

9

DE PSYCHIATRISCHE PATIENT & PSYCHOLOGISCHE STRESS IN DE DGH

INHOUD	PAGINA
9.1 Inleiding	9.3
9.1.1 Doelstellingen	9.4
9.1.2 Een mens in crisis	9.5
9.1.3 Psychiatrische spoedgevallen zijn crisistoestanden	9.5
9.2 Zelfdoding en poging tot zelfdoding	9.6
9.2.1 Waar moet je op letten bij (poging tot) zelfdoding	9.6
9.2.2 Wat doe je	9.8
9.2.3 Wat doe je zeker niet	9.8
9.3 Plotse opwinding	9.9
9.3.1 Wat doe je eerst	9.9
9.3.2 Hoe communiceer je met de patiënt	9.9
9.3.3 Beoordeel het soort opwinding	9.10
9.3.3.1 Onbegrijpelijke opwinding	9.10
9.3.3.1.1 Wat moet je doen	9.11
9.3.3.2 Begrijpelijke opwinding	9.12
9.3.3.2.1 Wat moet je doen	9.12
9.4 Bijzondere gevallen	9.13
9.4.1 Een aanval van kramp of tetanie	9.13
9.4.2 Geagiteerde dronkenschap (de drankcrisis)	9.13
9.4.3 Opwinding van hysterische aard	9.13
9.4.3 De gewelddadige patiënt	9.14
9.4.3.1 Omgaan met agressie bij psychiatrische patiënt	9.15
9.5 Psychosen	9.15
9.6 Depressie	9.15
9.7 Psychiatrisch onderzoek	9.16
9.8 Omgaan met psychiatrische patiënten	9.16
9.9 Gedwongen opname	9.16

9.9.1	Wetgeving	9.16
9.9.2	Wanneer kan men overgaan tot een GO	9.17
9.9.3	Procedures	9.17
9.9.3.1	Het verzoekschrift	9.17
9.9.3.2	Het omstandig geneeskundig verslag	9.18
9.9.3.3	De gewone procedure	9.18
9.9.3.4	De spoedprocedure	9.18
9.9.4	Hoe lang duurt een gedwongen opname	9.19
9.9.5	Wat na het verstrijken van de termijn	9.19
9.9	Psychologische stress bij DGH	9.20
9.10.1	Inleiding	9.20
9.10.2	Enkele begrippen	9.20
9.10.3	De rol van de hulpverlener	9.24
9.10.4	Betrokkenheid van de hulpverleners in hun eigen stress	9.25
9.10.4.1	Voorzorgsmaatregelen	9.26
9.10.4.2	Raadgevingen voor jezelf na een traumatisch voorval	9.29
9.10	Samenvatting hoofdstuk 9	9.31

9.1 Inleiding

Hulpverlener ambulanciers worden geregeld geconfronteerd met mensen met psychische problemen. In vier op tien van de gevallen gaat het om patiënten met een echte psychische ziekte (psychose, schizofrenie of depressie), die in acute problemen komen. Dit noemt men dan urgentiepsychiatrie.

Meestal gaat het echter om psychische problemen die het gevolg zijn van ernstige moeilijkheden in de relatie tussen personen. Het gaat in vele gevallen om problemen binnen gezinnen (tussen echtparen, ouders of kinderen). Het betreft 'crisissituaties' binnen een sociaal kader.

Als hulpverlener ambulancier kan je de aard van psychische problemen niet onderscheiden. Dat hoeft ook niet. Je moet wel weten hoe je in deze omstandigheden moet reageren. Daarover gaat dit hoofdstuk.

9.1.1 DOELSTELLINGEN

De cursisten kennen (weten, begrijpen, inzien):

- De oorzaken van een mens in crisis.
- De 2 soorten crisissituaties en de begrippen zelfdoding/poging tot zelfdoding en toestand van plotse opwinding.
- De aandachtspunten bij zelfdoding en poging tot zelfdoding alsook de handelingen/acties die hierbij moeten ondernomen worden.
- De handelingen die men zeker niet mag stellen in geval van poging tot zelfdoding.
- De beoordelingsmethode, de soorten en de te stellen handelingen/te ondernemen acties bij een patiënt in een situatie van plotse opwinding.
- De oorzaken, gevolgen en beoordelingsmethode bij een patiënt met tetanie alsook de handelingen/acties die hierbij moeten ondernomen worden.
- De oorzaken, gevolgen en beoordelingsmethode bij een patiënt met een drankcrisis alsook de handelingen/acties die hierbij moeten ondernomen worden.
- De oorzaken, gevolgen en beoordelingsmethode bij een patiënt met hysterie alsook de handelingen/acties die hierbij moeten ondernomen worden.
- De symptomen van psychosen.
- De symptomen van een depressie.
- De vragenlijst die kan gebruikt worden voor het beoordelen van het psychisch functioneren van patiënten.
- De wetgeving en procedure inzake gedwongen opname.
- Het begrip stress.
- Het begrip posttraumatische stress.
- De stressreactie op korte termijn en op lange termijn.
- De correcte houding van de hulpverlener ambulancier tijdens en na de interventie om stress bij het slachtoffer te voorkomen.
- De tekenen die wijzen op posttraumatische stress bij de hulpverlener zowel op korte termijn als op lange termijn.
- De primaire en secundaire maatregelen om post traumatische stress bij de hulpverlener ambulancier te voorkomen.
- De raadgevingen voor de hulpverlener ambulancier die in acht moeten genomen worden na een traumatisch voorval.
- De richtlijnen voor zichzelf als hulpverlener ambulancier om te handelen in geval van tekenen van stress.
- De organisaties en diensten waarbij de hulpverlener ambulancier met stress terecht kan. De rol van de psychosociale preventieadviseur in het kader van de wetgeving welzijn op het werk.

9.1.2 EEN MENS IN CRISIS

Een mens leeft niet alleen. En in elke groep waarin wij leven of werken gelden geschreven en ongeschreven wetten, reglementen, plichten, rechten en gebruiken. Zij ordenen onze samenleving. Het zijn ook beperkingen waarmee sommige individuen in botsing kunnen komen, precies op de momenten dat ze het moeilijk hebben met zichzelf en hun omgeving. Gebeurtenissen van velerlei aard kunnen een grote invloed uitoefenen en ingrijpende veranderingen teweegbrengen binnen de echtelijke relatie, familie, werk, school of leefgemeenschap. Denk maar aan geboorte, ziekte, overlijden, huwelijk, scheiding, volwassen worden, puberteit, verhuizing, ontslag, werkloosheid en de relationele en professionele moeilijkheden die daarmee gepaard kunnen gaan.

Deze gebeurtenissen kunnen zo ingrijpend zijn dat ze een crisis veroorzaken. Crisissen zijn meestal pijnlijk, maar hoeven daarom niet negatief te zijn. Crisismomenten betekenen niet zelden een kentering, het zijn ook momenten die kansen bieden op verandering.

9.1.3 PSYCHIATRISCHE SPOEDGEVALLEN ZIJN CRISISSITUATIES

Een persoon kan op een crisis reageren door de gebruikelijke normen te overschrijden. Dat kan zich uiten als zelfdodinggedachten, als plotse angstaanvallen of als lichamelijke klachten en ziekten. Een crisis kan, maar hoeft geen aanleiding te zijn tot alcohol- of drug-misbruik. Soms leidt een crisis tot agressief of gewelddadig gedrag. Mensen in crisis zijn meestal zeer verward, wat zich kan uiten in dreigend gedrag of het ervaren en uiten van vreemde voorstellingen.

Je kan als hulpverlener ambulancier in de praktijk meestal het onderscheid maken tussen twee soorten crisissituaties:

1. zelfdoding, poging tot zelfdoding of dreiging met zelfdoding
2. toestand van plotse opwindning.

9.2 Zelfdoding en poging tot zelfdoding

Hulpverlener ambulanciers staan soms oog in oog met iemand die een poging heeft gedaan zichzelf te doden of iemand die ermee dreigt dat te gaan doen. Dat betekent soms niet dat deze persoon ook echt wenst te sterven. Het gaat soms meestal om een extreme hulpkreet, om iemand in een crisissituatie die op een wanhopige manier de aandacht van mensen uit de omgeving op de situatie tracht te vestigen.

9.2.1 WAAR MOET JE OP LETTEN BIJ (POGING) ZELFDODING

Suïcidaal gedrag is op zich geen psychiatrische ziekte, maar komt vaker voor bij een aantal psychiatrische stoornissen, met name depressieve patiënten. Het is dan meestal een direct gevolg.

Niet alle patiënten die in hun gedachte met een zelfdoding bezig zijn, zullen daadwerkelijk een poging ondernemen. En lang niet alle patiënten die een suïcide poging doen, hebben de bedoeling om zichzelf van het leven te beroven. Het is dan meer “a cry for help”. Mensen willen dan niet zozeer dood, maar ze willen rust, genezing of minder geestelijke pijn.

Wanneer een slachtoffer een poging tot zelfdoding heeft ondernomen, moet als eerste de vitale functies onderzocht worden. Als deze vitale functies niet bedreigd worden, kan je de nodige maatregelen treffen voor het verzorgen van verwondingen of vergiftiging. Bij verhangingspas je de ABC procedure toe en let je op eventuele halswervelbreuken.

Na die eerste zorgen is er tijd om aandacht te hebben voor de psychische problemen van de patiënt, die dus steeds tot de tweede beoordeling behoren.

Verder is het belangrijk informatie te verzamelen over de toedracht van de suïcide poging. Neem een patiënt die getracht heeft zichzelf van het leven te beroven of daarmee dreigt, altijd ernstig.

Ga ervan uit dat deze patiënt het risico loopt zichzelf te doden en dat de voorbije poging niet alleen ondernomen werd om aandacht te krijgen. Het is aan de arts te beoordelen in welke mate de wens tot sterven echt aanwezig is.

De patiënt moet steeds naar het ziekenhuis gevoerd worden. Je mag nooit zelf besluiten dat het allemaal wel niet zo'n vaart zal lopen.



Een zelfdodingspoging of een dreiging met zelfdoding moet steeds ernstig genomen worden, de persoon wil er iets mee duidelijk maken aan de buitenwereld.

Het zou een zware fout zijn om bij een patiënt die een overdosis van een bepaald geneesmiddel heeft ingenomen te zeggen dat er geen gevaar is met dit geneesmiddel en dat de patiënt alleen maar wat moet slapen. Je kan nooit beoordelen hoeveel iemand van een bepaald middel heeft ingenomen. Je kan de totale toestand nooit in een oogopslag doorzien. Je zou daardoor de omgeving ten onrechte kunnen geruststellen, waardoor ze de poging tot zelfdoding niet ernstig zou nemen. Op die manier wordt de patiënt aan zijn lot overgelaten, wat tot herhaling kan leiden, met mogelijk een dodelijke afloop tot gevolg.

9.2.2 WAT DOE JE

- Stel jezelf voor. “Ik ben hulpverlener ambulancier X en kom U helpen...”
- Blijf rustig en probeer rust te brengen. Je bent een hulpverlener en geen rechter.
- Luister eerst naar het verhaal van de patiënt, pas daarna naar de mensen in de omgeving. Probeer te begrijpen hoe het probleem is ontstaan, wie of wat de moeilijkheden heeft uitgelokt. Wie heeft de 112 of de politie geroepen?
- Beoordeel hoe onrustig, agressief of gewelddadig de patiënt is.
- Beoordeel zeer snel of het nodig is de MUG bij te vragen als de vitale functies bedreigd zijn.
- Beoordeel of het nodig is om beroep te doen op de politie bij gevaar voor jezelf en voor de mensen in de omgeving (in geval van gewelddadig gedrag of gebruik van wapens).
- Blijf steeds neutraal, neem geen standpunt in.
- Blijf welwillend en beleefd.
- Beantwoord nooit persoonlijke aanvallen. Ga niet in op uitdagingen.
- Besef dat de patiënt ziek is en hulp nodig heeft.

9.2.3 WAT DOE JE ZEKER NIET

- Handel nooit te snel.
- Gebruik geen lichamelijke kracht om een patiënt te immobiliseren zonder eerst een poging te doen tot een kalmerend gesprek.
- Blijf kalm, raak niet in paniek.
- Voel je dus niet persoonlijk aangevallen.
- Reageer niet onrustig of agressief. Het kan de angst of onrust van de patiënt of de mensen in de omgeving alleen maar doen toenemen.
- Stel nooit in het publiek de diagnose ‘geestesziekte’ of ‘psychiatrische patiënt’. Je bent daartoe niet opgeleid en niet bevoegd. Bovendien kleef je op deze manier een etiket op de patiënt, wat zware gevolgen kan hebben voor de verstandhouding tussen de patiënt en zijn familie of omgeving. Als de familie vragen stelt over wat er aan de hand is, spreek je van ‘opwinding’.
- Onttrek je niet aan je verantwoordelijkheid. Verklaar je niet onbevoegd om te helpen. Je bent hulpverlener ambulancier en de mensen verwachten dat je hulp biedt. Je moet daarom nog geen wonderen doen. Het probleem doorsturen naar de politie is niet noodzakelijk de beste oplossing.

9.3 Plotse opwindning

Het gebeurt geregeld dat er een oproep komt via de 112 voor mensen die plots opgewonden, onrustig, agressief of verward gedrag vertonen. De oproep gaat meestal niet uit van de persoon in kwestie, maar van mensen uit de omgeving die het probleem niet meer aankunnen, van politie of niet-verwante getuigen. Dit zijn erg moeilijke situaties voor een hulpverlener ambulancier.

Achter deze verschijnselen van opwindning en verwardheid kunnen ernstige ziekten schuilgaan, die het leven van de patiënt in gevaar kunnen brengen. Het volstaat dus niet de patiënt te immobiliseren of in bedwang te houden. Je moet ook altijd een snelle beoordeling van de vitale functies uitvoeren om onderliggende geneeskundige oorzaken uit te sluiten.

9.3.1 WAT DOE JE EERST

- Verzamel inlichtingen bij mensen uit de omgeving of bij de politie die misschien al ter plaatse is.
 - Hoe begon de opwindning? Wie deed de oproep? Hoe gedroeg de patiënt zich?
 - Wat is het verhaal van de patiënt? Werden er al geneesmiddelen toegediend?
 - Nam de patiënt drugs in? Dronk de patiënt alcohol?
- De personen die de patiënt ontdekten, weten dikwijls meer over de omstandigheden waarin de opwindning begon en hoe het gedrag van de patiënt verliep. De reactie van de patiënt op de tussenkomst van de politie is vaak ook sprekend.
- Familieleden of verwanten zijn meestal een goede bron van inlichtingen.
 - Hoe begon de opwindning?
 - Zijn er andere klachten of ziektekenen?
 - Heeft de patiënt andere aandoeningen?
 - Werd de patiënt vroeger reeds opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis?
 - Gebruikt de patiënt alcohol?
 - Gebruikt de patiënt drugs of bepaalde geneesmiddelen?

Het is uiterst belangrijk te vernemen of de patiënt aan bepaalde ziekten lijdt. Diabetes kan bij een te laag suikergehalte in het bloed opwindning veroorzaken. Ook alcohol, drugs of geneesmiddelen in bepaalde hoeveelheden kunnen opwindning veroorzaken. Deze inlichtingen zijn zeer belangrijk voor de opvang en verzorging in het ziekenhuis. De hulpverlener ambulanciers zijn vaak de enigen die deze inlichtingen ter plaatse kunnen verzamelen.

9.3.2 HOE COMMUNICEER JE MET DE PATIENT

Probeer steeds een gesprek te voeren met de patiënt, hoe kort dat ook is. Spreek de patiënt bij voorkeur onder vier ogen. Mensen uit de omgeving kunnen soms ongewild het gesprek beïnvloeden.

Spreek rustig, zonder je stem te verheffen, zonder te dreigen.

Probeer zelf rustig te blijven, ook in deze verwarrende kennismaking met een zeer ongewone en dus dikwijls bedreigende toestand. Een opgewonden patiënt is zeer gevoelig

voor angst of agressie bij anderen, die meestal sterker of talrijker zijn. Neem een vastberaden en besliste maar geen aanvallende houding aan. Dat is de manier om de situatie onder controle te krijgen. Weet wat je wil.

9.3.3 BEOORDEEL HET SOORT OPWINDING

Je kan in deze omstandigheden twee soorten opwinding onderscheiden:

1. De opwinding beperkt zich tot de patiënt en de omgeving is niet betrokken bij het probleem (tenzij paniek omwille van de onbegrijpelijkheid van het gedrag). De voornaamste indruk is er een van onsamenhangendheid en verwarring die zich tot de patiënt beperkt. Er is een breuk met het normale, de patiënt heeft geen voeling met de realiteit of de omgeving. Dit is een 'delirium', een toestand van onbegrijpelijke opwinding.
2. De algemene opwinding van de patiënt en in de omgeving van de patiënt wordt gevoed door een duidelijke bron van conflict of een aanwijsbare oorzaak. Dit is een toestand van begrijpelijke opwinding.

9.3.3.1 Onbegrijpelijke opwinding

Men spreekt van onbegrijpelijke opwinding als het gedrag van de patiënt volkomen onsamenhangend is. Er is geen voeling tussen de patiënt en de omgeving, de breuk lijkt totaal te zijn. Dikwijls is alleen de patiënt opgewonden, verdwaald, 'van de kaart'. De voorstellingen, gebaren en gedragingen van de patiënt vertonen geen samenhang. De omgeving is voornamelijk verschrikt en niet echt onderdeel van het probleem. Onbegrijpelijke opwinding bestaat in een minderheid van de gevallen uit een geestelijke verwardheid. In de overige gevallen gaat het om toestanden van delirium.

Verwardheid wordt gekenmerkt door desoriëntatie in ruimte en tijd: de patiënt kent tijd noch plaats, herkent de naaste omgeving niet, is slaperig, heeft een verminderde waakzaamheid en een vertraagde gedachtegang.

De patiënt kan zich moeilijk dingen herinneren en lijkt te dromen. De patiënt heeft visuele en auditieve waanvoorstellingen, voelt elektrische schokken of ruikt geuren die er niet zijn.

Stel aan een opgewonden persoon steeds eenvoudige vragen zoals 'Waar ben je?' 'Welke dag zijn we vandaag? Welke maand, welk jaar?' Als de patiënt antwoordt, is het meestal verkeerd, zoals 'We zijn in 1914, we zijn in het theater.'

Dit soort verwardheid kan worden veroorzaakt door vergiftiging of verslaving aan alcohol of drugs. Deze verschijnselen kunnen zich ook voordoen bij ontwenning van alcohol of drugs.

De verwardheid is dikwijls het gevolg van lichamelijke ziekten of verwondingen: recent trauma aan het hoofd, na een epileptische aanval, bij een hypoglycaemie van een suikerzieke, bij CO-vergiftiging, bij hersenvliesontsteking, bij hoge koorts of bij een hartinfarct, (waardoor de zuurstoftoevoer naar de hersenen verminderd is).

Delirium is herkenbaar doordat de patiënt zeer opgewonden is, praatziek is en zich teatraal gedraagt. (Een verwarde patiënt daarentegen lijkt wel opgewonden, maar is verward in ruimte en tijd en praat weinig.) Een delirante patiënt vertelt een (weliswaar eigenaardig) verhaal dat vol staat van fabels: de patiënt ziet dingen die anderen niet zien, hoort dingen die anderen niet horen en heeft bizarre theorieën: ‘men wil hem doden’ of ‘men is op zoek naar hem’. Soms vertoont de patiënt grootheidswaanzin: ‘ik ben de zoon van god’, ‘ik ben de koning’, ‘u moet eerbied voor mij hebben’. Patiënten in een delirium zijn zeker van zichzelf. De waanvoorstellingen zijn voor de patiënt werkelijkheid. Deze patiënten kunnen een gevaar betekenen voor zichzelf en voor hun omgeving.

9.3.3.1.1 wat moet je doen bij onbegrijpelijke opwinding

- Ga altijd na of er aanwijzingen zijn voor verwondingen of ziekten die de verwardheid kunnen verklaren.
- Bij hoofdwonden, suikerziekte of andere verwondingen handel je zoals beschreven in de betreffende hoofdstukken.
- Banaliseer een situatie met een patiënt in onbegrijpelijke opwinding nooit. Spot nooit met de patiënt.
- Neem alles wat de patiënt zegt ernstig. Sommige delirante patiënten kunnen onvoorspelbaar agressief worden, wanneer ze bij voorbeeld een gelaatsuitdrukking, een lach of een gebaar van een omstander of hulpverlener verkeerd interpreteren.
- Begin een gesprek met de patiënt. Probeer de patiënt te overtuigen dat een bezoek aan het ziekenhuis nodig is. Vertel dat hem of haar geen kwaad zal gedaan worden.
- Als een gesprek totaal onmogelijk blijkt, zoals in gevallen van zwaar delirium of verwardheid, is er helaas geen andere mogelijkheid dan het invoeren van versterking.
- Werk samen met de bij geroepen arts. Dit is zeer leerzaam voor jou en nuttig voor de arts.
- Soms moeten de hulpverlener ambulanciers en de MUG de hulp van de politie invoeren om de patiënt in de ambulance te krijgen.

9.3.3.2 Begrijpelijke opwinding

In gevallen van begrijpelijke opwinding kan je een logisch verband leggen tussen de opwinding en de crisissituatie die je aantreft. In dit soort omstandigheden spelen conflicten tussen de patiënt en de omgeving meestal een belangrijke rol.

De toestand is soms echter zeer spectaculair en gaat vergezeld van geschreeuw, verbaal geweld en verschillende klachten. De omgeving wordt door de patiënt sterk bij de situatie betrokken. Hulpverlener ambulanciers of ordediensten worden dikwijls de huid vol gescholden. Je zal dikwijls geconfronteerd worden met echtelijke of familiale conflicten die uit de hand lopen en eindigen in twistgesprekken of vechtpartijen. Soms is precies het theatrale van deze conflicten aanleiding om de bijstand van een ziekenwagen op te roepen.

9.3.3.2.1 wat moet je doen bij begrijpelijke opwinding

- In gevallen van begrijpelijke opwinding is er geen sprake van een ernstige psychische aandoening.
- De belangrijkste taak van de hulpverlener ambulancier is de strijdende partijen te scheiden zonder zich te mengen in de discussie. Let op: de betrokkenen verlangen juist van de hulpverlener ambulanciers of van het medische team dat ze wel partij kiezen. Dit moet je vermijden.
- Welwillend, maar neutraal en met kalmte luisteren zal meestal evenveel resultaat hebben als het toedienen van geneesmiddelen.
- Het oproepen van een arts kan in sommige gevallen tot een oplossing van de crisis leiden.
- Soms zal het nodig zijn een van de partijen mee te nemen naar het ziekenhuis, zodat er een einde kan komen aan de ruzie. Het spreekt vanzelf dat je hiervoor de toestemming nodig hebt van de behandelende arts.

9.4 Bijzondere gevallen

9.4.1 EEN AANVAL VAN KRAMP OF TETANIE

Tetanie is een uitgesproken vorm van spierkramp in de ledematen of het aangezicht. Een aanval van tetanie kan veroorzaakt worden door een zeer zeldzame storing van het calciumhuishouden in het lichaam.

De meeste gevallen van extreme kramp zijn het gevolg van stress.

Het merendeel gaat gepaard met prikkelingen rond de mond, in de ledematen en met pijn, hartkloppingen, zweten en spierkrampen, dikwijls nog vergezeld van hyperventilatie. (Bepaalde mensen hebben een ziektebeeld van extreme krampen dat men spasmodie noemt.)

Dikwijls zorgen het vervoer naar het ziekenhuis en het overbrengen naar een rustige omgeving voor een vermindering van de crisis.

9.4.2 GEAGITEERDE DRONKENSCHAP – DE ‘ DRANKCRISIS ’

Patiënten met een alcoholvergiftiging werden reeds besproken in hoofdstuk 6. Hulpverlener ambulanciers worden vaak geconfronteerd met dronkenschap. Die gaat in het begin dikwijls gepaard met een woordenvloed, met stereotiepe gebaren en soms met een uitgesproken opwinding of gewelddadigheid. Daarna gaat de dronkenschap over in een toestand van verwardheid die kan uitmonden in slaperigheid. Het eindstadium is een echt alcoholisch coma.

Deze ernstige toestand van opwinding kan gevaarlijk zijn voor de patiënt en de omgeving. Onthoud dat achter toestanden van opwinding die in verband staan met alcohol, ernstige stoornissen kunnen schuilgaan, zoals een hersenbloeding of een schedelbreuk. Soms gaat zware dronkenschap ook samen met ernstige hypoglycemie.

Door de ontremmende werking van alcohol kunnen dronkaards zichzelf of anderen ernstige verwondingen toebrengen.

9.4.3 OPWINDING VAN HYSTERISCHE AARD

Een toestand van hysterische opwinding manifesteert zich dikwijls op een luidruchtige en theatrale wijze maar wordt, meestal onbewust, door de patiënt onder controle gehouden. De houding en de blik van de toeschouwers bepalen in belangrijke mate het verloop van de crisis. Men mag de patiënt nooit ophitsen. De patiënt lijdt aan een ernstige stoornis en moet geholpen worden, zo niet kan de crisis verergeren en vergroot het risico op een mogelijke zelfdoding.

Een hysterische patiënt mag niet afgewezen worden door de hulpdiensten, want dat kan zware gevolgen hebben voor de patiënt.

9.4.3 DE GEWELDDADIGE PATIENT

De meeste psychopaten zijn helemaal niet gevaarlijk. In zeldzame gevallen wordt men echter geconfronteerd met gewelddadig gedrag dat dikwijls losbarst zonder dat de omgeving er zich aan verwachtte.

Agressie staat niet op zichzelf bij psychiatrische patiënten, maar houdt verband met de psychiatrische stoornis waaraan zij lijden.

Gewelddadige psychotische patiënten negeren elke sociale regel en vormen een regelrecht gevaar voor omstanders en hulpverleners. Als je je niet veilig voelt, moet je discreet beroep doen op de ordediensten om de interventie van het medische team te beschermen.

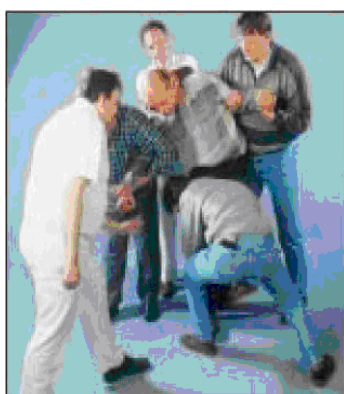
Het overmeesteren van de gewelddadige patiënt:



omring de patiënt met voldoende hulpverleners volgens een vooraf besproken scenario



wanneer de patiënt uithaalt naar een hulpverlener ontwijkt deze de dreigende beweging



elke hulpverlener neemt één lidmaat vast terwijl de leidinggevende persoon van het team het hoofd van de patiënt beschermt.



houd de patiënt tegen de grond gedrukt.



immobiliseer de ledematen en pas op voor bijtonden

9.4.3 .1 Omgaan met agressie bij psychiatrische patiënten

- Let altijd op uw eigen veiligheid.
- Probeer te begrijpen waar de agressie vandaan komt.
- Handel niet impulsief, maar rustig.
- Werk samen met andere hulpverleners, familie en omstaanders.
- Doe niets wat de agressie van de patiënt kan versterken.
- Houd gevaarlijke voorwerpen uit de buurt.

9.5 Psychosen

Iemand met een psychose is het normale contact met de werkelijkheid kwijt. Het kan optreden na een moeilijke en uitputtende periode en kan het gevolg zijn van mogelijk drugsgebruik.

Hallucinaties: iemand die psychotisch is, heeft waarnemingen die er in werkelijkheid niet zijn. Maar voor de patiënt zijn deze zeer echt Vb. het horen van stemmen, ...

Wanen: Dit zijn individuele ideeën die absoluut niet overeenstemmen met algemene opvattingen. Het draait hier steeds om de betrokkene zelf. vb. achtervolgingswaan.

Verwardheid: het denken kan snel, traag of chaotisch zijn.

9.6 Depressie

Een gecombineerd optreden van de volgende symptomen:

- Langdurig aanhoudende sombere stemming.
- Verlies van interesse in de buitenwereld.
- Verlies van positieve emoties.
- Apathie en lusteloos.
- Verminderde eetlust.
- Slaapstoornissen.
- Lichamelijke klachten.

9.7 Psychiatrisch onderzoek

Om het psychisch functioneren te kunnen beoordelen, kan je gebruik maken van de volgende vragenlijst:

1. Weet de patiënt waar hij is, hoe lang hij hier? Is hij gedesoriënteerd in tijd en ruimte?
2. Hoe beleeft de patiënt zijn klachten en hoe ziet hij de toekomst?
3. Is er sprake van motorische onrust: veel bewegen, met de vingers plukken?
4. Heeft de patiënt last van hallucinaties of angst?
5. Slaat de patiënt wartaal uit?
6. Maakt de patiënt oogcontact?
7. Dreigt de patiënt met zelfmoord? En is er een indicatie voor opname?

Na deze bevraging heeft men al een duidelijk zicht op het psychisch functioneren van de patiënt.

Indicatie voor opname:

- De symptomen van de psychische stoornis bemoeilijken het dagelijks leven en het functioneren van de patiënt.
- De patiënt is een gevaar voor zichzelf of anderen.

9.8 Omgaan met psychiatrische patiënten

Houdt u aan de alledaagse omgangsregels:

- Geef uitleg over wie u bent, wat u komt doen!
- Wees rustig en duidelijk.
- Wees empathisch.

9.9 Gedwongen opname

9.9.1 WETGEVING

Wat de geestesziekten betreft is de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geestesziekte van toepassing.

Art.2: “De bescherming mogen bij gebreke aan enige andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van een geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. De ongepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als geestesziekte beschouwd worden.”

Art.3: “Diegene die zich vrij laat opnemen in een psychiatrische dienst, kan deze ten allen tijde verlaten.”

9.9.2 WANNEER KAN MEN OVERGAAN TOT EEN GEDWONGEN OPNAME ?

Als er 5 voorwaarden vervuld zijn:

1. Geestesziekte.
2. Gevaar betekenen voor zichzelf of samenleving.
3. Weigeren zich te laten behandelen.
4. Geen ander therapeutisch alternatief voorhanden.
5. Geen misdrijf.

9.9.3 DE PROCEDURE

Wie kan de maatregel aanvragen? Alle betrokken personen die zich zorgen maken over iemand die duidelijk voldoet aan de criteria die in de wet worden vermeld, kunnen deze maatregel aanvragen, behalve als dit verzoek duidelijk voortkomt uit financieel belang. Een belanghebbende moet niet noodzakelijk familie zijn.

De procedure start met het indienen van een verzoekschrift bij de vrederechter.

9.9.3.1 Wat moet er in het verzoekschrift staan?

- De dag, de maand en het jaar van aanvraag.
- De naam, de voornaam, het beroep en de woonplaats van de aanvrager.
- De graad van verwantschap of de relatie tussen de aanvrager en de geesteszieke.
- Het onderwerp van de vordering (beknopt).
- De naam, de voornaam en verblijfplaats van de geesteszieke.
- De aanwijzing van de rechter die ervan kennis moet nemen.

Het verzoekschrift moet ondertekend worden door de aanvrager of zijn advocaat en vergezeld door een omstandig geneeskundig verslag, op basis van een onderzoek van de zieke dat ten hoogste 15 dagen oud is.

9.9.3.2 Het omstandig geneeskundig verslag:

Dit verslag kan opgemaakt worden door elke geneesheer die geen bloed-of aanverwant is van de verzoeker of zieke. Het verslag mag hoogstens 15 dagen oud zijn en de datum waarop de geneesheer de patiënt heeft gezien en onderzocht heeft mag maximum 15 dagen geleden zijn.

Wat moet er in het verlag vermeld zijn:

- Persoonlijke gegevens.
- De beschrijving van de pathologie of symptomen in niet medische termen en wijzen op een acute psychiatrische aandoening.
- Vaststelling dat er is voldaan aan de voorwaarden van de gevaartoestand.
- Datum en handtekening van de arts.

9.9.3.3 De gewone procedure:

Binnen de 10 dagen na het indienen van het verzoekschrift zal de vrederechter de zaak in de raadkamer behandelen (zitting organiseren) en uitspraak doen. De griffier geeft aan alle partijen via een aangetekend schrijven het vonnis. De vrederechter wijst de psychiatrische dienst aan waar de patiënt moet worden opgenomen (rekening houdend met de woonplaats, moedertaal, voorgaande hospitalisaties, ...) en verzoekt de directeur van de aangewezen dienst om tot gedwongen opname over te gaan. Deze zal de nodige maatregelen treffen om het transport van de zieke per ziekenwagen te verzekeren en indien nodig met hulp van de politie.

9.9.3.4 De spoedprocedure:

In dringende gevallen kan de Procureur des Konings beslissen tot ter observatieneming: hij kan ambtshalve optreden of ingaan op een schriftelijk verzoek. Hier is belangrijk dat in het omstandig geneeskundig verzoek het spoedeisende karakter wordt aangetoond. De Procureur des Konings zal zijn beslissing aan de algemeen directeur van de instelling mededelen en hem met de opvang van de patiënt belasten als ook met het vervoer per ziekenwagen al dan niet onder politiebegeleiding. Hij zal ook binnen de 24 uur de vrederechter, van het kanton waarin het ziekenhuis zich bevindt, en hem op de hoogte brengen van zijn beslissing. De zieke, zijn wettelijk vertegenwoordiger en de verzoeker worden ook op de hoogte gebracht.

De opname kan onmiddellijk na het indienen van het verzoekschrift. Maar binnen de 10 dagen moet de zieke gezien worden door de vrederechter die de beslissing van de Procureur al dan niet zal bevestigen.

9.9.4 HOE LANG DUURT EEN GEDWONGEN OPNAME?

Door wet beperkt tot 40 dagen.

De observatieperiode kan verstrijken voor het einde van de termijn van 40 dagen als dat beslist wordt door:

- De vrederechter
- Procureur des Konings (als er geen vonnis is)
- Geneesheer diensthoofd (door gemotiveerd verslag).

9.9.5 WAT NA HET VERSTRIJKEN VAN DE TERMIJN ?

1. De zieke verlaat de dienst.
2. De zieke kan zijn behandeling vrijwillig verder zetten (in overleg met de instelling).
3. Het geneesheer diensthoofd kan een verlenging van de maatregel aanvragen indien de symptomen nog aanwezig zijn of wanneer een vroegtijdig stopzetten van de behandeling een terugval van het ziektebeeld kan veroorzaken. De aanvraag wordt een verlengd verblijf en moet 15 dagen voor het aflopen van de verlenging bij het vredegerecht worden ingediend.

9.10 Psychologische stress bij dringende geneeskundige hulpverlening.

9.10.1 INLEIDING

Bij een ernstig voorval met al dan niet een groot aantal slachtoffers, wordt in de eerste plaats aandacht besteed aan de lichamelijke letsels van de slachtoffers. Nochtans leert de ervaring dat de sociale, psychologische en materiele gevolgen eveneens belangrijk kunnen zijn, zowel voor de rechtstreeks als de onrechtstreeks getroffen. Hier moet je als hulpverlener-hulpverlener ambulancier rekening mee houden. Naast de lichamelijke zorgen is het nodig om maatschappelijke (sociale) en geestelijke steun te bieden aan allen die bij een ernstig voorval zijn betrokken. Dit moet mensen toelaten gemakkelijker het hoofd te bieden aan de eventuele psychische moeilijkheden die zij kunnen ondervinden.

Het aanvaarden gedurende de laatste jaren van de begrippen crisispsychologie en slachtofferhulp en hun toepassingen tijdens ernstige voorvallen hebben de overheid en het brede publiek gevoelig gemaakt voor deze vorm van hulpverlening. Het doel hierbij is de emotionele reacties, die volgen op uitzonderlijke omstandigheden, te beheersen en terug te laten normaliseren.

Het is belangrijk maatregelen te treffen die de negatieve gevolgen van een stresserende gebeurtenis opvangen.

Ook de stress van de hulpverleners die onderworpen worden aan emotionele spanningen mag niet onderschat worden. In dit hoofdstuk zal je leren hoe de gevolgen van een traumatische gebeurtenis kunnen beperkt worden zowel bij de slachtoffers, hun familie als bij de hulpverleners.

9.10.2 ENKELE BEGRIPPEN

Stress.

Stress ontstaat uit een toestand waarin het evenwicht van de fysiologische functies in het lichaam is verstoord door langdurige te grote lichamelijke of geestelijke spanning. Het zijn nuttige reacties, die energie vrijstellen, afweermechanismen in werking doen treden en aanzetten tot handelen.

Deze reacties hebben bij het slachtoffer een uitwerking op verschillende niveaus (vlakken). Het doel of het nut van dergelijke reacties is om de aandacht toe te spitsen op de bestaande alarmtoestand en alle bijkomstige gedachten te onderbreken. Dit moet toelaten een evaluatie van de situatie te maken en een adequaat besluit te vormen: slechts het uiterst noodzakelijke, het onontbeerlijke wordt overwogen en uitgevoerd.

Deze stressreacties vragen veel energie en het organisme moet zich kunnen herstellen door terug energie op te laden.

Wanneer de gebeurtenissen te hevig of te talrijk zijn, zich teveel herhalen, of indien de herstelperiode te kort is, zullen deze crisissen tot uitputting leiden en de aanpassingsmogelijkheden van het organisme overtreffen. De stress werkt dan eerder nadelig, schadelijk, ongunstig en remmend.

Stress is dus een fenomeen met vele facetten: het kan positief werken en toelaten om het hoofd te bieden aan moeilijke situaties, maar het kan ook een remmende en negatieve invloed hebben. Zowel op het lichamelijke als op het geestelijke vlak kan stress een ernstige weerslag hebben op de gezondheid van de betrokkene.

De betrokkene.

Elke persoon die fysische, psychologische, sociale en/of materiele gevolgen van een gebeurtenis ondergaat, is een betrokken persoon. Men moet een onderscheid maken tussen de rechtstreeks betrokkenen (gewonden, niet-gewonden van hetzelfde voorval, getuigen en aanwezigen op de plaats van het gebeuren) en de onrechtstreeks betrokkenen (samenwonenden, familie, sociale en professionele omgeving). Vooral deze laatste kunnen zeer talrijk zijn.

De mogelijke traumatische gebeurtenis.

Een schokkende gebeurtenis wordt omschreven als een ernstig en onverwacht voorval waarbij de dood of de kans op overlijden een rol speelt. Indien een schokkende gebeurtenis schadelijke gevolgen heeft voor het individu spreekt men van een traumatische gebeurtenis.

Sommige auteurs hebben lijsten opgesteld van traumatische gebeurtenissen volgens de graad van belang of ernst. De stressreacties kunnen echter ook het gevolg zijn van gebeurtenissen die behoren tot het alledaagse leven en die voor het merendeel van de mensen niet erg storend zijn.

Bovendien blijkt dat de meest uitzonderlijke gebeurtenis niet noodzakelijkerwijze moet leiden tot het ontwikkelen van een stressprobleem. Het is dus zeer moeilijk om traumatische gebeurtenissen en ervaringen te rangschikken volgens hun risico op het ontwikkelen van schadelijke gevolgen. Belangrijk om te onthouden is, dat eenzelfde gebeurtenis schadelijke gevolgen kan veroorzaken bij de ene betrokkene, maar daarom nog niet bij de andere.

Soorten stressreacties.

Zoals reeds vermeld, is stress een positief gegeven dat middelen vrijstelt, maar stress kan ook negatieve invloeden hebben.

De stressvormen die optreden kunnen worden onderverdeeld in 2 tijden:

- Enerzijds de stress op korte termijn of acute stress,
- Anderzijds de stress op lange termijn.

De posttraumatische stress (PTSD = Post Traumatic Stress Disorder) en de 'burn-out' behoren tot deze laatste groep.

Acute stress treedt tezelfdertijd of kort na de schokkende gebeurtenis op. De PTSD treedt eveneens op naar aanleiding van een specifiek incident, maar de symptomen komen pas na dagen, maanden of zelfs jaren tot uiting.

In tegenstelling tot de acute stressreactie en de posttraumatische stress wordt de 'burn-out' niet veroorzaakt door een enkele gebeurtenis; ze is het gevolg van aanhoudende blootstelling aan kleine stresserende feiten en ze ontwikkelt zich over een periode van jaren.

Stressreacties op korte termijn.

De acute stressreacties kunnen zich uiten op lichamelijk (fysisch) vlak en op geestelijk (psychisch) vlak.

Op lichamelijk vlak komen misselijkheid, beven en een verdoofd gevoel vaak voor.

Op geestelijk vlak zijn verwardheid, concentratieproblemen, slaap- en eetstoornissen kort na een 'schokkende gebeurtenis' niet ongevoel.

Onthoudt hierbij dat het vaak normale reacties zijn op een ongevoel voorval. Zij komen voort uit het aanpassingsproces aan de uitdaging van bijvoorbeeld een ramp en zijn geen tekenen van zwakte of geestelijke ziekte.

Indien deze reacties geen acute fysische en psychologische problemen stellen en niet te lang aanslepen, vereisen zij geen professionele tussenkomst.

Stressreacties op lange termijn.

Men kan de uitwerking van stress op lange termijn onderverdelen in verschillende klassen:

- de fysische tekenen,
- de psychische tekenen met denk- en gedragsstoornissen,
- de veranderingen in levensgewoonten.

In tegenstelling tot de acute stressreacties zijn de stressreacties op lange termijn schadelijk en ze vereisen dan ook professionele hulp.

De fysische tekenen

Hoofdpijn, slapeloosheid, maag- en darmstoornissen, spierkrampen, vage hartklachten, rugpijn, huiduitslag, voortdurende lichamelijke vermoeidheid, ...

De psychische tekenen

Ontevredenheid, agressiviteit, concentratiestoornissen, verminderde eetlust, vraatzucht, geheugenverlies, verminderde motivatie, gedaalde voldoening, gedaalde zin voor verantwoordelijkheid, overdreven geldingsdrang op het werk, in zichzelf gekeerd zijn, onverdraagzaamheid, neerslachtigheid, bedroefdheid, smart, ...

De veranderingen in levensgewoonten

Echtscheiding, opgeven van vrijetijdsbesteding en ontspanning, overmatig gebruik van tabak, koffie, drugs, risicovol gedrag, toegenomen kans betrokken te zijn bij ongevallen, verminderde productiviteit, teruggetrokkenheid ten opzichte van de dienst of collega's, abnormaal veel werkverzuim wegens ziekte (absenteïsme), ...

9.10.3 DE ROL VAN DE HULPVERLENER

Tijdens de interventie :

- Praat met het slachtoffer om hem of haar in te lichten en gerust te stellen.
- Zeg wie je bent, waar je bent. Situeer het voorval in tijd. Dit is bijzonder belangrijk indien het slachtoffer gewond is of tijdelijk bewusteloos was.
- Zeg wat je van plan bent alvorens te handelen, om te vermijden dat slachtoffer schrikt, vooral wanneer ze angstig zijn.
- Geef informatie over uw handelingen opdat het slachtoffer actief zou mee werken.
- Bescherm de persoonlijke bezittingen van het slachtoffer, zonder onnodige handelingen te verrichten.
- Moedig het slachtoffer aan om zich te uiten.
- Wees eerlijk: elke leugen veroorzaakt verwikkelingen. Je moet niet in bijzonderheden treden, maar alles wat je zegt moet juist zijn. Wanneer je niet zeker bent, verdient het de voorkeur dit te zeggen, boven het verstrekken van foute info.
- Hoed je voor ondoordachte uitspraken.
- Vermijd spot of het gebruik van galgenhumor in aanwezigheid van slachtoffers.
- Spreek niet over slachtoffers met andere hulpverleners in het bijzijn van slachtoffers.
- Beoordeel niet of een gebeurtenis, voor een slachtoffer, ernstig is in beleving of niet. Bekijk hoe het slachtoffer het beoordeelt.
- Respecteer de lichamelijke integriteit van het slachtoffer.

Na afloop van de interventie :

- Neem op een rustige, beleefde en geruststellende manier contact.
- Wees klaar en duidelijk in je benadering en je voorstellen, om opnieuw op een begrijpelijke wijze richtpunten aan te bieden die een gevoel van herwonnen stabiliteit bezorgen.
- Wees begripvol, vriendelijk en geruststellend.
- Aarzel niet het slachtoffer gerust te stellen door een beschermende lichamelijke aanraking. Neem indien nodig het slachtoffer in je armen bij het troosten.
- Laat de personen hun gevoelens, hun gedachten, hun emotionele reacties vrij uiten, opdat zij geleidelijk de gevoelens die veroorzaakt werden door het gebeuren terug kunnen beheersen.
- Stel angstige personen zoveel mogelijk gerust.
- Houdt slachtoffers zoveel mogelijk samen in een rustige en veilige omgeving waar ze kunnen samenkomen met derden.
- Maak vriendelijke maar eerbiedige gebaren.
- Verwijder storende personen zo snel mogelijk, want zij kunnen onrust veroorzaken in de groep.
- Indien de emotionele reacties van een slachtoffer zorgen baren, verwijs hen door naar de psychosociale diensten.
- Bevorder alle initiatieven die de slachtoffers toelaten hun zelfbeheersing terug te winnen.
- Geef de personen ongevaarlijke taken, vooral de hyperactieve.

- Hou de familie en (aanwezige) kennissen op de hoogte van de hulp- en verzorgingsmaatregelen die geboden worden aan het slachtoffer. Een gebrek aan informatie, is ook reeds een belangrijk gegeven.
- Verstrek binnen je bevoegdheden regelmatig juiste en toetsbare inlichtingen. Indien je dit niet doet, zullen nabestaanden en vrienden zich vast klampen aan elk “gerucht” dat de ronde doet.
- Bescherm de slachtoffers tegen een opdringerige belangstelling van de media.
- Respecteert ieders recht en vermijdt inmenging in een familie.

WAT STEEDS MOET VERMEDEN WORDEN

- Zedenpreken houden, de mensen dooreenschudden, zeggen: “Ik heb dat al beleefd...”.
- Zeggen dat hun eerste reactie abnormaal is.
- Aan de persoon bevelen “te ontwaken”, hem zeggen dat hij “van slag” is.
- Valse geruststellingen geven of het traumatisch voorval minimaliseren: “alles gaat goed, trek het u niet aan, de tijd heelt de wonden, het is niet erg, ...
- Medicatie of alcohol toedienen om storende gevoelens te onderdrukken.
- Neem geen persoonlijke beslissingen.

9.10.4 BETROKKENHEID VAN DE HULPVERLENERS IN HUN EIGEN STRESS.

De meerderheid van de redders zullen tijdens een tussenkomst juist reageren dank zij hun opleiding, vorming en ervaring. Dit wil zeggen dat zij op een doeltreffende wijze het hoofd kunnen bieden aan een stresstoestand en hun reactie onder stress positief kunnen aanwenden. Nochtans kent elke tussenkomst een lichamelijk en geestelijk prijskaartje dat moet betaald worden. Er moet voldoende aandacht besteed worden aan factoren zoals rust, hygiëne, voeding, kleding en debriefing.

Zolang de toestand onder controle is en zolang de arbeidsbelasting binnen bepaalde grenzen blijft, zal alles goed verlopen en zullen de stressreacties positief zijn.

Indien de toestand of werkdruk uit de hand lopen, kunnen sommige redders zeer snel negatieve stressverschijnselen vertonen. Dit zijn “normale tekenen” in een situatie die “abnormaal” is. Wanneer de hulpverlener goed omkaderd is, zal deze snel zijn optimale efficiëntie herwinnen.

Zoals we reeds eerder aangehaald hebben, is het belangrijk te beklemtonen dat de reacties van personen die geconfronteerd worden met een schokkend voorval, normale reacties zijn als je rekening houdt met de abnormale toestand waarmee zij in aanraking komen. Dit geldt niet alleen voor slachtoffers en verwanten, maar ook voor hulpverleners.

Bij hulpverleners zal je zien dat sommigen hun reactie tegen stress beheersen en zij behouden dan ook een aangepast gedrag. Sommigen zullen moeilijk hun stress beheersen en zullen omkadering nodig hebben om operationeel te blijven. De opvang door de groep speelt hierbij een zeer belangrijke rol. Een minderheid kan tekenen van traumatische stress vertonen die een belangrijke zorg vergt. Deze tekenen van ernstig ongemak zoals protesthouding, geestelijke afwezigheid, verlamming of onbeheerste opgewondenheid kunnen enkele minuten tot meerdere uren duren.

Op lange termijn kan een traumatisch voorval geestelijke, emotionele en lichamelijke littekens nalaten.

Het is normaal dat een zekere tijd nodig is voor het aanvaarden en verwerken van een traumatisch voorval. Er bestaat echter geen algemene stelregel voor. Sommige toestanden worden nooit vergeten en als hulpverlener zal je er soms blijvend aan herinnerd worden.

Het kan dus normaal zijn dat volgende tekenen gedurende verschillende weken optreden

Het kan dus normaal zijn dat volgende tekenen gedurende verschillende weken optreden:

- Nachtmeries of dromen over het voorval.
- Slaapstoornissen.
- Dwanggedachten over het voorval.
- Flashbacks (herleven van het voorval).
- Dezelfde gevoelens ervaren als tijdens het voorval (herhaling van de stressreactie).
- Alle herinneringen aan het voorval vermijden.
- Moeite hebben om het incident te vergeten of te verdringen.
- Een onbedwingbare behoefte hebben om over het voorval te praten.
- De indruk hebben geen toekomst meer te hebben.
- Onmogelijk zijn gevoelens kunnen uiten.
- De indruk hebben veranderd te zijn, niet meer dezelfde te zijn.
- In zichzelf gekeerd zijn.
- Overgevoelig of hyperactief zijn.
- Vermoeid zijn, zich lange tijd uitgeput voelen.
- Concentratiestoornissen, denkstoornissen.
- Opvliegend zijn.
- Schuldgevoelens hebben.

9.10.4.1 VOORZORGSMAATREGELEN

Wanneer deze problemen te lang aanhouden, moet je erover praten met collega's of met de arbeidsgeneesheer. Soms is het nodig een specialist te raadplegen die vertrouwd is met het milieu van de hulpverleners.

Wij maken een onderscheid tussen primaire en secundaire voorzorgsmaatregelen. Primaire voorzorgsmaatregelen worden genomen voor de actie, terwijl secundaire voorzorgsmaatregelen aangewend worden tijdens en na de actie.

De primaire voorzorgsmaatregelen :

Eenzijds is er de technische vorming van de hulpverleners, de regelmatige oefeningen en hun ervaring. De oefening en het professionalisme (kennis van standaardregels en details) zijn één van de beste voorzorgen tegen negatieve stress.

- Een goede en voldoende nachtrust.
- Een evenwichtige levenshygiëne, evenwichtig leven, voldoende ontspanning naast het beroepsleven.
- Wanneer men in goede fysieke conditie is, kan men beter de fysieke uitwerking van stress zoals stijging van hartfrequentie en ademhalmfrequentie beheersen. Regelmatig sporten en oefenen is dus belangrijk.
- De vochtvoorziening en voeding: gezien het aanzienlijk vocht- en energie verbruik in een toestand van stress, is het belangrijk voldoende te drinken en te eten.
- De groepsgeest van het korps: de kwaliteit van de samenhang van de groep en van de sociale ondersteuning is de beste manier voor de bescherming van de enkeling en van de groep op het geestelijke vlak.
- De familie vertrouwd met het werk van de hulpverlener, vormt vaak een ideale basis waarop kan teruggevallen worden bij eventuele spanningen.
- Een hechte familieband is een waarborg om zich te kunnen ontspannen na een crisis-situatie of ramp.
- Kennis van de symptomen van stress en vertrouwd zijn met het begrip traumatisch voorval laten toe sneller te handelen en bijgevolg het probleem te beheersen.
- Weten wat voor jezelf je zwakke punten zijn, zodat je zelf of je collega's hiermee rekening kunnen houden.

Maar dit volstaat niet.

Secundaire voorzorgsmaatregelen :

Deze maatregelen moeten de hulpverlener ondersteunen gedurende en na de stresserende gebeurtenis om nadelige stressreacties te vermijden.

- Bij de organisatie op het terrein zijn eenvoudige en klare opdrachten het beste middel om de normale stress van de tussenkomst te beheersen.
- Indien mogelijk moet men de stresserende opdrachten beperken tot een maximum van twee uren.
- Rustpauzes van een kwartier voorzien om de twee uren.
- De emotionele ondersteuning is belangrijk. In de mate van het mogelijke en in functie van de ernst van de tussenkomst moet men de volgende voorzieningen ter beschikking stellen van de hulpverleners:
- Een afzonderlijke zitplaats, beschermt tegen het guur weer en buiten het gezichtsveld van de media en de slachtoffers.

- Een samenkomst met collega's of personen, die iets gelijkaardig meegemaakt hebben, voorzien.
- Psychologisch geschoolde vertrouwenspersonen.
- Een overgangperiode en een terugkeer naar het normale is belangrijk om een eerste balans op te maken van de tussenkomst. Deze balans kan technisch zijn en/of meer gericht zijn op de (emotionele) belevenissen tijdens de tussenkomst.
- Soms is het nodig om een emotionele debriefing te voorzien vlak na of tijdens een rampgebeuren. Dit gebeurt dan ook best in aanwezigheid van een deskundige.

Als hulpverlener-hulpverlener ambulancier heb je al geleerd dat de geestelijke draaglast van een persoon groter kan zijn dan zijn of haar draagkracht. Naast de lichamelijke verzorging moet je dan ook aandacht besteden aan de psychische ondersteuning van het slachtoffer. Door de routine van de dagelijkse tussenkomsten denken de hulpverleners in de eerste plaats aan hulpverlening aan anderen, soms ten nadele van hun eigen geestelijke gezondheid. Nochtans wordt in de opleiding tot hulpverlener ambulancier beklemtoond dat, naast de technische en lichamelijke aspecten van een tussenkomst, ook de geestelijke zelfbescherming belangrijk is. In een rampsituatie is het niet anders. Het kunnen delen van je gevoelens met anderen kan hierbij zeer heilzaam zijn.

De kans om verwond te geraken door een kogel kun je verkleinen door het dragen van een kogelvrije vest. Om je te beschermen tegen de nadelige gevolgen van stress, kun je enkel terugvallen op andere personen. Gelukkig is men zelden alleen tijdens een tussenkomst.

9.10.4.2 RAADGEVINGEN VOOR JEZELF NA EEN TRAUMATISCH VOORVAL.

- Sluit je niet in jezelf op, aanvaard spanningen en emoties.
- Spreek over het incident zolang als nodig, laat je emoties de vrije loop.
- Verwacht niet dat de herinneringen snel zullen verdwijnen. Geef jezelf voldoende tijd om wat je beleefd hebt te verwerken.
- Denk eraan dat verschijnselen van stress na een traumatisch incident normaal zijn.
- Probeer het normale levensritme weer op te nemen.
- Breng zo veel mogelijk tijd door met je familie, leg hen uit wat je hebt beleefd.
- Let op met overdreven gebruik van koffie, tabak, alcohol, medicatie: dit kan de symptomen wel verminderen, maar ze lossen de oorzaak niet op.
- Doe zoveel mogelijk aan sport, eet gevarieerd en evenwichtig.
- Informeer je over het incident en de gevolgen.
- Neem deel aan de nabesprekingen van het incident (debriefing).
- Herneem zo snel mogelijk je professionele activiteiten.
- Neem deel aan de rouwplechtigheden, na het overlijden van een collega tijdens een interventie.
- Als je je machteloos voelt, zoek steun en praat erover. De tijd wist immers geen traumatiserende herinneringen uit als je deze verdringt of afweert.

Je rol als collega is van groot belang in het verwerken van stress. Je openheid, je luisterbereidheid en je aanwezigheid zijn de beste steun voor een collega die tijdelijk in de problemen zit.

Enkele basisregels die je moeten toelaten om een steun te zijn voor een collega met stress:

Informeer je over het voorval of de bron van stress om beter de reacties van je collega te begrijpen.

- Spreek je collega aan tijdens koffiepauzes, ontspanningsmomenten, ...
- Vel geen oordeel over het voorval of de reacties: je kan zelf niet voelen wat de andere ervaren heeft. Aanvaard zijn of haar gevoelens (kwaadheid, schaamte, schuldgevoel, droefheid, teleurstelling). Wees objectief en help je collega die gevoelens te begrijpen.
- Luister naar wat de andere zegt. Geef aandacht en interesseer je voor wat hij of zij meegemaakt heeft.
- Moedig je collega aan om te praten. Hou er rekening mee dat een teruggehouden of in zichzelf gekeerd gedrag vaak voorkomt.
- “Leg me uit wat er gebeurd is, dat moet verschrikkelijk geweest zijn voor jou, ben je al eens in contact geweest met een dergelijke situatie?,” zijn enkele eenvoudige, maar belangrijke woorden.
- Aanvaard de gevoelens, laat je niet afschrikken door tranen of stille momenten.
- Ken je grenzen, eerbiedig het vertrouwen dat je collega je geschonken heeft, doe geen beloftes die je niet kunt waarmaken.

WAT STEEDS MOET VERMEDEN WORDEN

- Zedenpreken houden, de mensen dooreenschudden, zeggen: “Ik heb dat al beleefd...”.
- Zeggen hun eerste reactie abnormaal is.
- Aan de persoon bevelen “te ontwaken”, hem zeggen dat hij “van slag” is.
- Valse geruststellingen geven of het traumatisch voorval minimaliseren: “alles gaat goed, trek het u niet aan, de tijd heelt de wonden, het is niet erg, ...”.
- Medicatie of alcohol toedienen om storende gevoelens te onderdrukken.
- Neem geen persoonlijke beslissingen.

9.11 Samenvatting hoofdstuk 9

Bij vergiftiging door geneesmiddelen en/of alcohol of een andere giftige stof:

Eerste beoordeling:

- Beoordeling van het bewustzijn.
- Beoordeling van de ademhaling.
- Beoordeling van het hart- en bloedvatenstelsel.

Tweede beoordeling en beoordeling ter plaatse:

- Welke geneesmiddelen of giftige stoffen zijn in het spel?
- Is er ook inname van alcohol?
- Welke dosis?
- Hoelang?
- Zoeken van de giftige stof ter plaatse (geneesmiddelenkastje, vuilbak, WC, ...). De verpakkingen, spuiten of pillen moet je meenemen naar de spoedgevallendienst.

Basiselementen die de toestand beschrijven

1. Onbegrijpelijke verwardheid

- Slechts de patiënt blijkt geagiteerd; de omgeving lijkt niet betrokken bij het probleem, hoewel ze een paniecreactie kan vertonen.
- De algemene indruk is deze van onsamenhangendheid; er is een breuk met het normale (verwardheid, delirium).

2. Begrijpelijke verwardheid

De veralgemeende agitatie van de patiënt en van de omgeving wordt aangewakkerd door een conflictsituatie met een duidelijke oorzaak.

Het gaat dus om een crisis die normaal en begrijpelijk is, maar met buitensporige reacties.

Eerste beoordeling:

- Begrijpen wat het probleem heeft doen ontstaan.
- Is er mogelijkheid tot een gewelddadige reactie?
- Oproep van de MUG? Politie?
- Wat je niet moet doen:
 - De angst en/of agitatie vermeerderen.
 - Onmiddellijk de politie roepen.
 - De patiënt bestempelen als een geestesgestoord of een psychiatrisch geval.

Psychologische stress in de DGH

- Wat is stress?
- Wie is betrokken persoon?
- Wat is een traumatische gebeurtenis?

- Soorten stressreacties;
 - acute stress
 - stress op langere termijn
- Fysische tekenen van stress.
- Psychische tekenen van stress.
- Veranderingen in leefgewoontes.

De rol van de hulpverlener bij stress

- Tijdens en na de interventie

De betrokkenheid van de hulpverlener in hun eigen stress

- Elke tussenkomst heeft zijn prijskaartje zowel psychisch als pysisch

Primaire en secundaire voorzorgsmaatregelen

- Enkele raadgevingen
 - je rol als collega is van groot belang in het verwerken van stress.
 - aanwezigheid en luisterbereidheid
- Let op: geen zedenpreken, geen valse geruststellingen, geen persoonlijke beslissingen...