maar niet gewoon een beetje emotioneel, maar echt heel overstuur.’

Andere respondenten geven aan dat ze niet specifiek ergens last van hebben na een kritiek incident, maar dat ze vooral extra moe zijn en langer nodig hebben om zich op te laden. Respondent 6 geeft aan dat vermoeidheid en slapeloosheid veelvoorkomende klachten zijn als gevolg van het reddingswerk: ‘Wat ik ook wel veel terug hoor van collega’s, is dat de mensen die dan slecht slapen op den duur last krijgen van chronische vermoeidheid of een burn-out, en dat collega’s daardoor echt af moeten stappen voor een langere tijd, om te herstellen.’

Het merendeel van de respondenten bevestigt dat ze last kunnen hebben van slapeloosheid na een kritiek incident. Ze beschrijven dat het ‘normaal’ is dat ze met name de eerste nacht(en) na een kritiek incident slechter slapen – bijvoorbeeld omdat de adrenaline nog in hun bloed zit of omdat ze de beelden van het incident nog op hun netvlies zien staan wanneer ze willen gaan slapen. ‘Netvliesvervuiling’ wordt door verschillende respondenten dan ook bestempeld als het meest duidelijke gevolg van de impact van het reddingswerk, en kan samengaan met slaapproblematiek en hyperalthertheid. Respondent 4 zegt hierover: ‘Ik heb wel een ruime week of anderhalve week klachten gehad na een incident. Klachten vind ik dan wel zwaar om te zeggen, maar wel dat ik ermee bezig was. Dat ik 's nachts bijvoorbeeld wakker werd en dat ik dat gezicht van wat er nog van over was letterlijk voor me zie. En dat komt dan een paar keer weer terug. En dat is in de eerste nacht dat je slaapt het ergste, dan zie je het bijvoorbeeld wel vijf keer opnieuw. En dan voel je daar iets bij van brr... alsof je het weg wil vegen, zeg maar. Omdat je dan letterlijk het incident nog voor je ogen ziet. Maar dat wordt gaandeweg dan wel minder, en na een paar dagen heb je er geen last meer van. Maar het is dus een soort afschuw voor het daadwerkelijke wat ik gezien heb. Dus wat er overblijft van een patiënt die van zo hoog *head first* naar beneden komt. Dat is denk ik hetgeen waar ik het meest last van heb gehad.’

Respondent 8 beschrijft dat netvliesvervuiling ook pas later kan ontstaan, bijvoorbeeld jaren nadat iemand een heftig incident meemaakt. Hij vertelt: ‘Ik heb nu een aantal collega’s, die lopen tegen het einde van hun carrière, en die lopen er tegen aan dat ze dus ineens flashbacks krijgen van dingen die ze echt al lang vergeten waren. Ze lopen er tegen aan dat ze thuis, wakker of in hun slaap, flashbacks krijgen van ritten die ze echt volledig vergeten waren, bijvoorbeeld omdat ze 15, 20 jaar geleden zijn. Maar dat ze van die vergeten ritten dus ineens weer herbelevingen krijgen waar ze echt van schrikken en last van hebben.’

Een ander gevolg wat vaak genoemd wordt, is dat de impact van kritieke incidenten ervoor kan zorgen dat reddingswerkers enerzijds prikkelbaar of anderzijds juist afgestompt worden, zowel naar collega's als in de eigen persoonlijke omgeving. Respondent 6 zegt hierover: 'Wat ik bij collega's opmerk is dat mensen prikkelbaar worden of juist afgestompt. Ze gaan nog meer zwarte humor gebruiken dan dat al gebeurt, en ze zijn sneller geïrriteerd of ze relativieren juist alles kapot.'

Slechts één respondent benoemt dat hij afstomping bij zichzelf ervaart, alle respondenten geven aan dat ze dit niet zo zeer bij zichzelf herkennen, maar wel veel bij collega's zien gebeuren. Respondent 3 geeft aan dat ze blij is dat ze nog niet ongevoelig is voor emoties: 'Het feit dat kritieke incidenten me nog wat doen vind ik eigenlijk ook wel weer fijn. Ik ben blij dat het me niet elke keer wat doet, maar er zijn ook mensen waarbij dat minder en minder wordt en dan ben je eigenlijk al te laat. Dan komt er afvlakking en dan is het ook steeds moeilijker om wel een signalement van impact bij iemand op te pakken, als je helemaal afgevlakt bent. Ik denk wel echt dat dat bij onze beroepsgroep op de loer ligt, afvlakking door alles wat je meemaakt.'

Hoewel het merendeel van de respondenten dus aangeeft dat ze niet afgestompt of afgevlakt zijn door de impact van het reddingswerk, benoemen ze wel dat het werk hen absoluut harder heeft gemaakt als persoon. Respondent 5 zegt bijvoorbeeld: 'Ik denk dat het ons heel erg hard maakt. We zijn niet meer snel onder de indruk van iets. Als ik dan iemand hoor over 'ik heb last van dit, ik heb last van dat', dan denk ik, ja, weet je, zeur niet zo. Er zijn echt veel ergere dingen.'

Respondent 10 zegt in andere woorden: 'Als je op de ambulance gaat werken verander je, puur door alles wat je ziet en alles wat je meemaakt word je harder. Je moet het kunnen relativieren. Maar ik merk gelukkig dat sommige casussen nog steeds op mijn gevoel inspelen en dat ik dan ook ter plekke tranen in mijn ogen kan krijgen. En dan heb ik zoiets van ik ben dus nog steeds een mens, dat is voor mij een hele goede graadmeter. Dat ik denk, ik heb nog steeds gevoel, ik ben niet aan het afstompen. Maar ik ben ook zeker al veranderd, ik ben rationeler en soms harder. Maar ik heb ook best veel collega's die met de jaren zo hard zijn geworden van het werk dat ik denk van nou, oké, jij mag ook wel een beetje meer gevoel hebben.'

De meeste respondenten geven aan dat de klachten die zij als gevolg van het reddingswerk ervaren hen niet dagelijks bezighouden. Klachten zoals slapeloosheid, prikkelbaarheid,

netvliesvervuiling en vermoeidheid spelen volgens hen af en toe meer op, bijvoorbeeld net na een heftig incident, maar verdwijnen met de tijd. Wel geven verschillende respondenten aan dat ze dit ook wel eens anders zien gebeuren. Elke respondent kan collega's benoemen die langdurige klachten (zoals PTSS of een burn-out) aan het reddingswerk hebben overgehouden. Respondent 9, die BOT-coördinator is en zich daarom met het psychisch welbevinden van haar collega's bezighoudt, zegt: 'Iedereen wordt in dit werk blootgesteld aan hele nare dingen, dus iedereen heeft een vergrote kans op bijvoorbeeld de ontwikkeling van PTSS. Je moet het zien als een beroepsziekte, een stratenmaker krijgt last van zijn knieën, wij krijgen last van PTSS, daar moeten we echt waakzaam voor zijn.'

Zelf is zij eerder in haar carrière ook gediagnostiseerd met PTSS, evenals respondent 5, die ondanks verschillende behandelingen nog steeds de impact van de stoornis ervaart: 'Die PTSS blijft altijd bij me, dat merk ik wel. Het is gewoon een onderdeel van mijn leven. Het is een tastbaar litteken. En ik schaam me daar ook zeker niet voor, ik denk dat mijn situatie ook wel de ogen heeft geopend van andere collega's dat dit je kan gebeuren door ons werk. Want de werkelijkheid binnen de ambulancezorg is: als we er gewoon niet over praten dan is het er niet, niet aanstellen en doorgaan. En dat geldt ook voor PTSS-klachten, mensen willen doorgaan en het negeren. Alleen, ik kan nu uit ervaring spreken dat je dan niet door kunt. Je kan die klachten niet negeren.'

4.2.3 Morele stress als impactfactor

Tijdens de interviews hebben alle respondenten nog een andere impactfactor van het reddingswerk benoemd. Deze impactfactor is niet per definitie gebonden aan kritieke incidenten, maar doet zich voor tijdens de morele dilemma's waar reddingswerkers in hun beroepspraktijk tijdens allerlei incidenten mee te maken krijgen.

De respondenten benoemen dat zij op verschillende momenten tijdens hun werk morele stress ervaren, en geven aan dat de impact die dit type stress met zich meebrengt hen vaak zwaarder valt dan de impact van kritieke incidenten. Respondent 1 zegt hierover: 'Morele stress ontstaat voor mij daar waar je aanloopt tegen jouw eigen overtuigingen en de overtuigingen van het werkveld. Bijvoorbeeld, van huis uit ben ik christelijk opgevoed, vanuit de overtuiging dat ik niet over het leven kan gaan en ook niet over de dood. Maar in het werk als ambulanceverpleegkundige word je continu geconfronteerd met leven en dood. Dus op het moment dat ik gevraagd word om een infuus te plaatsen bij iemand die vervolgens door de huisarts een dodelijk middel toegediend krijgt, dan levert dat morele stress op bij mij. Ik weet

wat er straks door dat infuus stroomt, en ik heb dat infuus ingebracht en die dodelijke vloeistof toegediend. Ik vraag me dan wel eens af: werk ik niet indirect mee aan de dood van iemand anders? En hoe verhoudt zich dat tot mijn overtuiging dat ik niet over het leven en ook niet over de dood beslis? Ga ik, op het moment dat ik bij een verhangning aankom en van een jonge vader met drie kinderen, die al in de periode daarvoor meerdere pogingen gedaan heeft waar mijn collega's ook bij geweest zijn, en de zoon staat erbij en die wil heel graag dat papa teruggehaald wordt want die kan niet zonder zijn papa, terwijl papa al bijna lijk stijf is. Ga ik dan wel of niet een reanimatie opstarten, in de wetenschap dat het een jonge vent met een gezond hart is, dus dat de kans dat die technisch weer bij komt groot is. Help ik hem daarmee? Kan ik niet beter zijn wens respecteren dat ie graag dood wil? Maar als ik dat doe, hoe verhoud ik me dan tot die zoon die daarbij is, die graag ziet dat ik er alles aan gedaan heb om papa te redden? Dit zijn slechts twee voorbeelden, maar je komt dus in ons werk in hele lastige situaties terecht waarin je in een split second moet handelen. Nou, dat is een moment van morele stress. En je weet dat dit onderdeel van het werk is, maar het blijft heel zwaar soms.'

Duidelijk is dat morele stress door de reddingswerkers als zeer impactvol en psychisch belastend ervaren kan worden, afhankelijk van de casus waarin zij terechtkomen. Zoals respondent 1 beschrijft kan morele stress zich voordoen in situaties waarin er in een split second 'ethische' keuzes gemaakt moeten worden, maar uit de verschillende ervaringen van de respondenten blijkt dat er ook achteraf, na de medische hulpverlening, morele stress ervaren kan worden. Deze stress is gebaseerd op de angst, onzekerheid en schuldgevoelens die kunnen ontstaan ten aanzien van het persoonlijk handelen tijdens een incident.

Respondent 8 zegt hierover: 'Ik vind dat dat mentale aspect van het werk nog zwaar onderschat wordt in elke organisatie. Als er een medische misser is begaan door het persoonlijk handelen, bijvoorbeeld het niet herkennen van een symptoom of ziektebeeld in een situatie - waarbij er echt schade of dood ten gevolg is... Ja dat is psychisch heel erg zwaar. Morele stress doet echt iets met je integriteit, je kunt je zo schuldig voelen of schamen.'

Meerdere respondenten delen dat ze achteraf, na een incident, gevoelens van schuld, onzekerheid en schaamte kunnen ervaren ten aanzien van hun medisch handelen. Sommige respondenten geven zelfs aan dat deze gevoelens hen zo dwars kunnen zitten, dat dit een reden voor hen zou kunnen zijn om te stoppen met het ambulancewerk. Respondent 2 geeft bijvoorbeeld aan: 'Die stress en schuldgevoelens zorgen ervoor dat ik ga twijfelen of ik wel

geschikt ben hiervoor, voor het werken op de auto. En dat heb ik ook uitgesproken toen naar mijn collega. Dat ik zeg van joh, ik weet niet of dit werk wel geschikt voor mij is, want ik kan hier niet mee omgaan, met die stress. Dat gewetensstuk. Ja, dat is hetgeen wat mij het meeste opbreekt.’ Respondent 4 zegt in andere woorden: ‘Ik denk als het mij zou gebeuren dat ik bijvoorbeeld een patiënt ter plaatse laat en diegene zou daar letsel aan overhouden of zou komen te overlijden... Of de gevolgen zijn voor de patiënt niet positief... Dan zou ik daar zo extreem mee zitten dat ik zou stoppen met het werk.’

Respondent 4 benoemd dat ze erg kritisch is op haar eigen handelen, en dat morele stress deze karaktertrek verergert: ‘Ik ben een perfectionist. En dat is heel fijn maar dat is ook soms heel vervelend, omdat je altijd heel kritisch bent naar jezelf. Dus als ik een casus krijg dan ben ik altijd eerst bezig met... oké, heb ik alle juiste dingen gedaan? Heb ik alle juiste handelingen verricht? En als ik bijvoorbeeld het idee heb van ik had het iets anders aan moeten pakken of ik had bijvoorbeeld iets anders moeten zeggen tegen die familie... of als ik ook maar enigszins denk van ik had het beter kunnen doen, dan kan ik daar wel echt morele stress van ervaren.’

Respondent 3 vertelt dat zij morele stress voornamelijk na afloop van een incident ervaart: ‘Dan zit je thuis later, en dan hoor je dat je iets over het hoofd hebt gezien. Dus ja, dat geeft echt stress. Het komt wel op jouw schouders neer of je de juiste keuze maakt ten aanzien van iemands gezondheid.’

Tot slot geeft respondent 11 aan dat zij denkt dat er meer psychische begeleiding moet zijn voor ambulancewerkers, aangezien zij zoveel (morele) verantwoordelijkheid dragen tijdens de eerstehulpverlening die zij dagelijks aan mensen bieden: ‘Ik denk wel, als ik echt een keer een fout maak waarbij iemand schade lijdt, dan zou ik daar wel psychische hulp bij nodig hebben denk ik. Dat is echt een onderdeel van psychische druk of overbelasting die wij kunnen oplopen in ons werk. Want dat is dus ook een groot deel van het werk, je bent elke dag die verantwoordelijkheid aan het dragen. En het kan zijn dat je daar ook wel eens een foute beslissing in neemt, dat je dus patiënten thuis laat die dan een uur later dood gevonden worden, bij wijze van spreken. Dat kan een keer gebeuren, dat je toch verkeerd hebt ingeschat, en daar kan je zo veel schuld door voelen.’

4.3 Verwerking van kritieke incidenten

Tijdens de interviews is er vervolgens gevraagd hoe de respondenten de impact van het reddingswerk verwerken. Hierbij is nadruk gelegd op het onderzoeken van de factoren die hen ondersteunen of belemmeren in de verwerking van kritieke incidenten. Deze factoren zijn onderverdeeld in persoonlijke en werkgerelateerde factoren. Belangrijk om hierbij te benoemen is dat de beschreven bevorderende factoren, wanneer zij niet aanwezig zijn, als belemmerende factoren gezien kunnen worden. Tot slot wordt er specifiek ingegaan op de verwerking van morele stress.

4.3.1 Bevorderende en belemmerende factoren bij de verwerking van kritische incidenten

Persoonlijke factoren

Alle respondenten zijn van mening dat de verwerking van kritieke incidenten voor een groot deel op de eigen verantwoordelijkheid berust. Zo geven verschillende respondenten aan dat de mentale gezondheid iets is wat men zelf kan beïnvloeden, en dat men voor zichzelf moet ontdekken wat hem of haar helpt om mentaal ‘gezond’ te zijn en blijven.

Zo geeft een aantal respondenten aan dat ze bewust om proberen te gaan met wat ze op hun netvlies krijgen, om te voorkomen dat ze deze beelden op een later moment terug blijven zien. Zichzelf compleet beschermen tegen gruwelijke beelden is binnen dit werkveld onmogelijk, maar toch geven verschillende respondenten aan dat ze ‘preventief’ zichzelf tegen netviesvervuiling proberen te beschermen. Respondent 1 vertelt hierover: ‘In principe is het zo dat wat je op je netvlies krijgt moet je verwerken, en de verantwoordelijkheid van wat er op mijn netvlies komt ligt deels bij jezelf. Als ik naar de melding toega van iemand die zich voor de trein heeft geworpen, dan is de kans dat het slachtoffer niet meer leeft eigenlijk honderd procent. Ik denk dat je dan jezelf voor netviesvervuiling moet beschermen en de vraag aan de meldkamercentralist moet stellen van ‘moet ik daar nog wel naartoe?’ Dus als iemand zich verhangen heeft en die is en paar uur later gevonden en die is al koud, dan is het logisch dat mensen 112 bellen, maar moet ik daar dan nog wel naartoe? Of kan daar de politie naar toe en de lijkschouwer, in plaats van de ambulance?’

Daarnaast geven alle respondenten aan dat ze vinden dat ze zelf verantwoordelijkheid dienen te nemen voor de hersteltijd die ze behoeven na een kritiek incident. Hersteltijd is volgens alle respondenten een bevorderende factor in de verwerking van kritieke situaties, mits je deze tijd ook echt gebruikt om te ‘herstellen’. Respondenten geven aan dat hersteltijd voor hen inhoudt dat ze actief proberen te ontspannen door te gaan sporten, wandelen, iets leuks te gaan doen,

bijslapen, of even helemaal niets te doen. Respondent 11 geeft aan dat ze expres niet fulltime op de ambulance werkt, zodat een week voldoende hersteltijd bevat: 'Ik werk heel bewust niet fulltime in dit vak, want hersteltijd, dat is echt heel belangrijk. En ik probeer in mijn eigen tijd dan leuke dingen te doen, met mensen te praten, of actief rust op te zoeken om het werk een plekje te kunnen geven. Zodat mijn verwerking gewoon goed gaat. Fulltime werken op de ambulance, dat vind ik zelf gewoon best wel zwaar, eigenlijk door het gebrek aan hersteltijd. En nu ben je nog eens lekker een dag of drie, vier vrij in een week.'

Respondent 9 benoemt dat het belangrijk is dat je van jezelf weet welke copingmechanismen je kunt gebruiken om met de impact van kritieke incidenten om te gaan: 'Ik ben van het schrijven in een boekje. Dus dan schrijf ik na een incident niet dat het technisch goed ging, het handelen, maar bijvoorbeeld dat er een koude wind over mijn rug ging. En bij mij werkt dat goed, dat ik het dan nog eens een keer door kan lezen. De emotie die ik op dat moment voel, die wordt dan wat lager door het op te schrijven. Want ik heb zelf soms een beetje het deureffect, dan er gebeurt er iets heftigs, en dan gooi ik die deur dicht in mijn hoofd. Maar als ik ga hardlopen bijvoorbeeld, of ik ga met de hond de bos in of ik ga een stukje schrijven, dan laat ik langzaam dat deurtje weer open gaan. En dan denk ik, dat kan nu wel even naar boven komen en dan kan ik daar eens even rustig over nadenken. Maar dat is belangrijk van jezelf om te weten.'

Verschillende respondenten geven aan dat een positieve mindset hen helpt om met de tragiek en ellende die zij in het reddingswerk tegenkomen om te kunnen gaan. Zij proberen actief de zingevende en betekenisvolle aspecten van het werk te blijven zien, als tegenhanger van de negativiteit waar zij ook aan blootgesteld worden. Respondent 10 zegt bijvoorbeeld: 'Ik vind het heel belangrijk dat je de positieve dingen gaat zien. En dat leer ik ook in de loop der jaren. Zo was ik ook niet. Hoe ouder je wordt, toch wel hoe wijzer je misschien wordt. Waardoor ik wel merk dat ik denk, ja, ik zit op de auto voor de patiënt dus wat kan ik de patiënt bieden zodat die een goede dag heeft. Ja, dat voegt echt een factor toe aan je werk. Dat het niet alleen je werk is, maar ook echt met een visie of zo.'

Respondent 1 legt uit hoe de verwerking van een incident in verbinding staat met de betekenisgeving die men aan het ambulancewerk toedient. Hij legt uit: 'Er zitten verschillende casussen in mijn rugzak, die kan ik zo weer voor de geest halen, of op mijn netvlies. Dat waren heftige situaties. Maar het is oké voor mij dat ze er zijn. Hè, het is oké dat ik daar mocht zijn, het is geweldig dat ik in zo'n lastige situatie van betekenis mocht zijn. Ik hoef het dus niet weg te stoppen en ik hoef niet in therapie om te zorgen dat het uit mijn rugzak gaat.'

Ik ben juist heel blij dat ik het met me mee mag dragen omdat dat mede bijdraagt aan hoe ik nu ben, en hoe ik in het leven sta. Dus ja, zingeving en betekenis geven aan het werk is van invloed op hoe je omgaat met lastige situaties, en dat zegt ook iets over waarom je op de ambulance zit. Zit je daar voor de sensatie? Of is dit werk iets wat invulling geeft aan jouw leven? Van betekenis mogen zijn in de meest kritieke situatie van iemands leven vind ik waanzinnig waardevol. En als je je dat beseft dan kun je ook gewoon heel veel stress aan, en dan krijgt een kritiek incident ook de waardering die het verdient.'

Als laatste bevorderende factor zijn alle respondenten het er over eens dat steun uit het persoonlijk netwerk van groot belang is in de verwerking van kritieke incidenten.

Voornamelijk het praten met dierbaren, zoals een partner of goede vriend(in), blijkt de meest gebruikte en effectieve manier om kritische incidenten een plekje te kunnen geven.

Respondent 8 benadrukt: 'Het is echt heel belangrijk dat je in ieder geval een goede opvang thuis hebt. Dat er iemand thuis zit die jou snapt. Een eigen sociaal netwerk, waarbij je kan ventileren.'

Respondent 3 beschrijft dat het thuisfront voor haar ook een belangrijke signalement functie vervult: 'Natuurlijk kan je als collega's wel goed op elkaar letten en veel signaleren, maar het blijven toch je collega's. En thuis is belangrijk, daar zien ze misschien veel beter dat je niet lekker in je vel zit of dat je slecht slaapt. Want daar ben je echt jezelf.'

Respondent 2 legt uit dat het thuiskomen bij haar partner voor haar na een zware dag veel kan betekenen: 'Waar ik veel steun aan heb is mijn man. Als ik zeg van joh ik had echt een pokken casus, en ik vertel van dit is er gebeurd of dat is gebeurd, en dan vraagt hij altijd wel van hoe gaat het met je, ga even rustig zitten, dat soort kleine dingetjes, en dat vind ik heel fijn.'

Werk gerelateerde factoren

De meest benoemde werkgerelateerde factor die de respondenten als bevorderend voor de verweking benoemen, is de onderlinge *peer support*. Respondent 8 zegt: 'Dat is een heel belangrijk element in ons werk. En we hebben natuurlijk altijd een directe collega waar je mee rijdt, zij of hij is bijvoorbeeld de chauffeur en maakt dezelfde incidenten mee, waarbij je dus daarna ook je verhalen kwijt kan.'

Verschillende respondenten geven aan dat ze ervaren dat ze opgevangen worden door collega's na een heftige casus, en dat het prettig is om juist met collega's na te kunnen praten

omdat zij het werkveld zoals geen ander kennen. Respondent 4 vertelt over haar ervaringen met *peer support*: ‘Met mijn collega's napraten is ook echt heel waardevol, en dan vooral degene die ook bij de casus betrokken was. Vaak merk ik ook bijvoorbeeld dat collega's mij al gaan appen of gaan bellen na een heftige casus zonder dat ik daarom gevraagd heb. Dus puur vanuit collegialiteit krijg ik appjes of een telefoontje van hoe is het met je? En dat helpt enorm. Dat is echt wel een warme deken als je zulke collega's hebt die een extra oogje in het zeil houden.’

Naast het begrip en luisterend oor van collega's, is het volgens de respondenten belangrijk dat de teamleider betrokkenheid toont, zeker wanneer er een heftig incident heeft plaatsgevonden. Respondent 8 legt in eigen woorden uit: ‘Als je ergens mee zit, is het belangrijk dat jouw werkgever jou daarin serieus neemt en begrip toont. Dus op het moment dat het even niet gaat, dat je de veiligheid en vrijheid voelt om dat even aan te geven bij je teamleider. En dat je daarin dan ook de ruimte krijgt om even extra tijd te krijgen om het te verwerken.’

Uit de verschillende interviews blijkt echter dat de meeste respondenten aangeven dat zij geen goede klik hebben hun teamleider, en hierin een stukje zorg en erkenning te missen.

Respondent 5 vertelt hierover: ‘Ik denk dat dat echt wel belangrijk is, dat je teamleider echt vinger aan de pols houdt door je af en toe even te zien. Dat heb ik echt gemist, weet je, dat stukje persoonlijk contact van, joh, ik weet wat er gebeurd is, kom je even zitten? Dat heb ik echt wel gemist. En ook voor een stukje signalement is dat een belangrijk stuk. En het is belangrijk voor een beetje erkenning, een beetje empathie, een beetje het gevoel van we doen dit samen, van ik ben je teamleider en ik let op jou.’

Tot slot geven alle respondenten aan dat de sociale werkcultuur op de RAV ervoor zorgt dat het lastig kan zijn om kwetsbaarheid te tonen, bijvoorbeeld wanneer een incident (langdurig) impact heeft op de emotionele of psychische gesteldheid. Dit heeft volgens hen te maken met de heersende macho- en roddelcultuur onder het personeel.

Met de ‘machocultuur’ wordt bedoeld op de no-nonsense cultuur die op de werkvloer heerst. Volgens verschillende respondenten is deze cultuur ontstaan omdat het ambulance vak vroeger enkel door mannen uitgevoerd werd, en zij liever opscheppen over wat ze meegemaakt hebben dan dat ze aangeven hoe heftig ze het ervaren hebben. Respondent 1 zegt over deze machocultuur: ‘Hè, kijk vanuit vroeger is het ambulance vak een beetje een macho vak, een machocultuur waarbij je ook graag heftige dingen wil meemaken om die kick, ja, dat klinkt een beetje gek, die adrenalinekick, om dat mee te maken.’ Respondent 4 zegt in andere

woorden: ‘Ik ervaar de cultuur bij de Ambulance Dienst wel een beetje als een cowboycultuur waarin er weinig ruimte is om over gevoel te praten. Nee, echt over gevoel praten, die ruimte heb ik niet zo op het werk. Bij verpleegkundigen zie je over het algemeen wel dat je zich kwetsbaarder durven op te stellen, maar de chauffeurs komen vaak uit een hele andere branche. Die komen meestal uit de bouw of uit transport of vanuit defensie, politie, of de brandweer. Daardoor zijn ze vaak al heel hard geworden en zijn ze niet gewend aan openheid of kwetsbaarheid.’

Respondent 7 is van mening dat de machocultuur onder het personeel voortkomt uit het slag mensen wat dit type werk aantrekt: ‘We zijn wel allemaal denk ik een bepaald slag volk, denk ik, anders doen we dit werk niet. We zijn allemaal haantjes, of in ieder geval eigengereid. Maar ja, daarom kunnen we dit vak ook uitoefenen, je moet sterk in je schoenen staan want je komt in dit werk voor grote shit te staan en dan moet je het ook regelen. En ja, met zwarte humor gaan wij met elkaar om. Dat is denk ik ook een soort uitlaatklep denk ik, want ja, je gaat niet samen zitten janken of wat dan ook.’

Verschillende respondenten geven echter aan dat er de afgelopen jaren een cultuurverandering gaande is op dit gebied. Respondent 10 vertelt: ‘Toen ik begon met dit werk was het echt nog een beetje een mannencultuur. Dus altijd een grote mond naar elkaar, grote verhalen, zwarte humor... Maar dat is ook een coping stijl. En ik moet zeggen, wij krijgen steeds meer vrouwen in dienst waardoor je die cultuur ook wel een klein beetje ziet veranderen. Er is wel kwetsbaarheid maar dat is wel met de collega’s met wie je echt een klik hebt. Collega’s met wie je eigenlijk niet zoveel hebt, daar ben ik zelf in ieder geval minder open tegen.’ Naast de machocultuur wordt ook genoemd dat de onderlinge roddelcultuur het moeilijk maakt om persoonlijke gedachten, gevoelens of emoties te delen.

4.3.2 Verwerking van morele stress

Vervolgens is de respondenten gevraagd hoe zij omgaan met morele stress binnen het reddingswerk, en hoe zij de impact die dit op hun psychische gesteldheid heeft verwerken. Sommige respondenten geven aan dat ze, als ze morele stress ervaren, overdreven voorzichtig en perfectionistisch hun volgende werkzaamheden uitvoeren. Respondent 2 zegt bijvoorbeeld: ‘Al moet ik drie uur overwerken, als dat voorkomt dat ik met zo'n gevoel ga zitten, dan ga ik dat doen.’ Daarnaast geven ze aan dat ze voor de verwerking van morele stress op zoek gaan naar de bevestiging dat ze het goede gedaan hebben, bijvoorbeeld door met de partner of een goede vriend(in) te sparren over het dilemma waarin ze betrokken raakten tijdens een oproep. Uit de interviews blijkt echter dat morele stress niet vaak onderling met collega’s besproken

wordt, al geven de respondenten aan daar wel behoefte aan hebben. Respondent 3 zegt hierover: ‘Nu is het vaak toch nog iets onbespreekbaars, omdat mensen bang zijn dat ze afgerekend worden op dat ze een fout gemaakt hebben en zich daarvoor te erg schamen. Maar het zou wel fijn zijn eigenlijk om herkenning te zoeken bij anderen, erover te kunnen sparren met collega’s of een teamleider. Dat dat misschien toch al opluchting ... of een soort van *relief* geeft ja.’

Verschillende respondenten herkennen dat ze het spannend vinden om openlijk in gesprek te gaan over de twijfels die ze hebben over hun persoonlijk handelen. Hoewel ze toegeven dat ze weten en accepteren dat fouten maken menselijk is, geven ze aan dat ze hier toch niet snel een boekje over open doen bij collega’s. Enkel met collega’s waarmee ze een persoonlijke band ervaren durven ze over dergelijke situaties te sparren. Respondent 1 legt uit: ‘Dat heeft denk ik ook te maken met hoe je om gaat met oordeel en met afwijzing. Want je zit ook in een omgeving, zeker in zo'n macho cultuur als bij de ambulance, waar collega's vinden dat je wellicht anders had kunnen handelen en dat hardop tegen je zeggen. Je moet leren om daarmee om te kunnen gaan, dat dat het oké is dat de ander er anders over denkt en dat er ruimte is om binnen het team daar ook over te sparren, over de tegenstrijdigheid van het leven. Morele dilemma's zijn levenslessen waar iedereen persoonlijk mee om gaat.’

Respondent 1 vertelt later in het interview dat zijn geloofsovertuiging hem ook helpt om morele stress en morele dilemma's te verwerken: ‘Kijk, op het moment dat we een reanimatie gedaan hebben en het is niet gelukt en de patiënt lijdt, of we hebben de beslissing genomen om toch geen reanimatie te gaan starten bij een verhangings, dan is het een soort van coping strategie voor mij om tegen mezelf te zeggen: van we geven het leven terug aan de schepper. Ik ga niet over het leven, ik ga niet over de dood, ik heb kunnen handelen naar wat ik kon in deze situatie. Ik ben christelijk opgevoed, dus die overtuiging helpt daar wel bij. Maar dat kan ook gelden voor iemand die boeddhistisch is of zelfs atheïstisch is. Eigenlijk is de strekking van mijn verhaal dat de overtuiging en de manier waarop je in het leven staat, oftewel de manier waarop je betekenis geeft aan het leven, voor een belangrijk deel bepaalt hoe je omgaat met dit soort stressvolle situaties en ethische dilemma's.’

Tot slot blijkt herkenning ook bij te dragen aan de verwerking van morele stress. Zo vertelt respondent 3, die nog in opleiding tot ambulanceverpleegkundige is: ‘Wij hebben dus op de studie ook van die verplichte intervisie bijeenkomsten met studenten, dan heb je het bijvoorbeeld over morele dilemma's in het werk. En dat is toch wel fijn eigenlijk. En dat is met name ook omdat je herkenning krijgt voor je situatie als je die samen bespreekt.

Herkenning helpt omdat je beseft van oh, zij lopen daar ook tegen aan. Dat ik denk, oh ja, ik

ben niet de enige. Dat lost niks op, maar het voelt wel beter. Ik vind dat wel fijn aan intervisie maar dat heb je dus na je opleiding niet meer.'

4.4 Het huidige zorgaanbod voor ambulancepersoneel

Behalve op persoonlijke ervaringen met kritieke incidenten en de verwerking hiervan, is ook dieper op het huidige zorgaanbod voor ambulancepersoneel ingegaan. De kennis en ervaringen die de respondenten over huidige zorgaanbod delen wordt beschreven, evenals de behoeften die zij uitspreken ter optimalisering van dit aanbod.

4.4.1 Kennis en ervaringen ten aanzien van het huidige zorgaanbod

Code oranje/rood

De respondenten geven aan dat er binnen alle RAV's de mogelijkheid is om na een heftige casus 'code oranje' of 'code rood' aan te geven bij de meldkamer. Deze regeling is ontworpen om de reddingswerkers hersteltijd te kunnen bieden na een heftig incident. Respondent 11 legt uit over code oranje: 'Je kunt gewoon zeggen tegen de meldkamer van joh, het was even een heel heftige rit, we willen even een bakje koffie drinken. Over een uurtje zijn we weer inzetbaar.' Wanneer een ambulancemedewerker code rood aangeeft wordt hij of zij de hele verdere dag uitgepland. Ook kunnen reddingswerkers, wanneer ze bijvoorbeeld in een korte periode bij verschillende kritieke incidenten betrokken zijn geweest, vragen of ze op de B-auto mogen rijden.¹⁴ Respondent 1 vertelt: 'Op het moment dat ik een aantal heftige casuïstieken meegemaakt heb en mijn mandje is al aardig vol aan het raken, dan kan ik tegen mijn leidinggevende zeggen: ik wil het eventjes een paar dagen of een maandje wat rustiger aandoen. Doe mij eventjes alleen maar op de B-auto, hè, dat ik alleen maar het bestelde vervoer doe om effe weer te landen om vervolgens het heftigere werk weer op te kunnen pakken.'

Veel respondenten geven aan dat ze vinden dat zijzelf verantwoordelijk zijn om stapeling te voorkomen, bijvoorbeeld door – wanneer het nodig is - een code oranje of rood (hersteltijd) in te lassen. In de interviews blijkt echter dat de respondenten deze codes in de praktijk nauwelijks inzetten. Als reden hiervoor geven zij dat de werkdruk vaak zo hoog is (mede door een chronisch personeelstekort) dat ze het gevoel hebben zichzelf niet zomaar uit de dienst te kunnen plannen.

¹⁴ De B-ambulance rijdt het bestelde vervoer en wordt niet voor de hulpverlening van kritieke incidenten ingezet (enkel assisterend).

Ondersteuningsteams

Uit de interviews blijkt dat alle RAV's een Bedrijf Opvang Team (BOT) of een Team Collegiale Ondersteuning (TCO) hebben. In het verleden was het voornamelijk de taak van de teamleider (en de bedrijfsarts) om zich bezig te houden met het welzijn van de werknemers, maar nu delen deze ondersteuningsteams de verantwoordelijkheid voor het psychisch welzijn van het personeel. De teams bestaan uit collega's die naast hun functie als ambulanceverpleegkundige of chauffeur een korte opleiding hebben gevolgd tot BOT/TCO-lid. Tijdens deze opleiding leren ze om signalen van stagnerende traumaverwerking of psychische overbelasting te signaleren, en worden hen gesprekstechnieken aangeleerd om deze met collega's te bespreken.

De meldkamer hanteert een lijst met gestandaardiseerde criteria om te beoordelen of een binnenkomende melding als kritiek wordt beschouwd. Wanneer dit zo is, wordt automatisch het BOT/TCO-team van de betrokken RAV ingeschakeld, om nazorg te verlenen aan de dienstdoende collega's. Dit proces verloopt als volgt: zodra het ondersteuningsteam door de meldkamer is geactiveerd, neemt het dienstdoende BOT/TCO-lid telefonisch contact op met de betrokken collega's zodra zij terugkeren naar de post. Tijdens dit telefoongesprek informeert hij of zij naar de gemoedstoestand van de collega's en wordt er gevraagd of zij nog in staat zijn om te werken, of dat ze behoefte hebben aan een code oranje/rood of een georganiseerde debriefing. Enkele dagen na het incident volgt een follow-up telefoontje om te controleren hoe de collega's de situatie hebben verwerkt en of er zich problemen voordoen. Als de BOT/TCO-leden merken dat er moeilijkheden zijn maken ze een vervolgspraak (telefonisch of *face-to-face*), om het incident en de verwerking hiervan met de collega te bespreken. Sommige RAV's zorgen bij bepaalde criteria voor een standaard debriefing na een incident, bijvoorbeeld wanneer het luchtmobiele team betrokken is vanwege de ernst van de situatie. De BOT/TCO leden komen dan na het incident naar de post toe om met de betrokken collega's (en soms ook de aanwezige politie of brandweer) de casus te evalueren. De respondenten benadrukken dat dit de officiële procedure van de BOT/TCO-zorg is, maar dat de uitvoering hiervan (zowel protocollair als in de praktijk) kan verschillen tussen BOT/TCO-leden en RAV's.

De respondenten noemen zowel positieve als negatieve ervaringen ten aanzien van de zorg voortkomend uit de ondersteuningsteams. Als positieve ervaring wordt veelvuldig genoemd dat het prettig is dat de collega's die de nazorg verlenen zelf onderdeel zijn van de beroepsgroep, waardoor zij het werkveld als geen ander kennen. Hierdoor zijn er weinig

woorden nodig om een casus uit te leggen; de collega's snappen hoe bepaalde procedures of keuzemomenten verlopen tijdens een incident. Respondent 5 vertelt: 'Het zijn allemaal medewerkers die uit het vak komen, dus die kunnen zich goed voorstellen wat ons vak inhoudt en wat wij zien. Dat maakt de drempel om over iets te praten lager. Je hebt het op de post toch al over het werk of een incident, dus dan kun je tussendoor ook makkelijker aangeven waar je nog mee zit.' Daarnaast geven verschillende respondenten aan dat ze het fijn vinden dat BOT/TCO collega's hen tijdens een dienst extra in de gaten kunnen houden, bijvoorbeeld omdat ze uit eerdere gesprekken weten dat een bepaald type incident meer impact op iemand kan hebben. Hierdoor kunnen zij al tijdens de uitvoering van het werk iemand ontzien en beschermen voor de psychische impact die een bepaalde casus kan hebben.

Hoewel de respondenten aangeven de ondersteuningsteams in hun bestaan te waarderen, is er ook veel kritiek op de uitvoering van de huidige BOT/TCO-zorg. Een punt dat veel respondenten benoemen is dat ze het niet prettig vinden dat het contact met de ondersteuningsteams grotendeels telefonisch plaatsvindt. Dit zorgt ervoor dat ze minder snel hun kwetsbaarheid laten zien, en dat ze een nagesprek makkelijk afhouden als ze hier geen zin in hebben. Respondent 5, die een tijd met PTSS klachten rondliep, vertelt: 'Ik zei niet eerlijk dat het niet goed ging tegen de BOT-teamleden. Want ik dacht van, we maken allemaal wel eens wat mee en ik ga toch niet lopen zeuren over iets waar ik last van heb of zo, want dat zal wel weer overgaan. Dus ik heb constant ook gewoon gezegd van ja hoor, het gaat goed, dus ik kan het hen ook niet kwalijk nemen dat zij niet iets verder hebben doorgegraven om erachter te komen dat het niet goed met me ging. Alleen ik heb wel aangegeven, later toen ik de diagnose kreeg, van ik denk dat het handig is in het vervolg om iemand persoonlijk te spreken en niet door de telefoon, want ik heb mijzelf achter die telefoon kunnen verschuilen. Dus ik denk dat het echt belangrijk is dat, als ze een vinger aan de pols willen houden, dat ze je ook zien. Dan kunnen ze veel meer signaleren, opvangen en doorvragen als ze twijfelen over je antwoord.'

Respondent 9, die zelf BOT-coördinator is, vertelt vanuit haar ervaring: 'Je moet soms moeite doen om door bepaalde buffers heen te komen, zeker door de telefoon. Ze zeggen snel nee, het gaat goed, doe, we hebben nu geen tijd. Maar dan bel ik later nog een keer terug, of ik kom ze op de post tegen, en dan probeer ik het er nog een keertje over te hebben. En dan is *face-to-face* makkelijker dan via de telefoon, want een telefoon is best anoniem, hè? Dan kan je zeggen 'het is goed' terwijl de tranen in je ogen staan.'

Ook het moment van het telefoontje blijkt voor verschillende respondenten niet prettig.

Respondent 10 vertelt: 'Je krijgt iemand meestal aan de telefoon vlak na het incident. Nou,

dan zit je eigenlijk nog in het werk, en ik merk dat de emoties pas loskomen als ik rust krijg. Vaak is dat niet al na het incident, want dan zit je nog in je adrenaline en dan doe je je dingen, en dan voel je je goed. Maar als dan gevraagd wordt of je wilt botten zeg je dus ook sneller nee.'

Daarnaast kan het voordeel dat men de BOT/TCO-collega's kent, ook een nadeel zijn, bijvoorbeeld wanneer deze persoon niet lekker in het team ligt of er geen persoonlijke klik met deze collega wordt ervaren. Respondent 5 legt uit: 'Als BOT-lid moet je wel gedragen worden door het team. En ik merk dat bepaalde leden, ja, die worden dat niet. Dus daar wil niemand echt dieper mee in gesprek. Weet je, je hebt natuurlijk wel je voorkeuren. Sommige mensen die zeggen gewoon van, oh, is die vandaag in botdienst? Oh nee, dan hoef ik toch geen gesprek.'

Respondent 6, die zelf BOT-coördinator is, vertelt dat ze merkt dat ze sinds ze deze functie bekleedt minder contact kan maken met haar collega's. Zij wijt dit aan de machocultuur, die ervoor zorgt dat het ambulancepersoneel zich minder kwetsbaar opstelt richting het ondersteuningsteam: 'Voordat ik die officiële rol had belde ik vaak een collega of stuurde ik na een heftige casus iemand een appje, en dan krijg je vaak hele mooie gesprekken. Maar ik merk dat op het moment dat ik dat nu als TCO 'er doe, dan zeggen ze ineens 'nee hoor alles gaat goed, je hoeft niet te bellen'. Dus dat merk ik wel; er bestaat in de ambulancewereld een soort zorg-afhoudende cultuur tegen degenen die daar eigenlijk voor willen zorgen. En ik had gehoopt daar meer in te kunnen betekenen, maar ze houden mij nu dus ook af. En de groepsdruk speelt daar echt een belangrijke factor in, want als je allemaal los individueel van elkaar met collega's spreekt zegt iedereen hoe belangrijk het is dat die TCO-opvang er is en dat ze dat heel erg waarderen. Maar op het moment dat je in een soort teammeeting zit met elkaar, dan kan daar ineens toch weer heel denigrerend of nonchalant over gesproken worden. Want ja, dan zijn ze bang om buiten de groep te vallen als ze toegeven dat zorg belangrijk is, want dat is niet in consensus met de 'no-nonsense' cultuur.'

Respondent 7 noemt een ander aspect dat er volgens hem voor zorgt dat collega's terughoudend zijn tijdens een BOT/TCO gesprek: 'Kijk als de botter iemand van de dienst is, en jij legt je ziel bloot en er komen misschien wel andere dingen aan het licht... Bijvoorbeeld dat jij vroeger misbruikt bent of weet ik wat, dan lijkt het mij een drempel om dat te vertellen aan iemand die ook op de dienst werkt. Want gaat dat verhaal een leven leiden op de dienst, of dat verhaal komt uit ofzo. Ja weet je, hoe minder je per dienst te doen hebt hoe meer er geluld wordt over alles en iedereen. Dus ik merk dat die bot-gesprekken inhoudelijk nooit zo

diep gaan, iedereen zegt altijd van ‘het gaat wel’. Ik merk dat het vaak, bij mij in ieder geval, gaat over ‘ik heb dit niet handig aangepakt’ of ‘ik heb dat niet handig aangepakt.’

Respondent 3 beschrijft dat ze liever een goede collega uitzoekt dan dat ze een BOT-nagesprek voert wanneer ze een casus wil nabespreken: ‘Ik moet zeggen, ik zat laatst bij een nagesprek met zes van die gasten die eigenlijk allemaal een beetje zo stoer te doen van ja, je bent oké toch? Toen voelde ik niet echt de ruimte om kwetsbaar te zijn. Dus dan ga ik zelf liever één-op-één nog met iemand die ik echt vertrouwd praten, dan pik ik die wel zelf uit, dan iemand van het TCO waar ik geen klik mee heb – dat ik daar mijn verhaal bij ga doen. En die ruimte voel ik ook wel binnen deze organisatie, er zijn genoeg fijne mensen waar ik naartoe zou gaan om dat te bespreken. Maar ja, die onderlinge groeps cultuur is een soort van oppervlakkig. Je bent gewoon met elkaar en je lult een beetje samen over dit en dat, je kan een arm om elkaar heen staan als het nodig is, maar je kent elkaar dus ook niet zodanig dat je echt lief en leed met elkaar deelt of huult of dat soort dingen.’

Daarnaast geven verschillende respondenten aan dat de ondersteuningsteams niet altijd op de juiste momenten ingeschakeld worden. Zij worden door de meldkamer geactiveerd wanneer een incident aan ‘kritieke’ criteria voldoet, maar lopen hierdoor andere incidenten die niet als kritiek beoordeeld worden mis, terwijl zij wel als zodanig ervaren kunnen worden.

Respondent 10 geeft aan: ‘Soms denk ik wel eens van, als ik iemand met een gebroken heup naar het ziekenhuis breng kan dat ook heel erg impact hebben. Want dan kan ik het verhaal horen van iemand waarom iemand een gebroken heup heeft, en dat kan een heel jong iemand zijn die bijvoorbeeld uitzaaiingen heeft met een heel jong gezin. Dat zijn van die verhalen dat je denkt, oei. Maar daar wordt niet zo naar gekeken voor de nazorg.’

Ook geven de respondenten aan dat ze het als een drempel kunnen ervaren om zelf om nazorg te vragen wanneer een incident impact op hen heeft. Als reden hiervoor geven ze dat de hoge werkdruk ervoor zorgt dat ze weinig tijd en ruimte ervaren om voor een nazorggesprek te gaan zitten.

Tot slot geven de respondenten aan dat ze de professionaliteit van de BOT/TCO-zorg niet altijd voldoende vinden. Respondent 6 geeft aan dat zij als BOT-coördinator zich wel eens afvraagt of alle BOT-leden tijdig genoeg psychische problematiek of overbelasting bij de collega’s kunnen signaleren: ‘Ik denk dat zeker niet alle TCO-teams de juiste vaardigheden of tools hebben om echt die belangrijke signalerende functie uit te voeren. Daarnaast denk ik ook dat de cultuur binnen de ambulance wereld is om alles af te houden. En dat zorgt ervoor dat

TCO'ers ook geen kans krijgen om goed te kunnen signaleren wat er speelt. Ik zorg er zelf wel voor dat ik een psycholoog de BOT-opleiding laat geven en dat ze de signalen van traumatisering leren herkennen, maar dat zal niet voor de hele landelijke ambulancezorg Nederland gelden.'

Tijdens de participerende observatie ontstaat er een informeel gesprek op de post tussen de onderzoeker en een aantal ambulancewerkers die niet bij het kwalitatieve onderzoek betrokken zijn. De onderzoeker vraagt hen hoe zij de BOT/TCO-zorg ervaren. De ambulancewerkers geven aan dat ze in de praktijk naar hun mening te vaak het 'botten' overslaan of maar laten zitten. Als reden hiervoor geven ze dat ze a) door het telefonisch contact sneller een nazorggesprek afhouden, b) dat ze BOT-zorg afslaan als ze geen klik ervaren met de botter van dienst en c) dat de no-nonsense cultuur en de hoge werkdruk ervoor zorgen dat ze na een kritiek incident snel weer inzet-gereed dienen te zijn. Deze druk zorgt ervoor dat ze te snel doorgaan met de dag, in plaats van een herstelmoment of debriefing in te lassen.

Een van de ambulancewerkers schetst als voorbeeld dat hij na een kinderreanimatie door de meldkamer gebeld werd met de vraag of hij inzet-gereed was voor een nieuwe melding. Toen hij aangaf dat hij een heftige casus achter de rug had, die hij graag even met de betrokken collega's en de botter van dienst wilden *debriefen*, vroeg de meldkamer of hij dit na de nieuwe melding kon doen. Hij gaf toe dat hij op dat moment zelf niet aan durfde te geven dat hij eigenlijk eerst een herstel- en reflectiemoment nodig had, in de vorm van een debriefing, en dat hij maar doorgegaan is met werken. Het is die dag ook niet meer van een debriefing of herstelmoment gekomen, vertelt hij. Als reden hiervoor legt hij uit dat de werkdruk zo hoog was dat ze al dik in het overwerk terecht kwamen, en dat ze het nabespreken daarom maar achterwegen gelaten hebben.

Verdere zorg

Uit de interviews blijkt dat de BOT/TCO-zorg het overgrote deel van het huidige zorgaanbod invult. Wanneer deze zorg echter niet voldoende geacht wordt, kunnen de werknemers doorverwezen worden voor professionele ondersteuning. De ondersteuningsteams mogen hier echter alleen toe adviseren. Respondent 8, die zelf TCO-coördinator is, legt uit hoe dit op zijn RAV gaat: 'Het TCO heeft alleen een adviserende rol, dus de mensen moeten verdere zorg zelf oppakken. Dus ze kunnen naar ons, naar de bedrijfsarts, naar de eigen huisarts of naar de teamleider, en zo kunnen ze via via eventueel doorverwezen worden naar een psycholoog. Onze RAV heeft bijvoorbeeld contact met psychiaters die we kunnen inschakelen. En dat doen we wanneer mensen serieuze klachten hebben of vanuit hun werk op lange termijn klachten hebben. Dan is er dus de bedrijfsarts of de teamleider die mogelijkheid kan geven om in contact te komen met een psychiater of een psycholoog.'

Respondent 5, die op een andere RAV werkzaam is, vertelt haar ervaring op dit gebied. Ze kwam thuis te zitten met verschillende psychische klachten, maar wist totaal niet wat er met haar aan de hand was: ‘Toen ik thuis kwam te zitten met allerlei klachten, dacht ik van nou met drie weken kan ik wel weer aan het werk, dan ben ik wel weer beter. Maar goed, ik merkte wel dat het echt niet lekker ging. Dus toen heb ik gezegd van, nou weet je, ik ga niet zes weken wachten op een consult bij de bedrijfsarts, want zo lang zou het duren om hem te spreken. En ik merkte van, ik ben een van de eersten van de organisatie die hiermee echt thuis kwam te zitten, en dat de organisatie eigenlijk niet wist wat ze met ermee aan moesten. Dus ik heb zelf, ja, via een collega – zijn vrouw zit bij de politie - een telefoonnummer van iemand gekregen die bij de politie de bedrijfsopvang deed. En die heeft mij gezegd van, joh, wij laten altijd onze mensen onderzoeken bij het ARQ.¹⁵ Dus toen heb ik zelf aangegeven bij onze bedrijfsarts van ik wil bij ARQ onderzocht worden, en toen is dat zo in gang gezet. En later zei mijn therapeute van jeetje, waarom ben je er nu pas? Ja zei ik, hoe had ik het dan sneller moeten doen? Geen idee.’

Preventie

De meeste respondenten geven aan dat ze wel bekend zijn met de BOT/TCO-zorg of een gesprek met de teamleider of bedrijfsarts, maar dat ze niet goed op de hoogte zijn van andere beschikbare zorgopties. De communicatie over het zorgaanbod blijkt per RAV te verschillen, maar over het algemeen is die beperkt. Bovendien ontbreekt er volgens de meeste respondenten (preventieve) voorlichting en informatie vanuit de dienst die de reddingswerkers bewust maakt van de impact die het reddingswerk kan hebben op hun psychische gezondheid. Respondent 10 zegt hierover: ‘Je ziet dat dit soort dingen bij de politie of bij defensie beter geregeld zijn dan bij de ambulance. En ik weet niet hoe dat bij andere RAV's is hoor, want dat kan natuurlijk verschillen, maar binnen onze dienst is er geen preventieve zorg of voorlichting.’

De rol van de teamleider

Tot slot geven verschillende respondenten aan dat ze als ze persoonlijke problemen ervaren hiermee niet naar de teamleider zouden gaan. Als reden hiervoor geven zij dat ze geen klik voelen met de teamleider, en zich niet veilig genoeg voelen om met hem of haar in gesprek te gaan over persoonlijke omstandigheden. Daarnaast beoordeelt de teamleider hen op

¹⁵ ARQ: Nationaal Psychotrauma Centrum Nederland.

professioneel gebied, waardoor ze privé-zaken soms liever buiten beschouwing laten zodat werk en privé niet door elkaar heen gaan lopen. Dit kan er echter voor zorgen dat ze een (bijtjijde) doorverwijzing naar de bedrijfsarts of een andere zorgprofessional mislopen.

4.4.2 Behoeften ten aanzien van het huidige zorgaanbod

Begeleiding bij morele stress en morele dilemma's

De respondenten benoemen dat het huidige zorgaanbod een belangrijk aspect mist; namelijk begeleiding, (na)zorg en ondersteuning bij morele dilemma's (en morele stress) in het werkveld. Respondent 8 zegt hierover: 'Dat kan achteraf zo ontzettend veel invloed hebben op het functioneren en het welzijn van iemand. Ik vind dat dat ontzettend onderschat wordt door de werkgever, althans, zo komt het in ieder geval over op ons als werknemers, dus ik vind dat daar veel meer begeleiding op zou moeten zitten.' Er worden verschillende behoeften uitgesproken die inzichtelijk maken hoe zorg en begeleiding rondom morele stress verbeterd kunnen worden. Zo noemt respondent 11 dat ze graag onder professionele begeleiding met haar collega's in gesprek zou willen gaan, om veel voorkomende dilemma's te bespreken: : 'Bij bepaalde casuïstieken zou ik persoonlijk denken van nodig eens een ethicus uit om daar samen over te praten. Zodat we het een keer samen met collega's kunnen hebben over bepaalde type casussen, van wat zou je doen, of wat zou je niet doen. We hebben bijvoorbeeld steeds meer met kwetsbare ouderen te maken, die wij ook in onze ambulancezorg krijgen, en dan wil de familie bijvoorbeeld dat iemand die al heel oud is per se nog gereanimeerd wordt. En soms weet ik dan van, dat is echt medisch zinloos handelen. Maar hoe ver je er dan in mee gaat of niet, dat zijn dingen, die vind ik lastig en die zou ik graag meer bespreken.'

Respondent 3 legt uit dat intervisiebijeenkomsten haar zouden helpen in de omgang met morele stress. Ze legt uit: 'Wij hebben dus op de opleiding verplicht intervisie met de studenten, dan heb je het hier bijvoorbeeld over. Dat is toch wel fijn eigenlijk, en dat is met name ook omdat je herkenning krijgt voor je situatie als je die samen bespreekt. Dus misschien zou dat in de begeleiding en zorg voor morele stress een tip kunnen zijn.'

Verder vinden verschillende respondenten dat er psychische begeleiding moet komen voor ambulancemedewerkers die een calamiteitenonderzoek krijgen. Dit type onderzoek wordt ook wel een 'prisma' onderzoek genoemd; het medisch handelen wordt tot in de puntjes nagelopen om te kunnen achterhalen of er fouten gemaakt zijn in de hulpverlening, bijvoorbeeld naar aanleiding van een klacht. Het onderzoek kan enkele weken duren en wanneer de uitslag bewijst dat er medische fouten gemaakt zijn kan dit consequenties hebben voor de betreffende reddingswerker. Dit type onderzoek wordt dan ook als zeer intens

ervaren; respondenten die dit meegemaakt hebben vertellen dat ze tijdens een calamiteitenonderzoek veel morele stress en gevoelens van onzekerheid en schaamte ervaren, en dat ze in deze periode graag psychische ondersteuning hadden gekregen. Respondent 6 zegt: ‘Daar moet sowieso een soort coach bij komen kijken of in ieder geval iemand die daarvoor is opgeleid en die naast diegene blijft lopen in heel dat proces. Iemand die een vinger aan de pols blijft houden.’ Respondent 8, die TCO-coördinator is, zegt hierover: ‘We hebben dit dus als TCO aangekaart in onze organisatie, in overleg met de leidinggevende he, van mogen wij daar iets in gaan betekenen? Maar iemand moet het wel willen, want als iemand zo’n onderzoek heeft, misschien wil die het ook niet aan de grote klok hangen voor zichzelf. Maar goed die vertrouwensfunctie hebben wij natuurlijk wel, dus wij zouden daar in mee genomen kunnen worden. We moeten er echt rekening mee houden dat een persoon het door zo’n onderzoek moeilijker kan hebben in zijn werk.’

Respondent 4 vertelt dat het haar op het gebied van morele stress zou helpen om meer voorlichting te krijgen vanuit de organisatie over bepaalde juridische zaken: ‘Het zou voor mij praktisch gezien al heel fijn zijn als ik juridisch gezien beter zou weten wat precies mijn verantwoordelijkheid is, en wat er kan gebeuren als er toch iets mis gaat. Er zijn best wel eens wisselende verhalen over in hoeverre je verantwoordelijk blijft voor je patiënt. Het juridische aspect is hierin nu vaak heel onduidelijk voor mij.’

Professionele ondersteuning, vertrouwelijke gesprekken en een jaarlijkse gezondheidscheck

Op de vraag wat het huidige zorgaanbod voor ambulancepersoneel zou kunnen optimaliseren, kwam een tweede behoefte naar voren. Alle respondenten vinden dat de BOT/TCO-zorg moet blijven, maar dat het prettig zou zijn als er naast deze ondersteuning ook de mogelijkheid is om (laagdrempelig) in contact te komen met een zorgprofessional, met wie vertrouwelijke gesprekken gevoerd kunnen worden. De ondersteuningsteams vervullen nu de functie van vertrouwenspersoon, maar omdat zij ook onderdeel van het team zijn wordt deze functie hen niet door iedereen als zodanig toevertrouwd. Daarnaast geven verschillende respondenten aan dat ze ook een stukje professionaliteit missen, omdat de BOT/TCO-leden hen niet kunnen begeleiden zoals een psycholoog of traumatherapeut dit kan. Respondent 7 zegt over het zorgaanbod van zijn RAV: ‘Ik vind de zorg op onze dienst soms een beetje visieloos. In dit soort dingen, zoals de nazorg bijvoorbeeld, schieten ze gewoon erg tekort. Niet dat ik het nodig heb, maar ik zie wel dat collega’s het nodig hebben en dan is het er niet. Ik vind het wel een gemis dat er eigenlijk na het BOT-team geen andere professionele opvang is. Eigenlijk zou je iemand van buiten de dienst erbij moeten hebben, een professional die bekend is met je

vak, dus eigenlijk iemand die gespecialiseerd is in hulpverleningstrauma's maar die wel onafhankelijk is, dus geen collega is. Ik denk dat je in je achterhoofd niet moet kunnen denken van dat hij of zij een connectie heeft met het management of met de baas, want ja, dan krijg je toch iets met belangen waardoor mensen minder open en eerlijk zijn.'

Tot slot wordt meerdere malen uitgesproken dat het prettig zou zijn als er een verplichte jaarlijkse, vertrouwelijke check-up door een psycholoog of traumatherapeut zou komen, waarin verschillende onderwerpen besproken worden (zoals de impact van het werk, de werkcultuur op de RAV, de persoonlijke thuissituatie en de psychische gezondheid).

Respondent 8 geeft aan: 'Ik denk dat een psycholoog of een psychiater die met die specifiekere vragen één keer per jaar zo'n check-up doet, zeker een deel van de beginnende PTSS-klachten kan herkennen bijvoorbeeld. Of een stukje traumaverwerking wat stagneert.' Ook respondent 5 geeft aan dat ze graag meer structuur en professionaliteit in de nazorg zou willen zien. Ze oppert: 'Een onafhankelijk iemand die niemand kent waar je even een check-up bij hebt. Die kan mensen die niet lekker gaan eruit filteren, want die professionals kunnen echt wel goed signaleren van, speelt er iets? En dat is nu niet een protocol iets, er is geen vast gesprek. Maar ik denk dat het wel belangrijk is om bijvoorbeeld een gesprek met een traumapsycholoog gewoon verplicht te gaan stellen in de toekomst. En als je niks hebt, dan heb je niks, dan hoef je ook niet te langer te praten dan wat het is.'

Voorlichting, bewustwording en cultuurverandering

Een volgend punt dat de respondenten aangeven is dat er meer voorlichting mag zijn vanuit de organisatie wat betreft de impact die het reddingswerk kan hebben op de psychische gezondheid. Verschillende respondenten geven aan dat hier nauwelijks aandacht aan besteed wordt, waardoor het niet 'normaal' of vanzelfsprekend voelt om over de gevolgen van het reddingswerk te praten of om ondersteuning te vragen. De mate waarin een RAV het bewustzijn van de impact van het reddingswerk belicht blijkt per post te verschillen. Sommige posten geven beginnende werknemers voorlichting, andere posten doen hier niet veel in. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat er meer behoefte is aan voorlichting en preventieve zorg vanuit de organisatie. Respondent 6, die TCO-coördinator is, vertelt hoe haar RAV hierin te werk gaat: 'Wat ik belangrijk vind is dat nieuwe medewerkers binnen ambulancezorg sowieso deze voorlichting krijgen over wat dit werk met je kan doen en wat jij zelf kan doen om psychische overbelasting voor te zijn. Als een soort voorlichtingsdag doen wij dat voor beginners binnen het Witte Kruis, maar dat moeten we denk ik over alle RAV's

van de regio uit gaan rollen. Ik denk dat dat aan de voorkant belangrijk is, een stukje voorzorg en preventie.’

Goede voorlichting over de impact van het reddingswerk, de verwerking hiervan én de zorg die ter ondersteuning hiervoor beschikbaar is, kan volgens de respondenten ook bijdragen aan een stukje cultuurverandering. De respondenten spreken meerdere malen uit dat de actuele werkcultuur (ondanks dat deze voorzichtig aan het verschuiven is) weinig ruimte biedt voor kwetsbaarheid, bijvoorbeeld op het gebied van psychische problematiek. Hier blijkt echter wel behoefte aan te zijn. Respondent 5 zegt: ‘Het gaat wel over je psychische welbevinden en om je toekomst. Misschien is het nu de cultuur dat je zegt van “boeien, het gaat wel goed met me”, maar ik heb ook van andere mensen gehoord van er wordt eigenlijk te weinig gesproken over dat het best wel normaal is dat je in ons vak op den duur klachten kan ontwikkelen. Dat zou meer bespreekbaar mogen zijn.’ Ook geven verschillende respondenten aan dat ze het zouden waarderen als de dienst uit zou dragen welke dingen je zelf kunt ondernemen om jezelf zowel psychisch als fysiek gezond te houden. Voorlichting over gezonde copingmechanismen of bevorderende verwerkingsfactoren zou bijvoorbeeld welkom zijn. Daarnaast zou duidelijkere communicatie over het zorgaanbod hen helpen om hier bijtijds gebruik van te maken.

Ondersteuningsteams

Tot slot worden er een aantal behoeften ten aanzien van de BOT/TCO zorg uitgesproken. De respondenten geven aan dat ze vaker met een BOT/TCO-lid in gesprek zouden gaan als ze deze persoon zelf uit mogen kiezen. Het gevoel een klik te hebben met het BOT/TCO-lid blijkt een belangrijke factor wanneer de reddingswerkers nazorg ontvangen. Respondent 5 zegt: ‘Het zou makkelijker zijn als je je voorkeur kan uitspreken voor een BOT-lid dat je graag zou willen hebben. En dat je daar dan later een gesprek mee inplant als die dienst heeft, of dat die je later belt en eventueel een afspraak met je maakt.’ Daarnaast noemen de respondenten dat ze het fijn zouden vinden als de ondersteuningsteams ook betrokken zijn bij niet-kritieke incidenten. Respondent 10 zegt hierover: ‘Bijvoorbeeld de medium care auto bij ons, die hoort soms heftigere verhalen dan dat wij. Want zij brengen natuurlijk heel veel mensen met kanker heen en weer. Nou, die verhalen zijn soms echt schrikbarend. Dus voor die groep denk ik, ja, daar zou wel meer zorg op toegespitst moeten zijn.’

Conclusie en discussie

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de conclusie en discussie van het onderzoek. Eerst worden de deelvragen uit de vraagstelling beantwoord, om vervolgens de overkoepelende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden (5.2). Vervolgens worden deze uitkomsten bediscussieerd in relatie tot de literatuurstudie, en worden de beperkingen van het onderzoek beschreven (5.3).

5.2 Conclusie

Deelvraag 1: Wat is er uit de wetenschappelijke literatuur bekend over de impact van kritieke incidenten in het werk van ambulancepersoneel en factoren die de verwerking ervan bevorderen of belemmeren?

Uit de literatuurstudie naar psychische klachten bij first responders wordt duidelijk dat de impact van kritieke incidenten op de psychische gezondheid van reddingswerkers door verschillende beschermende- en uitlokkende factoren kan verminderen of toenemen.

Beschermende factoren zijn een goede organisatie van het werk, goede samenwerking en hersteltijd. Uitlokkende factoren zijn machteloosheid, persoonlijke associatie en stapeling.

Om de ontwikkeling van psychische problematiek te voorkomen of te verminderen is het belangrijk dat de impact van een kritiek incident goed verwerkt wordt. Daarbij kunnen algemene/contextuele en persoonlijke factoren de reddingswerker ondersteunen of belemmeren (o.a. informele collegiale steun, empathie van de leidinggevende, persoonlijk steun-netwerk, rijkheid aan hulp- en energiebronnen en effectieve copingmechanismen).

Een tweede factor die invloed kan hebben op het psychische welbevinden van reddingswerkers is de ervaring van morele stress, oftewel de stress die voort kan komen uit de morele dilemma's en verantwoordelijkheid waar het ambulancepersoneel tijdens het werk mee te maken kan krijgen.

Deelvraag 2: Welke psychische klachten kunnen er volgens de wetenschappelijke literatuur optreden bij ambulancepersoneel als gevolg van hun werkzaamheden?

De literatuur toont aan dat reddingswerkers kwetsbaarder zijn voor de ontwikkeling van verschillende psychische klachten wanneer de impact van kritieke incidenten niet goed verwerkt wordt. De meest voorkomende klachten zijn netvliesvervuiling, verschillende soorten gedragsveranderingen (o.a. prikkelbaarheid, afstomping, vermijdingsgedrag en

ongecontroleerde emoties) en compassie-moeheid. Als deze klachten niet tijdig gesignaleerd en verholpen worden, kunnen zij zich verder ontwikkelen tot zwaardere psychische klachten of zelfs stoornissen, waarbij PTSS het meest voorkomt onder reddingswerkers. PTSS maakt de reddingswerker vervolgens significant kwetsbaarder voor de ontwikkeling van andere comorbide psychische problematiek (zoals depressie, angststoornissen, chronische stress of vermoeidheid).

Daarnaast kan de impactfactor 'morele stress' in het reddingswerk tot de ontwikkeling van psychische problematiek leiden. Aanhoudende morele stress kan psychische schade veroorzaken die men een morele verwonding noemt. Een morele verwonding (en de bijbehorende psychische klachten) kan herstellen (en voorkomen worden) door processen van morele (her)oriëntatie en het vergroten van de morele weerbaarheid.

Deelvraag 3: Welke voor- en nazorg wordt er momenteel aan ambulancepersoneel geboden?

Wanneer ambulancewerkers een kritiek incident meemaken, kunnen ze na afhandeling een code oranje of code rood inzetten. Deze codes zijn ontworpen om hersteltijd in te lassen, impact te verwerken en stapeling te voorkomen. Bij meerdere opeenvolgende incidenten of extra hersteltijdbehoefte kan in overleg met de teamleider besloten worden dat een ambulancewerker tijdelijk op de B-auto rijdt, die niet voor kritieke incidenten wordt ingezet. Het huidige zorgaanbod voor ambulancepersoneel bestaat verder voornamelijk uit de BOT/TCO-zorg. Deze ondersteuningsteams bestaan uit ambulancewerkers die een extra opleiding in psychische ondersteuning en nazorg hebben gevolgd. Bij kritieke incidenten belt het ondersteuningsteam de betrokken ambulancemedewerkers na de afhandeling van het incident, waarbij wordt gecheckt of er behoefte is aan het inzetten van een code oranje/rood of verdere nazorg, zoals een debriefing op de post of een één-op-één nazorggesprek. Enkele dagen later volgt een follow-up telefoontje voor opvolging, waarin opnieuw gecheckt wordt of verdere nazorg nodig is.

De procedure rondom de BOT/TCO-zorg kan per RAV verschillen, bijvoorbeeld in het moment van bellen of verplichte debriefing bij bepaalde incidenten. Ook bieden RAV's verschillende mate van preventieve zorg en voorlichting aan het personeel. Zo zijn er RAV's die hier nauwelijks aandacht aan besteden, maar zijn er ook RAV's die voorlichtingsdagen aan nieuwe werknemers aanbieden, of een informatiebrief sturen waarin het belang en de procedure rondom de BOT/TCO-zorg wordt toegelicht.

Bij (psychische) problemen kunnen ambulancewerkers bij de teamleider terecht, die hen indien nodig kan doorverwijzen naar de bedrijfsarts, psycholoog of traumatherapeut. Veel

gebruikte behandelingsstrategieën voor klachten die voortkomen uit de impact van kritieke incidenten zijn CGT en EMDR.

Deelvraag 4: Welke aspecten van de huidige voor- en nazorg worden door het ambulancepersoneel als positief ervaren?

Het ambulancepersoneel waardeert de mogelijkheid om een code oranje/rood in te zetten als positief. Het belang van rustig napraten met collega's na kritieke incidenten wordt veelvuldig benoemd, en het gebruik van code oranje/rood biedt ruimte voor deze verwerking. Daarnaast ervaren ze de mogelijkheid om een bepaalde periode op de B-auto te rijden als positief, vooral wanneer ze zich psychisch instabiel voelen.

Verder spreken de respondenten waardering uit voor de BOT/TCO-zorg en willen ze deze zorg graag behouden. Het wordt als zeer prettig ervaren dat de BOT/TCO-leden naaste collega's zijn, wat resulteert in een beter begrip van het werkveld. Hierdoor verloopt de communicatie tijdens de debriefing en nazorggesprekken soepeler, omdat de ondersteuningsteamleden vertrouwd zijn met veelvoorkomende dilemma's en keuzes in de beroepspraktijk. Bovendien zijn er vaak ondersteuningsteamleden aanwezig op de post, waardoor de drempel om hen aan te spreken voor een gesprek lager is. Tijdens kritieke incidenten waarbij BOT/TCO-leden betrokken zijn terwijl ze hun ambulancefunctie uitoefenen, voelt het ambulancepersoneel zich beschermd. De achtergrondkennis van de ondersteuningsleden stelt hen in staat om een collega te ontzien of te beschermen tegen de impact van een incident, bijvoorbeeld omdat zij op de hoogte zijn van persoonlijke triggers en gevoeligheden voor bepaalde associaties.

Deelvraag 5: Welke aspecten van de huidige voor- en nazorg worden door het ambulancepersoneel als negatief ervaren?

Verschillende respondenten vinden het niet prettig dat het contact met de ondersteuningsteams voornamelijk telefonisch plaatsvindt, omdat ze het lastig vinden om zich in een telefoongesprek kwetsbaar op te stellen. Ook maakt het telefonisch contact het makkelijker om een nagesprek af te houden. Het feit dat ze de BOT/TCO-collega's goed kennen kan ook een nadeel zijn tijdens de nazorggesprekken, vooral als er geen persoonlijke klik is. Dit kan leiden tot terughoudendheid bij het delen van persoonlijke ervaringen. Bovendien worden de telefoongesprekken vaak (te) kort na het incident gevoerd, wanneer de adrenaline nog hoog is en emoties nog niet volledig tot uiting komen. Hierdoor wordt het aanbod tot nazorg sneller afgeslagen, terwijl hier later mogelijk toch behoefte aan is. De hoge

werkdruk en het personeelstekort vormen vervolgens een drempel om zelf om een code oranje/rood, debriefing of nazorg te vragen (of te accepteren) wanneer ambulancewerkers een impactvol incident hebben meegemaakt.

Respondenten vinden ook dat de ondersteuningsteams niet altijd op de juiste momenten worden ingeschakeld, waardoor incidenten die wel een impact hebben - maar niet als kritiek worden beoordeeld door de meldkamer - worden gemist. Deze zorg wordt voornamelijk gemist bij incidenten waarbij zich morele dilemma's voordoen of bij B-ritten, die bijvoorbeeld patiënten naar het hospice vervoeren. Ook wordt de BOT/TCO-zorg op zichzelf niet voldoende gevonden. Er heerst er twijfel over de professionaliteit van de BOT/TCO-teams omdat niet alle leden voldoende vaardigheden bezitten om psychische problematiek of overbelasting bij collega's te signaleren.

Tot slot is er een gebrek aan communicatie en informatie over andere beschikbare zorgopties naast de BOT/TCO-zorg en gesprekken met teamleiders of de bedrijfsarts waardoor respondenten niet goed op de hoogte zijn van alternatieve mogelijkheden. Bovendien wordt er weinig tot geen preventieve voorlichting geboden die het ambulancepersoneel bewust maakt van de mogelijke impact van hun werk op hun psychische gezondheid. Tot slot voelen verschillende respondenten zich terughoudend om persoonlijke problemen met hun teamleiders te bespreken. Hierdoor lopen ze mogelijk doorverwijzingen naar andere zorgprofessionals mis.

Deelvraag 6: Hoe kan de voor- en nazorg volgens ambulancepersoneel worden verbeterd?

Op basis van het onderzoek zijn er een aantal verbeterpunten te noemen voor de zorg aan ambulancepersoneel. Betere ondersteuning bij casussen die morele dilemma's (en mogelijk morele stress) met zich meebrengen is mogelijk door binnen alle RAV's een vast programma te implementeren waarbij een ethicus (bijvoorbeeld jaarlijks) een intervisiebijeenkomst leidt, waarin ambulancemedewerkers met elkaar kunnen sparren over veelvoorkomende dilemma's en morele stress momenten uit het werkveld. Dit kan hen ondersteunen in de omgang met morele uitdagingen in hun beroepspraktijk.

Vervolgens dient er professionele ondersteuning geboden te worden aan ambulancewerkers die betrokken zijn bij een calamiteitenonderzoek. Dit type onderzoek kan intense morele stress en gevoelens van onzekerheid en schaamte veroorzaken. De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon of coach (die gedurende het proces een vinger aan de pols houdt) kan de ambulancewerker in kwestie helpen om de psychische belasting te hanteren en eventuele negatieve gevolgen verminderen.

Belangrijk is daarnaast om een cultuurverandering binnen de RAV's te bevorderen, waarin het bespreekbaar maken van psychische problemen en het vragen om ondersteuning wordt gestimuleerd en geaccepteerd. Het kan complex zijn deze cultuurverandering te stimuleren aangezien niet enkel de organisatie, maar ook de werknemers zelf hiervoor verantwoordelijk zijn. Interventies die aan deze cultuurverandering kunnen bijdragen zijn voorlichtingsprogramma's die de impact van reddingswerk op de psychische gezondheid van ambulancemedewerkers bespreekbaar maken. Daarnaast is het wenselijk dat er tijdens deze voorlichting aandacht besteed wordt aan preventieve zorg, bijvoorbeeld door het ambulancepersoneel te informeren over de bevorderende aspecten van een verwerkingsproces. Duidelijke informatie ten aanzien van het beschikbare zorgaanbod kan medewerkers ook bewust maken van de verschillende zorgopties waar zij recht op hebben, wat de drempel hiertoe mogelijk verlaagt.

Een jaarlijkse gezondheidscheck, uitgevoerd door een psycholoog of traumatherapeut, kan de professionaliteit van het huidige zorgaanbod optimaliseren. Tijdens dit vertrouwelijke gesprek kunnen ambulancemedewerkers verschillende aspecten bespreken, zoals de impact van het werk, de werkcultuur op de RAV, de persoonlijke thuissituatie en hun psychische en fysieke gezondheid. Deze check-up kan helpen om psychische overbelasting, klachten of andere trauma gerelateerde problemen vroegtijdig te signaleren en passende zorg aan te bieden. Tot slot zou het rondom de BOT/TCO-zorg wenselijk zijn als de ambulancemedewerkers zelf de mogelijkheid krijgen om te kiezen met welk ondersteuningsteamlid ze in gesprek willen gaan voor nazorg en ondersteuning. Deze keuzevrijheid vergroot de kans dat medewerkers zich comfortabel genoeg voelen om hun ervaringen te delen en open te zijn over hun behoeften.

Nu alle deelvragen beantwoord zijn, kan de hoofdvraag *'Wat is de impact van kritieke incidenten voor ambulancepersoneel en in hoeverre sluit de huidige zorg die zij ter preventie of vermindering van psychische klachten (voortkomend uit kritieke incidenten) ontvangen aan bij hun behoeften?'* beantwoord worden.

De wetenschappelijke literatuur laat zien dat de betrokkenheid van kritieke incidenten in het werk van first responders grote impact kan hebben op hun welzijn en gezondheid en dat er een verband bestaat tussen de impact van het reddingswerk en de ontwikkeling van psychische klachten. Om de ontwikkeling van psychische problematiek te voorkomen of te verminderen is het daarom belangrijk dat de impact van een kritiek incident goed verwerkt wordt. Daarbij kunnen algemene/contextuele en persoonlijke factoren de reddingswerker

ondersteunen of belemmeren. De literatuur beschrijft niet eenduidig wat nodig is om het ontstaan van psychische problemen bij reddingswerkers te voorkomen of te verminderen. Bovendien ontbreekt empirische kennis die de ervaringen en de behoeften van deze beroepsgroep met betrekking tot het zorgaanbod beschrijft.

Dit empirisch onderzoek bevestigt, in overeenstemming met de literatuur, dat ambulancepersoneel (als onderdeel van de beroepsgroep first responders) gevoelig is voor de ontwikkeling van psychische problemen als gevolg van de impact van reddingswerk.

Respondenten benoemen verschillende factoren die ervoor zorgen dat een incident impact op hen heeft, beschrijven hoe deze impact in hun dagelijkse praktijk ervaren wordt en benoemen welke gevolgen dit kan hebben voor hun psychisch welbevinden. Ze bevestigen dat, wanneer kritieke incidenten of morele stresssituaties niet goed worden verwerkt, dit uiteindelijk kan leiden tot diverse klachten en gedragsveranderingen, zoals slapeloosheid, chronische vermoeidheid, compassie-moeheid, morele stress/verwonding en psychische stoornissen zoals PTSS en depressie.

De respondenten benoemen dat zorg en ondersteuning daarom essentieel zijn om (op de lange termijn) met de impact van het reddingswerk om te gaan, maar dat het huidige zorgaanbod onvoldoende professionele ondersteuning biedt. De ondersteuningsteams, die momenteel het grootste deel van de zorg voor ambulancepersoneel verzorgen, worden in hun bestaan gewaardeerd. De respondenten hebben echter behoefte aan een professionele uitbreiding van dit aanbod. Dit komt onder andere doordat de ondersteuningsleden in hun ervaring niet altijd voldoende bekwaam zijn om psychische overbelasting of stagnerende verwerkingsverschijnselen te signaleren, en ze verwachten dat een psycholoog of traumatherapeut hier beter in kan voorzien. Daarnaast missen ze een zekere mate van anonimiteit in de nazorggesprekken. De BOT/TCO-leden fungeren nu als vertrouwenspersoon, maar dit is onwenselijk aangezien zij zelf deelnemen aan het team als collega's en onderdeel zijn van de werkcultuur waarbij het tonen van kwetsbaarheid niet vanzelfsprekend is. Daarnaast ervaren zij weinig andere toegangsmogelijkheden tot zorg. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat de teamleider (die de machtiging heeft om werknemers door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg) niet altijd als een veilige haven wordt beschouwd.

Tot slot blijkt dat de huidige zorg tekortschiet in de begeleiding en ondersteuning bij morele stress. Er is een overeenkomende behoefte aan psychische ondersteuning bij morele dilemma's die voorkomen in het werk, in het bijzonder wanneer ambulancewerkers een calamiteitenonderzoek ondergaan. De respondenten noemen verschillende punten om het

huidige zorgaanbod te verbeteren en het psychische welzijn van de beroepsgroep (en de duurzaamheid van het reddingswerk) te ondersteunen.

5.3 Discussie

Ambulancepersoneel krijgt in het werk vaak te maken met kritieke incidenten.

Bakker (2008) beschrijft diverse factoren die de impact van kritieke incidenten op de psychische gezondheid van reddingswerkers kunnen vergroten of verkleinen. Deze factoren omvatten de uitvoering en organisatie van het werk, machteloosheid tijdens de hulpverlening, emoties van omstanders, persoonlijke associaties, stapeling en hersteltijd. In de empirische data zijn al deze impactfactoren naar voren gekomen, waarbij ook duidelijk is geworden dat sommige impactfactoren zwaarder wegen dan anderen. De meest genoemde impactfactor blijkt een ‘onbevredigende hulpverlening.’ Uit de empirische data blijkt dat een onbevredigende hulpverlening vooral ervaren wordt wanneer er persoonlijke ‘fouten’ (in keuzes en handelingen) gemaakt worden. Hoewel externe factoren (zoals een slechte briefing of defect materiaal) ook de impact van een incident kunnen vergroten, blijken interne kritieken op het eigen handelen meer impact te hebben. Het maken van fouten en verkeerde beslissingen kan leiden tot morele stress.

Onderzoek van Smith-MacDonald et al. (2021) beschrijft dat morele stress (als impactfactor) in het reddingswerk aanwezig is tijdens incidenten die morele dilemma’s bevatten. De empirische data toont aan dat morele stress niet alleen ontstaat tijdens incidenten die met ethiek of moraliteit van doen hebben, maar vooral na de afhandeling van incidenten waarbij fouten of verkeerde keuzes gemaakt zijn. De schuld en schaamte die ambulancemedewerkers voelen jegens het slachtoffer omschrijven zij als morele stress, die dagen tot weken aan kan houden. Om de impactfactor van morele stress in het reddingswerk beter te kunnen begrijpen én om hier gerichtere zorg en ondersteuning in te kunnen bieden, is het relevant om hier vervolgonderzoek naar te doen. Een tweede argument voor vervolgonderzoek naar morele stress is dat de literatuur zich hiertoe voornamelijk richt op andere typen first responders, zoals defensie en politie. Aangezien de empirische data aantoont dat morele stress veel voorkomt binnen het ambulancewerk, is het relevant om de literatuur over morele stress bij ambulancepersoneel als specifieke beroepsgroep uit te breiden.

Een ander aandachtspunt is dat de literatuur rondom reddingswerkers zich voornamelijk toespitst op de impact van ‘kritieke’ incidenten, terwijl het empirisch onderzoek aantoont dat

psychische impact niet noodzakelijk gekoppeld is aan hoe kritiek of levensbedreigend een incident is. Meerdere respondenten geven aan dat officiële kritieke incidenten (die aan gestandaardiseerde criteria voldoen) zelfs als minder impactvol worden ervaren in vergelijking tot andere typen incidenten. Zij wijten dit aan het feit dat bij kritieke incidenten het medische aspect meer aandacht vraagt dan het psychologische aspect; de reddingswerkers worden geacht om medisch te ‘knallen’ om de situatie te stabiliseren, zoals zij dit zelf omschrijven. Incidenten die een beroep doen op de psychische begeleiding van een slachtoffer (en/of betrokkenen), bijvoorbeeld wanneer een patiënt van het ziekenhuis naar een hospice wordt vervoerd om daar te sterven, hebben volgens hen meer psychische impact. De term ‘kritieke’ incidenten, die in de literatuur veelvuldig gebruikt wordt, is volgens de bevindingen van het onderzoek dus niet genuanceerd genoeg, omdat het niet-kritieke maar wel degelijk impactvolle incidenten uitsluit. Vervolgonderzoek kan zich richten op rijkere beschrijvingen van ‘impactvolle incidenten’ en zo de literatuur rondom de psychische impact van het reddingswerk verbreden.

Tot slot worden er in het theoretisch kader diverse factoren besproken die invloed uitoefenen op de verwerking van kritieke incidenten. Het overkoepelende doel hiervan is het verminderen of voorkomen van de ontwikkeling van psychische problemen. De studies van Dangermond (2022 & 2023), Geuzinge et al. (2022) en Sattler et al. (2014) identificeren een reeks verschillende factoren, gegroepeerd in contextuele (werkgerelateerde) en persoonlijke factoren. In de interviews leggen de respondenten echter vaak nadruk op het belang van het nemen van de ‘eigen verantwoordelijkheid’ wanneer het gaat om de verwerking van kritieke incidenten. Dit staat in contrast met de focus in de literatuur legt op het belang van meer externe elementen, zoals collegiale ondersteuning, betrokken leiderschap, een persoonlijk sociaal netwerk en diverse hulp- en energie bronnen. Hoewel de contextuele en persoonlijke factoren uit de literatuur dus meer gericht zijn op externe ondersteuningsmechanismen, geven de respondenten voornamelijk aan dat zij vinden dat men zelf regie dient te nemen om met de impact van het reddingswerk om te leren gaan. De nadruk op de eigen verantwoordelijkheid kan uitvergroot zijn door de no-nonsense cultuur (ook wel machocultuur) die de respondenten beschrijven in hun werkomgeving. Deze cultuur spoort mensen aan om eerst zelf verantwoordelijkheid en initiatief te nemen bij problemen, voordat er om externe hulp gevraagd wordt. Vervolgonderzoek kan dieper ingaan op de invloed van deze no-nonsense/macho cultuur, om te kunnen concluderen in hoeverre dit het ambulancepersoneel beïnvloedt om (wel of niet) om zorg te vragen.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek kent meerdere beperkingen. Zo kennen meerdere hoofdthema's een beperkte begripsvaliditeit (Verhoeven, 2011). Begrippen zoals 'kritieke incidenten', 'impact', 'verwerking' en 'morele stress' zijn subjectief, complex en veelomvattend, waardoor zij op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Hoewel de onderzoeker heeft geprobeerd dit te voorkomen door de begrippen duidelijk te illustreren, kan dit de zuiverheid van de resultaten beïnvloeden.

Daarnaast hebben alle interviews online plaatsgevonden vanwege de beperkte beschikbaarheid van de respondenten. Mogelijk was de kwaliteit van de interviews beter geweest als zij *face-to-face* plaats gevonden hadden. Nu viel af en toe de verbinding weg waardoor een verhaal onderbroken werd of de diepgang verloren ging. Daarnaast was de onderzoeker wat terughoudender om op emotioneel vlak door te vragen omdat de online omgeving het lastig maakte om de grenzen van de respondenten aan te voelen.

Een volgende beperking is dat de generaliseerbaarheid van de resultaten relatief laag is. De respondenten zijn werkzaam onder verschillende RAV's, waardoor er veel nuances bestaan in bijvoorbeeld de praktische uitvoering van de BOT/TCO-zorg of andere protocollaire zaken. Deze nuances zijn vanwege de omvang van de thesis niet overal beschreven, waardoor de bevindingen in grote lijnen herkenbaar zijn voor alle ambulancemedewerkers, maar nuanceverschillen niet altijd zijn benoemd.

Tot slot is ervoor gekozen om op verschillende gebieden diversiteit aan te brengen in de respondentengroep. Zo werken de respondenten op verschillende RAV's, voeren zij verschillende (neven)functies uit, verschillen zij van geslacht en in werkzame jaren, en hebben ze (geen) eerdere ervaringen met psychische klachten of het huidige zorgaanbod. Wat de respondentengroep echter mist zijn respondenten die ervaring hebben met ernstige, langdurige morele stress of zelfs morele verwondingen, bijvoorbeeld omdat zij een calamiteitenonderzoek doorlopen hebben waar negatieve consequenties aan verbonden zijn. Persoonlijke ervaringen op dit gebied hadden de bevindingen ten aanzien van morele stress als impactfactor van het reddingswerk verder uit kunnen diepen.

Literatuurlijst

- Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). First Responders after Disasters: A Review of Stress Reactions, At-Risk, Vulnerability, and Resilience Factors. *Prehospital and Disaster Medicine, 24*(02), 87-94.
- Alma, H., & Smaling, A. (2010). Zingeving en levensbeschouwing: een conceptuele en thematische verkenning. In H. Alma, & A. Smaling, *Waarvoor je leeft: studies naar Humanistische bronnen van zin*. Amsterdam: SWP.
- Alshahrani, M. K., Johnson, J., Prudenzi, A., & O'Connor, D. B. (2022). The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 24*;17(8).
- Ambulancezorg Nederland. (2015). *Kwaliteitskader first responder*. Ambulancezorg Nederland.
- ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. (2021). *Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden*. Diemen: ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum; Trimbos Instituut.
- Bakker, H. (2008). Weerbaarheid in hoog-risico beroepen. In H. Bakker, *Weerbaarheid voor reddingswerkers*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Bakker, H. (2013). De impact van een loopbaanleven als reddingswerker. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 21*(7), 319-322.
- Baqai, K. (2020). PTSD in Paramedics: History, Conceptual Issues and Psychometric Measures. *Journal of Paramedic Practice, 12*(12), 495-502.
- Boeije, H. (2005). In H. Boeije, *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Boeije, H. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Meppel: Uitgeverij Boom.
- Boeije, H., & Blijenbergh, I. (2019). In H. Boeije, & I. Blijenbergh, *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Boeije, H., t' Hart, H., & Hox, J. (2009). Kwalitatief onderzoek. In *Onderzoeksmethoden* (pp. 276-280). Den Haag: Boom Uitgevers.
- Bryant, R. A. (2021). In R. A. Bryant, *Treating PTSD in First Responders: A Guide for Serving Those Who Serve*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- Dangermond, K. (2023). *Voorbij het stoere imago. De invloed van de brandweercultuur op de verwerking van ingrijpende incidenten. Publieksversie van het proefschrift: Beyond tough appearances. The impact of the fire service culture in the processing of critical incidents.* Nederlands Instituut Publieke Veiligheid.
- Dangermond, K., Weewer, R., Duyndam, J., & Machielse, A. (2022). "A sight you'll never forget". *Why firefighters experience certain incidents as critical and the impact of such incidents on individual firefighters and fire crews. Int. J. Emergency Management, Vol. 17, Nos. 3/4, 296-312.*
- De Boer, N. M. (2007). Weerbaarheid voor Reddingswerkers. *GRIP-4 (11)*, 302-303.
- Dijkstra, P. (2017). Compassie-moeheid. *Bijzijn XL, 10(2)*, 16-19.
- Doehring, C. (2015). *Resilience as the Relational Ability to Spiritually Integrate Moral Stress.* Denver, USA: Iliff School of Theology.
- Donk, A. (2001). Secundaire traumatisering: preventie van een beroepsziekte. *PSYCH (3)*, 165-168.
- Donnelly, E. (2012). Work-Related Stress and Posttraumatic Stress in Emergency Medical Services. *Prehospital Emergency Care, 16(1)*, 76-85.
- Drescher, K. D., Niewisma, J. A., & Swales, P. J. (2013). Morality and moral injury: insights from theology and health science. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry (33)*, 50-61.
- Durnez, A. (2019). *Traumatische ervaringen tijdens het politiewerk: Een kwalitatief onderzoek naar posttraumatische groei bij Vlaamse politieambtenaren.* Gent: Universiteit Gent.
- Finley, L. (2008). A dance between the reduction and reflexivity: Explicating the phenomenological psychological attitude. *Journal of Phenomenological Psychology.*, 39(1), 1-32.
- Geuzinge, R., Visse, M., Duyndam, J., & Vermetten, E. (2020). Social Embeddedness of Firefighters, Paramedics, Specialized Nurses, Police Officers, and Military Personnel: Systematic Review in Relation to the Risk of Traumatization. *Frontiers in Psychiatry (11)*.
- Harrison, J. (2018). Organisational Factors: Impacting on Health for Ambulance Personnel. *International Journal of Emergency Services.*

- Jongedijk, R. (2015). *De Posttraumatische Stressstoornis in de DSM-5*. Researchgate.net.
- Kiers, B. (2020). Voorkom burn-out en PTSS. *Zorgvisie (50)*, 34-38.
- Koten, J. W. (2014). Werkgerelateerde posttraumatische stressstoornis bij niet-militaire beroepen. *Tijdschrift Voor Bedrijfs- En Verzekeringsgeneeskunde, 22(1)*, 14-14.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). In R. S. Lazarus, & S. Folkman, *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Litz, B. T. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review, 29(8)*, 695-706.
- Molendijk, T. (2018). Toward an interdisciplinary conceptualization of moral injury: From unequivocal guilt and anger to moral conflict and disorientation. *Elsevier; New Ideals in Psychology (51)*, 1-8.
- Muller, D. K. (2018). In *Moral injury - verborgen littekens van het innerlijke strijdveld*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Murray, E. (2019). Moral Injury and Paramedic Practice. *Journal of Paramedic Practice, 11(10)*, 424-425.
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. (2021). *Kerncijfers beroepsziekten 2021*. Amsterdam: Amsterdam Universitair Medisch Centrum.
- NRC. (2022, December 22). Wie zorgt er voor de ambulancebroeder die net een kind heeft zien sterven? *NRC*.
- Papazoglou, K. B. (2019). In *Moral Injury in Police Work*. FBI Law Enforce Bull.
- Pattyn, T. (2022). Acute stressstoornis. In J. Luykx, J. Tjink, C. Vinkers, & L. de Witte, *Acute Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rushton, C. H. (2016). Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *American Journal of Nursing (116)-7*, 40-48.
- Sattler, D. N., Boyd, B., & Kirsch, J. (2014). *Trauma-exposed firefighters: Relationships among Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, Resource Availability, Coping and Critical Incident Stress Debriefing Experience*. Bellingham: Department of Psychology, Western Institute for Social Research, Western Washington University.
- Schuhmann, C. (2023). Spiritual care and moral recovery. In E. Olsman, B. Brijan, & S. Rosie, *Recovery with mental vulnerability: embodiment, grief and trauma. Psychiatrist & chaplains*. Utrecht: Manuscript in preparation.

- Smith-MacDonald, L., Lentz, L., Malloy, D., Brémault-Phillips, S., & Carleton, N. (2021). Meat in Seat: A Grounded Theory Study Exploring Moral Injury in Canadian Public Safety Communicators, Firefighters and Paramedics. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (18).
- Van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., & Staring, A. B. (2010). Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR. *Directieve therapie* (30), 303-328.
- Van der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2001). Ingrijpende gebeurtenissen op het werk en chronische stressoren. *Gedrag en Organisatie*, nr 3 - p. 14.
- Van Dorp, S. (2021). Het belang en het gebruik van ervaringsdeskundigheid. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (30-6), 8-11.
- Verhoeven, N. (2011). In N. Verhoeven, *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2013). *Onderzoeken doe je zo!* Den Haag: Boom Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek*. In N. Verhoeven, *Praktijkboek voor methoden en technieken (6^e ed)*. Utrecht: Boom Uitgevers.
- Vymetal, S., Deistler, A., Bering, R., Schedlich, C., Rooze, M., Orengo, F., & Krtickova, M. (2011). European Commission Project: European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare-Implementation. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(03), 234-236.
- Vymetal, S., Deistler, D., Bering, R., Schedlich, C., Rooze, M., Orengo, F., & Krtickova, M. (2011). European Commission Project: European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare-Implementation. *Prehospital and Disaster Medicine* 26(03), 234-236.
- Wild, J., El-Salahi, S., Tyson, G., Lorenz, H., Pariante, C. M., Danese, A., & Ehlers, A. (2018). Preventing PTSD, Depression and Associated health Problems in Student Paramedics: Protocol for PREVENT-PTSD, a randomised controlled trial of supported online cognitive training for resilience versus alternative online training and standard practice. *BMJ Open*, 8(12), 1-10.
- Wild, J., El-Salahi, S., Tyson, G., Lorenz, H., Pariante, C. M., Danese, A., & Ehlers, A. (2018). Preventing PTSD, Depression and Associated Health Problems in Student Paramedics: Protocol for prevent-PTSD, a randomised controlled trial of supported online cognitive training for resilience versus alternative online training and standard practice. *BMJ Open*, 8(12).

Bijlagen

Bijlage 1: Toestemmingsverklaring-formulier (*informed consent*)

Titel onderzoek: ***Wie zorgt er voor de ambulancebroeder die net een kind heeft zien sterven?***

Doel onderzoek: inzicht verkrijgen in de ervaringen van ambulancepersoneel met de voor-en nazorg die zij ontvangen om psychische klachten ten aanzien van hun werkzaamheden te voorkomen of te verminderen.

Onderzoeksmethode: Kwalitatief onderzoek d.m.v. diepte interviews

Verantwoordelijke onderzoeker: Marjolein Dorsman

Contactgegevens: Marjolein.dorsman@gmail.com

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven en besef dat ik op elk moment mag stoppen.

Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming.

Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot de onderzoeker, waarvan ik contactgegevens bezit.

Naam deelnemer:.....

Datum:.....

Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de onderzoeker:

Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeker:.....

Datum:.....

Handtekening onderzoeker:.....

Bijlage 2: Topiclijst

Onderzoeksvraag: Hoe ervaart ambulancepersoneel de huidige zorg die zij ter preventie of vermindering van psychische klachten (voortkomend uit hun werkzaamheden) ontvangen, en in hoeverre sluit deze zorg aan bij hun behoeften?

Vorbereiding:

- Respondent is telefonisch gecontacteerd door onderzoeker voor uitleg, beantwoorden vragen, plannen van afspraak.
- Respondent ontvangt 2 dagen voor de interview een herinnering per WhatsApp en een e-mail met de informatiebrief.
- Respondent heeft informatiebrief en het Informed Consent formulier ontvangen en (indien akkoord) ondertekend.

Introductie [10 minuten]

- Voorstellen (tutoyeren?)
- Bedanken voor deelname
- Uitleg achtergrond en doel van het onderzoek: De thesis heeft het doel om de persoonlijke ervaring van ambulancepersoneel te onderzoeken ten aanzien van de zorg die zij ontvangen om psychische klachten (als gevolg van hun werkzaamheden) te verminderen of te voorkomen.
- Doornemen praktische zaken:
 - Duur interview ca. 60 minuten
 - Er wordt gevraagd naar persoonlijke ervaringen en behoeften, er zijn geen goede of foute antwoorden.
 - Toestemming audio-opname (wordt geanonimiseerd in verslag)
 - Gebruik data (geanonimiseerd, vertrouwelijk behandeld, veilig opgeslagen, alleen voor onderzoeker toegankelijk, alleen voor onderzoeksdoelen gebruikt, inzage/aanpassing door respondent mogelijk indien gewenst)

Thema's en vragen [30-45 minuten]

1. Ambulancewerk

- Ambulancepost en regio
- Dienstjaren
- Functie/specialisatie
- Vooropleiding
- Persoonlijke motivatie/ drijfveren ambulancewerk
- Samenstelling en samenwerking team (collega's en leidinggevende)

2. Kritische incidenten

- Wat zijn 'kritieke incidenten' voor jou? Welke blijven bij, waarom?
- Stapeling
- Critical Incident Stress
- *Second victim* traumatisering
- Impact van kritieke incidenten: Wat merk je (bij jezelf of bij anderen) en hoe ga je hier mee om?
- Wat gebeurt er met je (of met jouw collega's) na een kritiek incident? (uren, weken, dagen, jaren)
- Welk effect heeft het ambulancewerk op jouw persoonlijk leven, kijk op de wereld, zelfbeeld?
- Mentaal/psychische impact en verwerking: Welke klachten herken je bij jezelf of bij collega's, en hoe ga je hiermee om? Eventueel doorvragen naar: netvliesvervuiling, chronische vermoeidheid, compassie-moeheid, motivatieproblematiek, burn-out, slapeloosheid, depressieve gedachten, morele kwesties/dilemma's in het ambulancewerk, morele stress/*moral injury*.

3. Verwerking

- Hoe probeer jij ervaringen van kritische incidenten een plekje te geven/te verwerken?
- Ervaring met algemene/contextuele factoren bij verwerking:
Groepscohesie, werkcultuur/sociale ecologie, (in)formele collegiale steun, embeddedness met peers/supervisors, humor, empathie van leidinggevende, rituelen, peersupport, etc.
- Ervaring met persoonlijke factoren bij verwerking:
Coping mechanismen, het persoonlijk netwerk (supportive relationships/sociaal-emotionele steun), persoonlijke associatie, ervaring van machteloosheid, betrokkenheid van een bekende, gebeurtenissen in privé situatie/persoonlijke overtuigingen etc.
- Heb je behoefte om te praten bij de verwerking van kritieke incidenten? En zo ja, met wie?
Peers, leidinggevende, BOT-team, thuisfront, sociale omgeving
- Morele stress/morele dilemma's en verwerking: Welke morele kwesties/dilemma's/stress herken je bij jezelf of bij collega's, en hoe ga je hier mee om?
Eventueel doorvragen: schuld, schaamte, zelfdestructief/disfunctioneel gedrag, betekenisgeving, mensbeeld, 3V's van morele verwonding.

4. Huidige zorg

- Hoe is de huidige zorg op jouw post geregeld/ingedeeld? Welke zorg wordt er aangeboden, specifiek na kritieke incidenten?
- Wordt er op jouw post preventieve zorg/nazorg aan ambulancepersoneel verleend?
- Zijn er zorgmomenten tijdens of na de werkdag, bijvoorbeeld na een kritisch incident?
- Wordt er op de dienst aandacht besteed aan de mentale/psychische gezondheid? Zo ja, door wie?
- Hoe en waar kun jij om zorg vragen, indien je dit zou wensen? Wordt dit duidelijk gecommuniceerd?
- Maakt jouw post gebruik van een BOT- team?

5. Ervaringen met de huidige zorg

- Heb je ervaringen met (professionele) zorg vanuit jouw dienst? Zo ja, hoe heb jij dit ervaren?
- Welke aspecten van de huidige zorg dragen volgens jou wel of niet bij aan de verwerking van kritieke incidenten?
- Hoe vindt u dat de zorg voor het ambulancepersoneel op jouw post geregeld is?
- Komt de zorg (waarvan gezegd wordt dat deze aangeboden wordt) overeen met jouw behoeften/wensen?
- Welke zorg werkt goed voor jou en jouw team?
- Welke zorg ontbreekt er/is niet voldoende?

6. Aanbevelingen en behoeften

- Welke zorg/hulp/ondersteuning kan volgens jou ondersteunen in de verwerking van kritieke incidenten?
- Hoe zou de huidige zorg voor het ambulancepersoneel (op jouw post en/of in het algemeen) geoptimaliseerd kunnen worden?
- Welke zorg zou er volgens jou verplicht moeten zijn voor ambulancepersoneel? En wat zijn jouw persoonlijke behoeften?
- Waar moet rekening mee gehouden worden als er goede zorg verleend dient te worden aan ambulancepersoneel?
- Wat moet er *niet* veranderd worden aan de huidige zorg?
- Wie kan er naar jouw idee voor zorgen dat de zorg voor het ambulancepersoneel geoptimaliseerd wordt?

Afsluiten [5 minuten]

- Is er iets dat je nog kwijt wilt over het onderwerp? Missen er nog belangrijke thema's?
- Hoe heb je dit interview ervaren?
- Wil je geïnformeerd worden over de resultaten van het onderzoek (op lange termijn)?
- Overige vragen?
- Bedanken en afsluiten

Bijlage 3: Codeboom

Hoofdthema's topiclijst:

Impact

Verwerking

Huidige zorg

Ervaringen huidige zorg

Aanbevelingen en behoeften

Impact van (kritieke) incidenten

Officiële criteria kritieke incidenten:

(door impact-risico: meldkamer activeert standaard BOT/TCO)

1. Multitrauma of neurotrauma
 - Luchtmobiele brigade wordt ingezet (traumahelikopter)
 - Meerdere auto's (en andere FR) worden ingezet
 - Slachtoffer(s) met ernstig lichamelijk of neuro-letsel
 - a. Bedreigde ademweg
 - b. Complexe en levensbedreigende verwoningen behandelen
 - c. Reanimatie
 - Bij verkeersongevallen:
 - a. Multitrauma
 - b. Brand/ontploffingsgevaar
 - c. Ernstige beklemming
 - d. Meer kritieke incidenten (in de vorm van heftige ongevallen) op het platteland
 - e. Minder dan vroeger (met name door betere auto's)
2. Suïcide of dood slachtoffer
 - Verhanging
 - Drenkeling
 - Verbranding
3. Kinderen en/of baby reanimaties
 - Natgeborenen
 - kinderen

Persoonlijke Impactfactoren

1. Verdrinking, verhanging en suïcide
2. Netvliesvervuiling
3. Niets meer kunnen doen/betekenen
4. Gevoelens van machteloosheid/schuld
5. Incidenten met kinderen
 - Reanimatie kind/baby
 - Overlijden kind
 - Terminaal ziek kind
 - Kindertrauma's fysiek/neuro
6. Persoonlijke associaties tijdens incident
 - Kind van leeftijd eigen kind
 - Slachtoffer heeft kenmerken van eigen identiteit (leeftijd, uiterlijk, achtergrond)

- Verhaal van persoon komt aan het licht (paspoort, omstanders, gesprek met slachtoffer in ambulance)
- 7. Morele dilemma's en morele stress tijdens incident
 - Maakt elke ambulancemedewerker mee/onderdeel van het werk
 - Levenslessen die je bij kunnen blijven
 - Gevoelens van schuld/schaamte/boosheid/onzekerheid

Externe impactfactoren

1. Stapeling incidenten
 - Meerdere kritieke incidenten in een week/maand
 - "Klote casussen"
 - Problemen in thuissituatie
 - Slaapgebrek
 - Problemen gezondheid
2. Incidenten met agressie
 - Jegens hulpverleners
 - Jegens slachtoffer (verwonding door mishandeling)
3. Incidenten met hoog Critical Incident Stresslevel
 - Hyper
 - Slecht slapen (uitgestelde verwerking)
 - Stress

Positieve impact factoren (kritisch)incident

1. Het mee willen maken
 - Je bent opgeleid voor scenario's, die wil je wel meemaken, geeft voldoening
2. Verslaafd aan adrenaline/sensatie
 - Gevoel van adrenaline zorgt voor tevredenheid
3. Zingeving/van betekenis kunnen zijn
 - Iemand redden, helpen
 - Verantwoordelijk en ondersteunend mogen zijn in grote mate van kwetsbaarheid
 - Mogen ondersteunen in heftige situatie slachtoffer

Ervaringen van het effect van impact

Ervaring participanten zelf:

- Emotioneel
- Slecht slapen
- Prikkelbaarder naar omgeving
- Geen zin meer in het werk
- Meer kritiek op meldkamer, organisatie
- Netvliesvervuiling, flashbacks
- Stress
- Verharderen, afstompen, alles rationaliseren, gebruik zwarte humor
- Morele stress (uiting: onzekerheid, schuld, schaamte, overcompensatie, verharding en afstomping)

Ervaring bij collega's:

- Geen zin meer in het werk
- Emotioneel
- Kritiek op meldkamer, organisatie
- Stress, prikkelbaar en frustraties
- Verharderen, afstompen, weg lachen met zwarte humor

- Morele stress (uiting: onzekerheid, schuld, schaamte, overcompensatie, verharding en afstomping)

Verwerking van impact

1. Eigen verantwoordelijkheid

- Zelfbescherming tegen netvliesvervuiling:
 - a. Check bij meldkamer 'moet ik er nog naartoe' (bij dood slachtoffer)
 - b. Personeel B auto kan besluiten niet te kijken
 - c. Chauffeur kan afstand houden van slachtoffer
- Code oranje of rood aangeven (of werken op de B-auto)
- Leer persoonlijke effectieve copingstrategieën aan:
 - a. Voldoende hersteltijd tussen diensten
 - b. Actieve afleiding
 - c. Voldoende slaap
 - d. Sporten/bewegen
 - e. Praten
 - f. Casus opschrijven in dagboekje
- De 5 pijlers van R1: Sociaal netwerk, gezonde voeding, beweging, actieve ontspanning, betekenis geven aan het werk, uitgerust wakker worden

2. Eigen verantwoordelijk om aan te geven wanneer je je niet goed voelt

- Ga naar teamleider, huisarts, bedrijfsarts
- Moeilijk kan zijn:
 - a. ingaan tegen machocultuur
 - b. bang zijn voor roddelcultuur
 - c. weinig persoonlijke klik met teamleider

3. Werk gerelateerde factoren

Bevorderende factoren

- Kunnen (na)praten met collega's
- Ondersteuning van BOT/TCO na incident
- Gezien worden door teamleider
- Ervaring van zorg dragen voor elkaar
- Kwetsbaar kunnen en durven zijn op werk
- Hersteltijd
- Goede (de)briefing

Belemmerende factoren

- Machocultuur
- Roddelcultuur
- Weinig klik/vertrouwen richting teamleider
- Door werkdruk niet willen/durven stoppen om rust te nemen
- Stapeling
- Geen goede (de)briefing

4. Persoonlijke factoren

Bevorderende factoren

- Reflecteren van wat er thuis/persoonlijk/op werk niet lekker gaat
- Bewustzijn: hoe vol zit je emmertje?
- Rijkheid aan hulp- en energiebronnen
- Persoonlijk netwerk, kunnen praten thuis met iemand die je begrijpt
 - a. Kwetsbaar en emotioneel kunnen en durven zijn thuis

- b. Vangnet wat klaar staat wanneer nodig
- Bewust inplannen van hersteltijd en rustmomenten
- Effectieve copingsstijlen
- c. Emotiegerichte coping (praten)
- d. Probleemoplossende coping (in actie)
- e. Sporten, bewegen

Belemmerende factoren

- Niet-effectieve copingsstijlen
 - a. Vermijdende coping
 - b. Passieve ontspanningsbronnen zoals alcohol, TV, gamen
- Tekort aan hulp- en energiebronnen
 - a. Problemen in huwelijk/gezin/familie
 - b. Problemen in gezondheid
 - c. Slecht slapen
 - d. Overige stressoren
- Externe/verkeerde motivatie om (door) te werken
 - a. Verslaafd aan adrenaline/sensatie
 - b. Machocultuur
 - c. Willen 'redden' om goed te voelen (van betekenis zijn)

5. Overige (contextuele/algemene) factoren

Bevorderende factoren

- Gezond eten
- Genoeg slapen
- Sporten, fit zijn, bewegen
- Voldoende rust en hersteltijd
- Bewuste/actieve ontspanning (ipv passieve ontspanning)
- Zingeving/betekenisgeving actief aan werk toekennen

Belemmerende factoren

- Ongezonder eten/drinken
- Passieve ontspanning
- Weinig slaap
- Weinig beweging
- Onvoldoende hersteltijd

6. Morele dilemma's en morele stress

Bevorderende gedachten/overtuigingen

- Zingeving/betekenisgeving toekennen aan incident
 - a. Geloof: de schepper gaat over leven en dood
 - b. Acceptatie: Ik heb gedaan wat ik kon, wat in mijn macht licht
 - c. Dilemma: kunnen zien als levensles waar je van leert
 - d. Zingeving/betekenisgeving en positiviteit halen uit moeilijke ethische situaties, zie het als waardevol dat je in situaties als deze werkt, en onderdeel bent en verantwoordelijkheid draagt voor belangrijke en kwetsbare momenten
 - e. Om kunnen gaan met oordeel en afwijzing (mogelijk vindt omgeving/collega's dat je anders had moeten handelen)
 - f. Accepteren dat je fouten maakt, dat het een moment opname is geweest
 - g. Erover praten/sparren met collega's/naasten

Belemmerende gedachten/overtuigingen

- Perfectionisme
 - a. niet mogen falen in het werk
 - b. extreme verantwoordelijkheid voelen

- 7. Macho/roddelcultuur
 - Zorgt ervoor dat morele stress onderling niet gedeeld/besproken wordt. Leidt tot:
 - a. Schaamte, bang door de mand te vallen
 - b. Gevoelens van eenzaamheid op de werkvloer
 - c. Uitingen van stress, emotie, afstompen, prikkelbaarheid

- 8. Verwerken/voorkomen stapeling
 - Opzoek gaan naar persoonlijke verwerkingsfactoren/coping
 - Persoonlijke factoren in balans (thuissituatie/gezondheid)
 - Karaktereigenschappen kunnen dit helpen voorkomen (rationeel, nuchter)
 - Team om je heen moet bewustzijn van stapeling en dit bij elkaar in de gaten houden

Beschrijvingen van de huidige zorg

***Opvallend:** weinig informatie en communicatie over zorg

(Alle respondenten geven aan dat er nauwelijks communicatie over nazorgmogelijkheden is verder dan BOT/teamleider/bedrijfsarts, ervaren onduidelijkheid m.b.t. waar zij qua zorg recht op hebben).

1. Kennis huidige voor- en nazorg eigen RAV
 - Code oranje/rode rood kun je aangeven
 - Je mag op de B-auto rijden
 - Teamleider om mee te praten
 - Bedrijfsarts om mee te praten
 - BOT/TCO voor nazorg (debriefing)
 - a. Bot/TCO faciliteert bijeenkomst na incident
 - b. Bot/TCO zorgt voor follow up telefoontje

2. Kennis zorgaanbod first responders
 - Politie en defensie krijgen PTSS screening
 - Politie en defensie hebben een veteranenpunt
 - Onduidelijk hoe zorg bij andere RAV's geregeld is

Ervaringen met huidige zorg

1. Ervaringen met zorg: Code Oranje/Rood

- Niet zomaar kunnen/durven stoppen
 - a. wegens personeelstekort (niet genoeg vervangers)
 - b. wegens hoge werkdruk (veel meldingen)
 - c. wegens werkcultuur (macho/roddelcultuur)

2. Ervaring met zorg: TCO-BOT ondersteuning:

*** Opvallend:** behoefte aan meer zorg wordt weinig persoonlijk gemaakt

(respondenten geven vaak aan deze ondersteuning persoonlijk voldoende te vinden, maar geven duidelijk aan dat dit systeem niet voor iedereen voldoende ondersteuning en opvang biedt)

Negatieve ervaringen TCO/BOT:

- Te grote drempel om er op initiatief om ondersteuning te vragen
- Geen klik voelen met botter, niet kwetsbaar willen opstellen
- Geen tijd voelen voor gesprek bij botter
- Geen anonimiteit voelen bij botter (roddelcultuur)
- Bang zijn oordeel botter (machocultuur)
- Botter geeft geen achtergrond/opleiding in gesprekstechniek/psychologie
- Bot-telefoontje komt vaak te snel, als men nog in de adrenaline van de casus zit
- Bot-telefoontje is onpersoonlijk, maakt het makkelijker om te doen alsof het 'goed gaat'
- Bot ondersteuning is niet altijd genoeg (niet genoeg opgeleid/niet genoeg tijd)
- Botter is alleen reactief; loopt hierdoor veel eerdere signalen mis (geen preventie)

Positieve ervaringen BOT:

- Collega kent het werkveld
- Collega kan je tijdens het werk ondersteunen/in de gaten houden
- Botter die je mag als collega is makkelijker te benaderen (lagere drempel tot zorg)
- Zelf je botter mogen kiezen maakt drempel lager

3. Ervaring met zorg: Ondersteuning/zorg van teamleider

Negatieve ervaringen

- Geen klik, niet gezien worden, niet serieus genomen worden
- Geen achtergrond in gespreksvoering
- Niet tijdig signaleren dat er iets mis is
- Geen tijd
- Geen anonimiteit (roddelcultuur/machocultuur)
- Niet op eigen initiatief heen durven stappen

Positieve ervaringen

- Erkenning krijgen, gezien worden
- Makkelijker code oranje/rood aangeven
- Tijdelijk op de B-auto gezet worden
- Doorsturen zorgtraject

4. Ervaring met informatie/communicatie over zorgaanbod

- Informatie avond over criteria kritiek incident
- Informatiebrief over BOT/TCO
- Informatieavond partners

5. Ervaring met informatie/communicatie over preventie

- Niet op RAV
- Les in de opleiding (traumaverwerking)

Aanbevelingen en behoeften ten aanzien van zorg

- Ethicus die intervisiebijeenkomst leidt; sparren over veelvoorkomende dilemma's en morele stress momenten uit het werkveld.
- Psychische ondersteuning door vertrouwenspersoon voor ambulancemedewerkers die betrokken zijn bij een calamiteitenonderzoek.

- Cultuurverandering binnen de RAV's; bespreekbaar maken van psychische problemen en het vragen om ondersteuning wordt gestimuleerd en geaccepteerd. Interventie: voorlichtingsprogramma's die impact van reddingswerk op de psychische gezondheid van ambulancemedewerkers bespreekbaar maken.
- Voorlichting en preventieve zorg: ambulancepersoneel informeren over bevorderende aspecten verwerkingsproces.
- Duidelijke communicatie van het beschikbare zorgaanbod.
- Jaarlijkse gezondheidscheck (uitgevoerd door een psycholoog of traumatherapeut): bespreken impact, werkcultuur, persoonlijke thuissituatie, psychische en fysieke gezondheid van ambulancemedewerkers.
- BOT/TCO-zorg: ambulancemedewerkers zelf de mogelijkheid geven om te kiezen met welk ondersteuningsteamlid ze in gesprek gaan.