

Psychisch trauma na brandwonden vraagt om een persoons- en familiegerichte benadering

N. van Loey, H. Hofland, A. de Jong, E. Boersma-van Dam*

- Een op vier mensen met brandwonden, een op twee moeders en een op vier vaders, en een op drie partners heeft tijdens de opname in het brandwondencentrum last van acute stresssymptomen.
- Realiseer de negatieve impact van stresssymptomen op herstel van de patiënt (bijv. wondgenezing en pijn).
- Screen op aanwezigheid van acute stresssymptomen.
- Door traumagerichte zorg wordt het gevoel van veiligheid vergroot, bronnen van stress gereduceerd en hertraumatisering voorkomen.
- Promoot ondersteuning door naasten, open communicatie en besteed ook aandacht aan hun welbevinden.
- Door familiegerichte zorg worden naasten betrokken bij zorg en worden ze er deelgenoot van.

Psychisch trauma bij mensen met brandwonden

Brandwonden zijn een van de grootste fysieke trauma's die een persoon kan oplopen en kunnen gepaard gaan met grote wondoppervlakten en veel pijn. Daarnaast kan een persoon met brandwonden ook een psychisch trauma oplopen. Het bewust meemaken van het ongeval waarbij kleding en haren vlamvatten of het gevoel hebben het ongeval niet te zullen overleven kan een grote impact hebben op iemands leven. Het kan leiden tot een gevoel van hulpeloosheid en onveiligheid en daarmee tot acute stresssymptomen die zich verder kunnen ontwikkelen tot een posttraumatische stressstoornis (1). De internationale cijfers over hoeveel mensen met brandwonden ernstig last hebben van acute stresssymptomen en posttraumatische stresssymptomen variëren tussen 3% en 45% (2). Nederlands-Belgische cijfers laten zien dat ongeveer een op vier patiënten tijdens de opname in het brandwondencentrum hiervan last heeft (3).

Hoe herken je acute en posttraumatische stresssymptomen?

Acute en posttraumatische stresssymptomen zijn te herkennen aan het optreden van een viertal symptoomclusters (4). Het meest kenmerkend zijn herbelevingen aan het ongeval. Beelden van het ongeval verschijnen weer op het netvlies met een echtheid alsof ze op dat moment opnieuw plaatsvinden. Herbelevingen worden vaak uitgelokt door bepaalde geluiden, beelden of geuren die aan het trauma doen denken. Een ander symptoomcluster is vermijding, zoals niet aan het ongeval proberen te denken of er niet over praten. Mensen gaan ook vaak de

plaats van het ongeval uit de weg. Een ander symptoomcluster is overprikkelbaarheid, wat tot uiting komt in bijvoorbeeld prikkelbaar gedrag, concentratieproblemen en slaapproblemen. Tot slot is ook sprake van negatieve gedachten en een negatieve stemming. Het is normaal dat mensen hier kort na een traumatisch ongeval last van hebben. Voor een groot deel van de mensen zullen deze symptomen ook weer vanzelf verdwijnen in de loop van de daaropvolgende weken en maanden. Wanneer de symptomen na een maand niet weg zijn en het dagelijks functioneren beperken, is sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Voor de behandeling van PTSS bestaan meerdere psychologische behandelmogelijkheden, zoals EMDR en cognitieve gedragstherapie (5,6). Het is belangrijk de patiënt hierover te informeren en erop te wijzen tijdig hulp te zoeken als deze symptomen niet verdwijnen.

Acute en posttraumatische stresssymptomen bij naasten

Acute en posttraumatische stresssymptomen ontwikkelen zich niet alleen bij de patiënt met brandwonden, ook naasten kunnen hier last van hebben. Uit onderzoek in Nederlandse en Belgische brandwondencentra blijkt dat ongeveer de helft van de moeders en een kwart van de vaders van kinderen met brandwonden acute stresssymptomen ontwikkelen (7,8). Dat geldt ook voor ongeveer een derde van de partners van een patiënt met brandwonden (9). Een sterke voorspeller van dergelijke klachten bij naasten is het idee dat het kind of de volwassen patiënt

met brandwonden het ongeval niet zou overleven. Ook negatieve gevoelens, zoals boosheid en schuldgevoel, en rumineren (langdurig en herhaaldelijk overdenken van wat er allemaal is gebeurd) hangt samen met acute stress-symptomen bij naasten (7-9). Gelukkig was ook te zien dat bij een grote groep van de ouders en partners de stress-symptomen relatief snel verminderden.

Een aandachtspunt voor zorgmedewerkers is dat acute en posttraumatische stresssymptomen van ouders onderling, en van de patiënt en partner niet helemaal losstaan van elkaar. Ouders delen bijvoorbeeld vermijdend gedrag (zoals er niet over praten) (7,8). Koppels beïnvloeden elkaars posttraumatische stresssymptomen ook door de manier waarop ze met elkaar omgaan (10). Een beschermende opstelling van de partner richting de patiënt (ik houd me groot en verberg mijn gevoelens), hoe goed bedoeld ook, bleek ervoor te zorgen dat de stresssymptomen in stand bleven. Daarentegen, wanneer de partner zich openstelt en belangstelling toont voor het welbevinden van de patiënt, bleek dit een gunstig effect te hebben en deze patiënten hadden drie maanden later minder posttraumatische stresssymptomen. Zorgverleners kunnen zowel patiënt als partner stimuleren elkaar deelgenoot te maken van wat er allemaal speelt tijdens de ziekenhuisopname. Wij pleiten dan ook voor een persoonsgerichte benadering die rekening houdt met psychisch trauma en een familiegerichte benadering die de ondersteunende rol van naasten promoot én aandacht heeft voor hun welbevinden.

De wondverzorging en pijn bij brandwonden kunnen het trauma versterken

Traumagerichte zorg afgestemd op de patiënt met een psychisch trauma

Een psychisch trauma kan het biologisch stresssysteem activeren en bij aanhoudende stress ook ontregelen, met allerlei negatieve effecten tot gevolg, zoals een vertraagde wondgenezing en meer pijn (1,11). Mensen met brandwonden met een psychisch trauma - hetzij een trauma direct gerelateerd aan het ongeval of een trauma door eerdere traumatische ervaringen - kunnen baat hebben bij traumagerichte zorg.

Bij traumagerichte zorg wordt de zorgomgeving afgestemd op de behoeften van de patiënt met een trauma. Het begint met het besef bij zorgverleners dat een psychisch trauma impact heeft op het genezingsproces en dus dat het belangrijk is de symptomen te herkennen. Daarom is het essentieel om standaard te screenen op aanwezigheid van acute en posttraumatische stresssymptomen zoals aanbevolen in meerdere internationale richtlijnen (12). Vervolgens is het nodig de zorg af te stemmen op speci-

fieke behoeften van de patiënt (13). Dat betekent dat er extra aandacht is voor het gevoel van veiligheid, het reduceren van bronnen van stress en het voorkomen van hertraumatisering. De wondverzorging en pijn bij brandwonden kunnen het trauma versterken. Daarom is het belangrijk een zo veilig en controleerbaar mogelijke situatie te scheppen (1). Bij kinderen kan dat bijvoorbeeld door ouders bij de wondverzorging aanwezig te laten zijn (14) aangezien aanwezigheid van een naaste een positieve invloed heeft op het stresssysteem en pijn kan verminderen (15). Bespreek ook mogelijke zorgen. Maakt de patiënt zich bijvoorbeeld zorgen over een operatie, de pijn (medicatie), of hoe het thuis gaat, ga dan het gesprek aan en bedenk samen waar de patiënt baat bij kan hebben (informatie, geruststelling, nog even met thuis bellen). Ook het stimuleren van weerbaarheid door het promoten van bijvoorbeeld sociale steun is belangrijk (13). De partner is voor de patiënt met brandwonden vaak een belangrijke steunfiguur om de ziekenhuisopname zo goed mogelijk door te komen. Bespreek op welke manier de partner of andere naaste deze rol zo goed mogelijk kan uitoefenen.

Familiegerichte zorg met oog voor welzijn van patiënt en naaste

Binnen traumagerichte zorg is er veel aandacht voor de ondersteuning van de patiënt. Voor kinderen zijn ouders daarin belangrijk, voor de volwassen patiënt met brandwonden is dat vaak de partner of een andere naaste. Ondanks dat het voor ouders stressvol is om bij een wondverzorging aanwezig te zijn, geven zij ook voordelen aan, zoals beter geïnformeerd zijn over de (medische) situatie en iets voor hun kind te kunnen betekenen (14). Ook partners hebben de wens betrokken te zijn bij de wondverzorging en bij gesprekken met zorgverleners (16). Deze betrokkenheid is een van de aspecten die centraal staan binnen familiegerichte zorg.

Familiegerichte zorg verwijst naar wederzijds partnership in de zorg tussen zorgverleners, patiënt en familie bij zorgplanning, uitvoering en evaluatie (17), zodat zowel de zorgverlener als de patiënt en naasten er profijt van ondervinden. Samenwerking en educatie over gezondheidsproblemen en zorg staan voorop, rekening houdend met de specifieke familiale context. Ook is er aandacht voor het psychisch welbevinden van naasten en hun ondersteuningsbehoeften. Aangezien zij een belangrijke steunfiguur voor de patiënt zijn, is het belangrijk dat zij deze rol op zich kunnen nemen. Wanneer blijkt dat zij last hebben van acute stresssymptomen of een depressieve stemming, dienen ook zij hierbij ondersteuning te krijgen als onderdeel van het systeem van de patiënt. Het idee is dat dit het herstel van de patiënt ten goede komt. Er zijn ook tal van initiatieven die ouders of partners ondersteuning bieden, zoals websites en praatgroepen, waar zij op geattendeerd kunnen worden. Om familiegerichte zorg in

de toekomst mogelijk te maken is ook beleid nodig dat dit toelaat. Het gaat dan bijvoorbeeld over het loslaten van specifieke bezoektijden voor een naaste, praktische faciliteiten om naasten meer te betrekken in de zorg en, wanneer zij meer tijd bij de patiënt doorbrengen, te zorgen voor eet- en slaapmogelijkheden, bijvoorbeeld een naaste die bij een delirante patiënt kan overnachten.

Waar trauma- en familiegerichte zorg elkaar versterken: de rol van naasten

Psychisch trauma kan herstel van een patiënt compliceren en kan impact hebben op naasten die vaak een belangrijke ondersteunende rol hebben voor de patiënt. In het licht van de steeds toenemende druk op de zorg kan trauma- en familiegerichte zorg een bijdrage leveren aan sneller herstel. Het betrekken van naasten bij zorg en aandacht voor het welbevinden van de patiënt kan mogelijk bijdragen aan een sneller ontslag uit het ziekenhuis. Dit kan slechts wanneer naasten tijdens de opname in het ziekenhuis betrokken worden bij de zorg en leren over brandwonden en de gevolgen, bijvoorbeeld door hen te betrekken bij de wondverzorging en bij gesprekken met zorgverleners. Daarmee worden ze deelgenoot van het zorgproces en de beslissingen die daarbij horen. De rol van de verpleegkundige in educatie en stimulering van open communicatie tussen patiënt en naasten is hierbij van belang. Door de zorg zo vorm te geven dat zij rekening houdt met de behoeften van patiënten met een psychisch trauma en naasten betrekt in het zorgproces, kan verergering van het psychisch trauma worden voorkomen en het fysiek en mentaal herstel van de patiënt zo optimaal mogelijk worden ondersteund.

Literatuur

1. Van Loey NEE, Kolkena R. **Psychosociale en psychiatrische problemen.** In: de Jong AEE, Van Komen R, Nieuwenhuis M, Van Zuijlen PP, editors. Brandwondenzorg. 2019, Beverwijk.
2. Giannoni-Pastor A, Eiroa-Orosa FJ, Fidel Kinori SG, et al. **Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Symptomatology Among Burn Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Journal of Burn Care & Research, 2016;37:e79-89.
3. Van Loey NE, Maas CJ, Faber AW, et al. **Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study.** Journal of Traumatic Stress, 2003;16:361-9.
4. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.** 5th edition, Text revision ed: American Psychiatric Association Publishing, 2022.
5. van Dis EAM, van Veen SC, Hagens MA, et al. **Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis.** JAMA Psychiatry, 2020;77:265-73.
6. Bisson JI, Olff M. **Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base.** European Journal of Psychotraumatology, 2021;12:1824381.
7. Bakker A, Van der Heijden PG, Van Son MJ, et al. **Course of traumatic stress reactions in couples after a burn event to their young child.** Health Psychology, 2013;32:1076-83.
8. Egberts MR, van de Schoot R, Geenen R, et al. **Mother, father and child traumatic stress reactions after paediatric burn: Within-family co-occurrence and parent-child discrepancies in appraisals of child stress.** Burns, 2018;44:861-9.
9. Boersma-van Dam E, van de Schoot R, Geenen R, et al. **Prevalence and course of posttraumatic stress disorder symptoms in partners of burn survivors.** European Journal of Psychotraumatology, 2021;12:1909282.
10. Boersma-van Dam E, van de Schoot R, Engelhard IM, et al. **Posttraumatic stress symptoms and interpersonal processes in burn survivors and their partners.** European Journal of Psychotraumatology, 2022;13:2151097.
11. Gouin JP, Kiecolt-Glaser JK. **The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms.** Immunology and Allergy Clinics of North America, 2011;31:81-93.
12. Smith MB, Wiechman SA, Mandell SP, et al. **Current Practices and Beliefs Regarding Screening Patients with Burns for Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: A Survey of the American Burn Association Membership.** European Burn Journal, 2021;2:215-25.
13. Cleary M, Kornhaber R, Visentin D, et al. **Before, during and after: Trauma-informed care in burns settings.** Burns, 2020;46:1170-8.
14. Egberts MR, de Jong AEE, Hofland HWC, et al. **Parental presence or absence during paediatric burn wound care procedures.** Burns, 2018;44:850-60.
15. Eisenberger NI, Master SL, Inagaki TK, et al. **Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience.** Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2011;108:11721-6.
16. Flannery E, Halcomb E, Peters K, et al. **The experiences of 'significant others' supporting people with severe burn injury: An integrative literature review.** Australian Critical Care, 2022;35:321-9.
17. Kokorelias KM, Gignac MAM, Naglie G, et al. **Towards a universal model of family centered care: a scoping review.** BMC Health Services Research. 2019;19:564.

*Nancy Van Loey, senior onderzoeker, Hogeschool van Amsterdam & Universiteit, Utrecht

Helma Hofland, verpleegkundig onderzoeker, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam

Alette de Jong, verpleegkundig onderzoeker, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk

Elise Boersma-van Dam, onderzoeker, Universiteit Utrecht