

De Mate van Secundaire Traumatische Stress bij Gezinshuisouders
En de Samenhang met Ouder- en Kindfactoren

Hofmans, R.A.E.

Universiteit Utrecht, Pedagogische wetenschappen, master Orthopedagogiek

22 juni 2016

Author Note

Rebecca Anna Elisabeth Hofmans, studentnummer: 5625432, Faculteit Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van Intermetzo, onder begeleiding van Mw. Dr. J.C.H. Douma. Tweede beoordelaar: Kyung van Lieshout

Voor correspondentie naar aanleiding van dit onderzoek kunt u mailen naar:
r.a.e.hofmans@students.uu.nl

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis over de mate van ervaren secundaire traumatische stress (STS) bij gezinshuisouders van Intermetzo binnen de residentiële setting. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de masteropleiding Pedagogische Wetenschappen, masterprogramma Orthopedagogiek aan de Universiteit van Utrecht. Samen met een medestudent, Kiki Geserick, ben ik in september gestart met het opzetten van een onderzoek. Voor ons beiden was dit een nieuwe ervaring. Tijdens dit proces hebben wij een Engelstalige vragenlijst vertaald. Ook hebben wij vragen geconstrueerd om andere variabelen in ons onderzoek te meten. Het was een intensief en uitdagend proces dat ik samen met Kiki heb volbracht. De samenwerking verliep prettig, hiervoor wil ik haar bedanken. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de gezinshuisouders die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Ook wil ik Carina van Kregten (gedragwetenschapper) en Leoniek Kroneman (voormalig medewerker organisatie & onderzoek) van de zorginstelling Intermetzo bedanken voor de begeleiding en de medewerking. Tot slot wil ik mijn thesisbegeleidster dr. Jolanda Douma bedanken voor haar begeleiding, ondersteuning en vertrouwen tijdens het gehele onderzoeksproces.

Samenvatting

Achtergrond. Een hoge mate van secundaire traumatische stress (STS) bij gezinshuisouders kan leiden tot minder beschikbaarheid voor gezinshuiskinderen. STS wordt beschreven als de natuurlijke, consequente gedragingen en emoties die optreden na het kennismaken van een traumatische gebeurtenis die een belangrijke ander heeft meegemaakt. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de mate van STS bij gezinshuisouders en de samenhang met kind- en ouderfactoren. Het onderzoeksdoel is meer inzicht verkrijgen in de mate van ervaren STS bij gezinshuisouders en de kind- en ouderfactoren die hierbij een rol kunnen spelen, zodat zorginstellingen preventief kunnen werken. **Methode.** De Professional Quality of Life Scale (ProQOL) meet STS en is voor dit onderzoek vertaald naar het Nederlands. In totaal hebben 51 respondenten deelgenomen aan dit onderzoek. **Resultaten.** De gemiddelde schaalscore voor STS is 20,92 (SD = 4,71), dit is een gemiddeld lage mate van STS. Er zijn geen gezinshuisouders binnen de zorginstelling Intermetzo die een hoge mate van STS ervaren. Voor de totale steekproef geldt: hoe meer ervaren ontspanning en hoe meer gezinshuiskinderen per gezinshuis, hoe lager de mate van ervaren STS. Gezinshuisouders met meer ervaring ervaren een hogere mate van STS. **Discussie.** Klinische implicaties zijn gezinshuisouders voldoende de mogelijkheid bieden om te ontspannen, oog hebben voor gezinshuisouders met minder kinderen en meer werkervaring en de afname van de ProQOL te implementeren in de begeleiding van gezinshuisouders ter monitoring.

Trefwoorden: secundaire traumatische stress, ProQOL, gezinshuisouders, ouderfactoren, kindfactoren

Abstract

Background. A higher level of secondary traumatic stress (STS) experienced by professional foster parents (PFP) can lead to being less emotionally available for foster children. STS is defined as natural, consistent behaviours and emotions that occur after taking note of a traumatic event of someone close to you. No previous research has focussed on the coherence between STS experienced by PFP and child and parent factors. **Aim.** The aim of this study is to identify STS experienced by PFP working for health institution Intermetzo and exploring the child and parent factors causing STS, giving health institutions the possibility to be able to prevent STS. **Method.** STS is measured by a structured questionnaire (ProQOL), which has been translated into Dutch. 51 PFP participated in this study. **Results.** The average scale score for STS was 20,92 (SD = 4,71), meaning there is an average low degree of experienced STS. None of the PFP working for Intermetzo had a high degree of experienced STS. The sample in this research showed the more relaxation the PFP experienced and the more children the PFP had, the lower the degree of experienced STS. More experienced PFP had a higher degree of experienced STS. **Discussion.** Clinical implications are offering professional PFP the possibility to relax, pay attention to PFP with less foster children and more work experience, and implement the ProQOL in the counseling of PFP to closely monitor the amount of experienced STS.

Keywords: Secondary traumatic stress, ProQOL, professional foster parents, parent factors, child factors

Inleiding

Naar schatting werden er in 2014 in Nederland 1728 kinderen opgevangen in een gezinshuis (Lubbersen, 2015). Een gezinshuis betreft een kleinschalige, residentiële woonvorm waar één of meerdere jeugdigen worden opgenomen (Lubbersen, 2015; Ter Meulen, Vinke, De Baat, & Spoelstra, 2014). Gezinshuisouders geven binnen hun eigen gezin op een professionele manier vorm aan de verzorging, behandeling, opvoeding en begeleiding van een divers aantal gezinshuiskinderen (Gardeniers & De Vries, 2011).

Gezinshuiskinderen zijn uithuisgeplaatste jongeren bij wie het opvoedingsbesluit is genomen dat zij deels zullen opgroeien in een alternatief gezin (Spoelstra, De Baat, Ter Meulen, & Vinke, 2015) aangezien de thuissituaties van deze jongeren vaak problematisch zijn. Er is veelal sprake van gezins- en ouderproblematiek (Jongepier, 2012), zoals ontoereikende opvoedingsvaardigheden of psychische problemen van ouders, verwaarlozing, mishandeling, huiselijk geweld, middelenmisbruik en/of financiële problemen (Social Care Institute for Excellence, 2004). Naast deze ervaringen kunnen de uithuisplaatsing en eventueel andere verplaatsingen resulteren in een trauma bij kinderen (Grietens, Van Oijen, & Ter Huizen, 2012; Ko et al., 2008). Het opvoeden van een kind met een complex trauma is een zware taak, die bij een gezinshuisouder mogelijk tot secundaire traumatisering kan leiden (Van Grinsven & Holdorp, 2015).

Secundaire traumatische stress (STS) wordt gezien als een beroepsrisico van het verstrekken van directe dienstverlening aan getraumatiseerde mensen (Bride, 2004; 2007; Figley, 1999; Zurbriggen, 2011). Figley (1999) definieert STS als natuurlijke, consequente gedragingen en emoties die optreden na het kennismaken van een traumatische gebeurtenis die een belangrijke ander heeft meegemaakt. De ervaren stress is het resultaat van het helpen of hulp willen bieden aan getraumatiseerde of lijdende personen (Canfield, 2008; Figley, 1999). De symptomen lijken op die van een post-traumatische stressstoornis (Van Grinsven & Holdorp, 2015; Bride, 2007). Zo ervaart de hulpverlener mogelijk intrusieve, ook wel binnendringende, gedachten of nachtmerries over de ervaringen van de patiënt, vermijdingsgedrag en hyperarousal (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004; Figley, 1995).

Er is – zover bij de onderzoeker bekend – niet eerder onderzoek gedaan naar de mate van ervaren STS bij gezinshuisouders (Cieslak et al., 2014; Hensel, Ruiz, Finney, & Dewa, 2015). Zurbriggen (2011) stelt dat een verhoogde blootstelling aan traumatische ervaringen de kans op

STS kan vergroten. Zoals eerder genoemd zijn gezinshuis kinderen mogelijk getraumatiseerd. Gezinshuisouders worden hier, door hun professe, dagelijks mee geconfronteerd. Dit lijkt hen kwetsbaar te maken voor het ervaren van een hogere mate van STS. Indien gezinshuisouders dit ervaren kunnen zij minder beschikbaar worden voor de jeugdigen, ten gevolge van de toenemende klachten (Bride, Radey & Figley, 2007; Choi, 2011; Salston & Figley, 2003).

Onderzoek naar de mate van ervaren STS door gezinshuisouders en welke factoren daarmee samenhangen, is van belang om te ontdekken hoe een zorginstelling preventief te werk kan gaan. In onderzoeken over STS bij andere populaties dan gezinshuisouders, zoals traumahulpverleners en jeugdzorgwerkers, komen diverse factoren naar voren die samenhangen met de mate van ervaren STS. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen kind- en ouderfactoren en omgevingsfactoren (Cieslak et al., 2014; Hensel, et al., 2015, Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011).

Medestudent Kiki Geserick richt zich in haar thesis op de omgevingsfactoren. In het huidige onderzoek wordt gekeken naar de mate van ervaren STS en de kind- en ouderfactoren die hiermee samenhangen.

In het onderzoek van Van Hook en Rothenburg (2009) is een samenhang gevonden tussen leeftijd en geslacht en STS bij jeugdzorgwerkers. Bij een jongere leeftijd en het vrouwelijk geslacht wordt een hogere mate van STS gevonden. Dat een jongere leeftijd geassocieerd wordt met een hogere mate van STS of symptomen, is ook gevonden bij traumahulpverleners (Gharamanlou & Brodbeck, 2000; Arvay & Uhleman, 1996). Echter blijkt middels een meta-analyse dat de invloed maar erg klein is ($r = -.05$; Hensel et al., 2015). Uit een review van Bride (2004) blijkt zelfs dat een meerderheid aan studies aantoont dat er geen samenhang bestaat tussen leeftijd en STS (Birck, 2001; Kassam-Adams, 1999; Meldrum, King, & Spooner, 2002; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Pearlman & Mac Ian, 1995). Wat betreft het geslacht als samenhangende factor met STS zijn er meer consistente bevindingen gedaan. Zo suggereren ook Kassam-Adams (1999), Meyers en Cornille (2002) en Sprang, Clark en WhittWoosley (2007) dat vrouwen een significant groter risico hebben op STS. Slechts één onderzoek heeft een hogere mate van STS bij mannen gevonden (Sprang, Craig, & Clark, 2011). Op basis van de beschreven literatuur wordt verwacht dat een hogere mate van STS ervaren wordt door oudere gezinshuisouders en vrouwen.

Naast de demografische kenmerken leeftijd en sekse wordt er in dit onderzoek ook gekeken naar het opleidingsniveau. Wetenschappelijke literatuur over de samenhang tussen

opleidingsniveau en STS is niet gevonden. Er wordt geen verwachting uitgesproken over dit verband.

Middels enkele onderzoeken is aangetoond dat hulpverleners die relatief onervaren zijn op het gebied van traumawerk, een groter risico lopen op STS (Bober & Regehr, 2006; Chrestman, 1995). Hoewel aangetoond is dat werkervaring van invloed is op STS, blijkt middels een meta-analyse dat die invloed maar erg klein is ($r = -.07$; Hensel et al., 2015). Volgens Craig en Sprang (2008) is er geen significant verband tussen aantal jaren werkervaring en STS. Van Hook (2008) bevestigt dit middels zijn review, maar toont wel aan dat meer werkervaring geassocieerd wordt met een lagere mate van ervaren STS. In dit onderzoek wordt verwacht dat werkervaring een negatief verband heeft met STS.

Hensel en collega's (2015) suggereren dat wanneer je buiten het therapeutische werk tijd besteedt aan andere activiteiten, de kans op STS wordt verminderd. Zo vormen onder andere het hebben van een hobby, het lezen van recreatieve boeken en op vakantie gaan, een significant negatief verband met STS (Eastwood & Ecklund, 2008). Om STS te voorkomen, adviseert Hesse (2002) dan ook voldoende ontspanning. Uit een onderzoek van Killian (2008) blijkt echter dat er niet is bewezen dat ontspanning preventief werkt ten aanzien van symptomen van STS. Op basis van bovenstaande wordt daarbij wel een negatief verband tussen ontspanning en STS verwacht.

Wanneer traumahulpverleners per week meer tijd doorbrengen met hun cliënten, wordt er een lagere mate van compassietevredenheid (compassion satisfaction [CS]) ervaren (Killian, 2008). CS wordt gezien als de tegenhanger van STS en betreft het plezier dat je ontleent aan het uitvoeren van je werk in de hulpverlening (Stamm, 2010). Daarbij laten verschillende studies zien dat traumahulpverleners met een volle caseload een verhoogde kans op STS hebben (Baird & Kracen, 2006; Brady, Guy, Poelstra, & Brokaw., 1999; Meyers & Cornille, 2002; Wee & Myers, 2002). Vergeleken met andere factoren heeft volgens Hensel en collega's (2015) de factor Caseload ratio de grootste effectgrootte. Dit impliceert een positief verband tussen de hoeveelheid aan getraumatiseerde cliënten en STS. Hierdoor wordt verwacht dat wanneer er meer gezinshuiskinderen in het gezinshuis wonen, gezinshuisouders een hogere mate van STS ervaren.

Wanneer gezinshuisouders last ervaren van STS, wordt ervan uitgegaan dat ze kennisnemen van traumatische gebeurtenissen die bij minstens een gezinshuiskind heeft plaatsgevonden. Niet alle kinderen in het gezinshuis hoeven echter last te ervaren van trauma. Naast het meten van het aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis lijkt het daarom van belang ook

te meten hoeveel kinderen daadwerkelijk last ervaren van trauma. Dat het opvoeden van getraumatiseerde kinderen mogelijk stress met zich meebrengt, is niet terug te vinden in de wetenschappelijke literatuur. Er wordt daarom geen verwachting uitgesproken over het verband tussen het aantal kinderen die last ervaren van trauma en STS.

Ten gevolge van trauma ervaren kinderen vaak ook externaliserende problematiek (Ford, 2005). Externaliserend probleemgedrag kan worden omschreven als naar buiten, op anderen gerichte gedragsproblemen, zoals delinquent en agressief gedrag (Bongers, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2003; Taylor, Lopez, Bundescu, & McGill, 2012). Pleegouders rapporteren een hogere mate van stress wanneer zij pleegkinderen met externaliserende problematiek opvoeden (Paley, O'Connor, Frankel, & Marquardt, 2006). Pleegouders bieden ook een alternatief gezin aan uithuisgeplaatste kinderen waardoor hun rol lijkt op die van gezinshuisouders (Ter Meulen et al., 2014). Er ontbreekt wetenschappelijke literatuur die het verband tussen STS en stress door externaliserende problematiek bij kinderen in kaart brengt, waardoor geen verwachting wordt uitgesproken over dit verband.

Samengevat wordt in dit onderzoek de mate van ervaren secundaire traumatische stress bij gezinshuisouders in kaart gebracht en wordt de samenhang met de volgende kind- en ouderfactoren gemeten: demografische kenmerken als leeftijd, sekse, aantal maanden ervaring en opleidingsniveau van de gezinshuisouder, ontspanning, ervaren stress door externaliserende problematiek van gezinshuiskinderen, aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis en aantal gezinshuiskinderen die last ervaren van trauma.

Methode

Participanten en procedure

De respondenten omvatten actieve gezinshuisouders in het netwerkbestand van Intermetzo. Dit zijn zowel de gezinshuisouders in loondienst bij Intermetzo als de franchise gezinshuisouders die Intermetzo via Gezinshuis.com benadert. Indien er binnen een gezinshuis twee gezinshuisouders werkzaam zijn, is aan beiden gevraagd de vragenlijst in te vullen.

Via de leidinggevendenden van Intermetzo hebben de gezinshuisouders een e-mail ontvangen met een aankondiging van het onderzoek en uitleg over de inhoud en procedure van het onderzoek. Vijf dagen later ontvingen de gezinshuisouders een informatiebrief met daarin informatie over het doel, het belang en de gang van zaken tijdens het onderzoek, vertrouwelijkheid van gegevens, de vrijwilligheid en contactgegevens van de verantwoordelijke

onderzoeker. Op dezelfde dag kregen de gezinshuisouders een e-mail van de onderzoekers waarin werd gevraagd om online de vragenlijst in te vullen over het welzijn van gezinshuisouders. Via een link werd de vragenlijst geactiveerd. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer een half uur in beslag. De ingevulde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en anoniem verwerkt in het databestand.

Voor dit onderzoek zijn 124 respondenten benaderd waarvan er uiteindelijk 51 de totale vragenlijst hebben ingevuld (responspercentage = 41%). Beschrijvende statistieken over de 51 deelnemende gezinshuisouders, staan in tabel 1. Aangezien er geen gegevens van de non-respondenten bekend zijn, kunnen er geen uitspraken gedaan worden over de mate waarin deze 51 respondenten representatief zijn voor alle gezinshuisouders.

Meetinstrumenten

Secundaire traumatische stress (STS) is gemeten met de subschaal STS van 'Professional Quality of Life Scale' ([ProQOL]; Stamm, 2010). Dit is oorspronkelijk een Engelstalige vragenlijst die voor dit onderzoek naar het Nederlands is vertaald door een kinder- en jeugdpsychiater van de instelling, de thesisbegeleidster, de auteur van dit onderzoek en een medestudent. Dit gebeurde onafhankelijk van elkaar. In een overleg zijn deze vier vertalingen met elkaar vergeleken en is er één vertaling gekomen. Die Nederlandse versie is vervolgens door een ervaren onderzoeker terugvertaald naar het Engels. Deze vertaling is daarna weer terugvertaald naar het Nederlands door een onderzoeker/kinder- en jeugdpsychiater. Tot slot zijn de auteur van dit onderzoek, de medestudent, de thesisbegeleidster, de gedragswetenschapper en de onderzoeker van de instelling tot overeenstemming gekomen over de uiteindelijke Nederlandse versie.

De ProQOL bestaat uit twee schalen: Compassietevredenheid en compassiemoeheid. Compassietevredenheid betreft het plezier dat je ontleent aan het uitvoeren van je werk in de hulpverlening. Compassiemoeheid is het negatieve aspect van het helpen van mensen die traumatische stress en lijden ervaren (Stamm, 2010). Compassiemoeheid bestaat uit twee subschalen: STS (10 items, zie Tabel 2 voor de afzonderlijke items) en Burn-out (10 items). In dit onderzoek is de schaal STS gebruikt. De gezinshuisouder gaf op een vijfpuntsschaal aan in hoeverre een item op hem/haar van toepassing was gedurende afgelopen 30 dagen (1 = *nooit* tot 5 = *heel vaak*). De totale schaalscore is berekend waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van ervaren STS. In dit onderzoek is de Cronbach's alpha .76 voor deze schaal en .81 in de

DE MATE VAN SECUNDAIRE TRAMATISCHE STRESS BIJ GEZINSHUISOUDERS

oorspronkelijke lijst (Stamm, 2010). De Cronbach's alpha in dit onderzoek duidt op een goede interne consistentie (Field, 2013).

Wanneer de schaalscore in totaal ≤ 22 is, kan gesproken worden van een lage mate van STS. Wanneer de schaalscore tussen de 23 en 41 bedraagt, kan gesproken worden van een gemiddelde mate van ervaren STS. Een totale schaalscore van 42 of hoger staat voor een hoge mate van STS (Stamm, 2010).

Tabel 1

Beschrijvende statistieken van de respondenten (N=51)

Kenmerken	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
Geslacht						
<i>Man</i>	12	23,5				
<i>Vrouw</i>	39	76,5				
Leeftijd in jaren			46,88	6,65	33	62
Opleidingsniveau						
<i>Laag</i>	8	15,7				
<i>Middelbaar</i>	18	35,3				
<i>Hoog</i>	25	49,0				
Maanden werkervaring	51		81,67	64,68	3	309
Dienstverband						
<i>Parttime in loondienst</i>	8	15,7				
<i>Fulltime in loondienst</i>	22	43,1				
<i>Zelfstandig</i>	21	41,2				
Mate van ervaren STS			20,92	4,71	12	32
<i>Laag</i>	34	66,7				
<i>Gemiddeld</i>	17	33,3				
<i>Hoog</i>	0	0				
Aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis			3,63	1,78	1	8
Aantal gezinshuiskinderen last van trauma			2,58	1,85	0	8
Aantal gezinshuiskinderen met externaliserende problematiek	50		1,70	1,60	0	6
Ervaren stress door externaliserende problematiek van gezinshuiskinderen	37	72,5	2,30	1,02	1	4
Voldoende ontspanning ervaren	51		2,63	0,92	1	4

Noot. *n* = aantal participanten, % = percentage, *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, Min. = minimale score, Max. = maximale scores.

De onafhankelijke variabelen zijn kindfactoren en ouderfactoren. Deze worden hieronder nader toegelicht. De inhoud van de vragenlijst is gebaseerd op literatuur en is geconstrueerd in overleg met de gedragswetenschapper en de onderzoeker van Intermetzo en de docent van Universiteit Utrecht. In bijlage 1 is de gehele vragenlijst opgenomen.

Via enkelvoudige vragen zijn de volgende variabelen voor demografische kenmerken geconstrueerd: leeftijd in jaren, sekse, aantal maanden ervaring als gezinshuisouder en aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis.

Opleidingsniveau is bepaald door te vragen naar de hoogst afgeronde opleiding (met diploma). Op basis van het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen: laag = geen opleiding afgemaakt, lagere school, voortgezet onderwijs en LBO, middelbaar = MBO en hoog = HBO, Universiteit en Post-HBO/post-doctoraal (Verweij, 2008).

Ontspanning is gemeten met twee stellingen: *“In de afgelopen 30 dagen heb ik me voldoende kunnen ontspannen”* en *“In de afgelopen 30 dagen heb ik voldoende tijd voor mijzelf gehad”*. Hierbij is de volgende vierpuntsschaal gehanteerd: 1=niet mee eens, 2=beetje mee eens, 3=grotendeels mee eens en 4=helemaal mee eens. De totaalscore is berekend waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van ontspanning. De schaal ontspanning scoort een Cronbach's alfa van .91 wat duidt op een goede interne consistentie (Field, 2013).

Aantal gezinshuiskinderen die last ervaren van trauma. Er is aan de respondenten gevraagd hoeveel van de gezinshuiskinderen in de afgelopen 30 dagen stress hebben ervaren van traumatische gebeurtenissen die zij (vermoedelijk) hebben meegemaakt.

Stress door externaliserende problematiek gezinshuiskinderen. Wanneer een gezinshuisouder had aangegeven dat er minimaal één gezinshuiskind externaliserende problematiek heeft, werd de volgende stelling voorgelegd: *“Doordat minimaal één gezinshuiskind externaliserende problematiek heeft, heb ik in de afgelopen 30 dagen stress ervaren.”* Hierbij is dezelfde vierpuntsschaal als bij ontspanning gehanteerd.

Data-analyse

Voorafgaand aan de beantwoording van de deelvragen zijn de eerste assumpties getest voor parametrische testen. Middels de Kolomorov-Smirnov Z test ($p = .03$) is geconstateerd dat STS niet voldeed aan de assumptie van een normale verdeling. Om deze reden is gebruik gemaakt van non-parametrische testen.

Om de samenhang te bepalen tussen de mate van ervaren STS en de onafhankelijke

variabelen: leeftijd, ervaring als gezinshuisouder, ontspanning, aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis, aantal gezinshuiskinderen die last ervaren van het trauma en stress door externaliserende problematiek gezinshuiskinderen, is gebruik gemaakt van de Spearman correlatie (Spearman's rho). Er is eenzijdig getoetst omdat er vooraf duidelijke verwachtingen waren, waarbij aantal gezinshuiskinderen die last ervaren van trauma en stress door externaliserende problematiek gezinshuiskinderen zijn uitgezonderd.

Voor het toetsten van verschillen tussen mannen en vrouwen op de mate van ervaren STS is de Mann-Whitney U test gebruikt.

Tot slot is de samenhang tussen het opleidingsniveau van gezinshuisouders bepaald door het uitvoeren van de Kruskal-Wallis.

Resultaten

De gemiddelde schaalscore voor STS is 20,92 (SD = 4,71), wat staat voor een gemiddeld lage mate van ervaren STS. In tabel 2 zijn de gemiddelde scores op de 10 STS-items weergegeven. Daaruit blijkt dat met name de stellingen 2 en 7 een hoge gemiddelde itemscore hebben.

Uit de analyses met Spearman's rho bleek een positieve significante samenhang tussen ervaring als gezinshuisouder en de mate van ervaren STS ($r_s = 0,29$, $p = 0,02$; 8% verklaarde variantie). Tussen stress door externaliserende problematiek gezinshuiskinderen en STS werd net geen significante positieve samenhang gevonden. Er werd een negatieve significante samenhang gevonden tussen ontspanning en de mate van ervaren STS ($r_s = -0,47$, $p < 0,01$; 22% verklaarde) en tussen aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis en de mate van ervaren STS ($r_s = -0,47$, $p < 0,01$; 22% verklaarde variantie). Dit was bij beide een gemiddeld tot grote negatieve samenhang (Gravetter & Wallnau, 2013). Er werd net geen significante negatieve samenhang gevonden tussen aantal gezinshuiskinderen die last ervaren van trauma en STS. Alle correlaties zijn weergegeven in tabel 3.

De resultaten van de analyses met de Mann-Whitney U test en de Kruskal-Wallis test staan in tabel 4 en 5. Mannen ervaren een lagere mate van STS dan vrouwen, maar dit bleek net geen significant verschil. Er was geen significante samenhang tussen de mate van ervaren STS en opleidingsniveau, maar het lijkt erop dat laag opgeleide gezinshuisouders een hogere mate van STS ervaren.

DE MATE VAN SECUNDAIRE TRAMATISCHE STRESS BIJ GEZINSHUISOUDERS

Tabel 2

Gemiddelde scores (M) en standaarddeviaties (SD) op de items/stellingen van de schaal STS bij gezinshuisouders (N=51)

Item/stelling	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
2. Ik word in beslag genomen door meer dan één persoon die ik [help].	3,84	0,95	2	5
5. Ik schrik van onverwachte geluiden.	2,12	0,91	1	5
7. Ik vind het moeilijk om mijn privéleven te scheiden van mijn leven als [hulpverlener].	3,29	1,21	1	5
9. Ik denk dat ik aangedaan zou kunnen zijn door de traumatische stress van degenen die ik [help].	2,14	0,90	1	5
11. Door mijn werk als [hulpverlener], heb ik me over meerdere dingen gespannen gevoeld.	2,65	0,87	1	5
13. Ik voel me depressief vanwege de traumatische ervaringen van de mensen die ik [help].	1,37	0,60	1	3
14. Ik voel me alsof ik het trauma ervaar van iemand die ik [geholpen] heb.	1,27	0,60	1	4
23. Ik vermijd bepaalde activiteiten of situaties omdat ze mij herinneren aan beangstigende ervaringen van mensen die ik [help].	1,37	0,85	1	5
25. Als gevolg van mijn werk als [hulpverlener] heb ik indringende, beangstigende gedachten.	1,29	0,46	1	2
28. Ik kan me belangrijke delen van mijn werk met traumaslachtoffers niet meer herinneren.	1,57	0,78	1	4
Totale score mate van ervaren STS	20,92	4,71	12	23

Noot. Min. = minimale score, Max. = maximale score

Tabel 3

Samenhang tussen mate van ervaren STS en een aantal kenmerken van de gezinshuisouder en de gezinshuiskinderen (N=51): Resultaten van Spearman's rho (r_s)

	r_s	p
Leeftijd (jaren)	-0,06	0,35 ^a
Ervaring als gezinshuisouder (maanden)	0,29	0,02 ^{a*}
Ontspanning	-0,47	<0,01 ^{a*}
Aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis	-0,47	<0,01 ^{a*}
Aantal gezinshuiskinderen die last ervaren van trauma	-0,27	0,06 ^b
Stress door externaliserende problematiek gezinshuiskinderen (n=37)	0,32	0,06 ^b

Noot. a = eenzijdig getoetst, b = tweezijdig getoetst, * = $p < .05$

Tabel 4

Verschillen tussen de gemiddelde score op de mate van ervaren STS voor geslacht: Resultaten van Mann Whitney U test

	n	M (SD)	U	Z	p
Geslacht			148,50	-1,91	0,06
Vrouw	39	21,62 (5,03)			
Man	12	18,67 (2,42)			

Noot. n = aantal participanten, M = gemiddelde, SD = standaard deviatie, U = Mann-Whitney U, Z = z-score, p = significantieniveau

Tabel 5

Verschillen tussen de gemiddelde score op STS voor opleidingsniveau: Resultaten van de Kruskal-Wallis test

	n	M (SD)	χ^2 (df)	p
Opleidingsniveau			2,37 (2)	0,31
Laag	8	23,13 (4,64)		
Middelbaar	18	20,33 (3,74)		
Hoog	25	20,64 (5,29)		

Noot. n = aantal participanten, M = gemiddelde, SD = standaarddeviatie, χ^2 = Chi-square, df = degrees of freedom, p = significantieniveau

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de mate van ervaren STS bij gezinshuisouders werkzaam voor de zorginstelling Intermetzo. Dit is gemeten met een gestructureerde vragenlijst (ProQOL) die voor dit onderzoek naar het Nederlands is vertaald. Uit de resultaten blijkt dat er door gezinshuisouders een lage of gemiddelde mate van STS ervaren werd. Geen van de gezinshuisouders ervaart een hoge mate van STS. De gerelateerde factoren hebben dus enkel betrekking op een lage en gemiddelde mate van ervaren STS.

Zoals eerder genoemd, is er ook gekeken naar kind- en ouderfactoren die mogelijk samenhangen met de mate van ervaren STS. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen opleidingsniveau en STS. Het is opvallend dat er een hogere mate van STS bij laag opgeleide gezinshuisouders werd gevonden. Deze groep besloeg echter maar een klein deel van de onderzoekspopulatie (n=8). Onderzoek met een grotere steekproef is nodig om de bevinding te verifiëren.

Ook is er geen samenhang gevonden tussen de leeftijd van gezinshuisouders en de mate van ervaren STS. Dit voldoet niet aan de verwachting op basis van verschillende onderzoeken (Van Hook & Rothenburg, 2009; Gharamanlou & Brodbeck, 2000; Arvey & Uhleman, 1996; Hensel et al., 2015). Het feit dat deze samenhang in het huidig onderzoek niet significant is, kan worden verklaard doordat de onderzoekspopulatie geen respondenten jonger dan 33 jaar bevat. Zo vindt Van Hook (2008) in zijn onderzoek een hoge mate van STS bij jonge hulpverleners van 18 tot 29 jaar.

In de onderzoekspopulatie van dit onderzoek werd net geen significant verband gevonden tussen het geslacht en de mate van ervaren STS. Wel blijkt dat vrouwen in vergelijking met mannen een hogere mate van STS ervaren. Dit is in overeenstemming met de literatuur (Kassam-Adams, 1999; Meyers en Cornille, 2002; Sprang et al., 2007).

Eveneens werd er voor de constructen aantal kinderen die last ervaren van trauma en stress door externaliserende problematiek net geen samenhang gevonden met de mate van ervaren STS. Wellicht zou onderzoek met een grotere steekproef wel een samenhang kunnen aantonen. In de literatuur was naar beide constructen nog geen eerder onderzoek gedaan. Hierdoor is vooraf geen uitspraak gedaan over de richting van beide samenhangen.

Wel werd er een significante samenhang gevonden tussen ontspanning en STS. Conform de literatuur bleek deze negatief te zijn (Eastwood & Ecklund, 2008). Wanneer een gezinshuisouder dus meer ontspanning ervaart, zal hij minder symptomen van STS ervaren.

Ook voor werkervaring werd aan de hand van de literatuur een negatief verband met STS verwacht (Bober & Regher, 2006; Chrestman, 1995; Hensel et al., 2015). De resultaten zijn echter in de tegengestelde richting gevonden: er bestaat een positieve significante samenhang tussen ervaring als gezinshuisouder en de mate van ervaren STS. Wanneer men meer werkervaring als gezinshuisouder heeft, heeft men in totaliteit meer tijd met getraumatiseerde kinderen doorgebracht en is men dus langer blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen van anderen. Dit is mogelijk een verklaring voor het positieve verband en wordt ook ondersteund door de literatuur. Zo vonden Meyers en Cornille (2002) meer STS symptomen bij hulpverleners die langer bij jeugdbescherming werkten en spreekt Birck (2001) van een verhoogde kans op STS wanneer iemand meer dienstjaren als traumahulpverlener heeft.

Opmerkelijk is de significante negatieve samenhang die er tussen het aantal gezinshuiskinderen per gezinshuis en de mate van ervaren STS is gevonden. Dit betekent dat wanneer er in een gezinshuis minder gezinshuiskinderen wonen, de gezinshuisouder een hogere mate van STS ervaart. Dit is tegen de verwachting in. Er is gezocht naar verklaringen voor deze opvallende bevinding. In eerste instantie werd gedacht dat de gezinshuizen met meer gezinshuiskinderen van franchise gezinshuisouders zijn. Deze kunnen vaak de inzet van pedagogische medewerkers veroorloven en hiermee meer dan gezinshuisouders in loondienst, ontlast worden. Uit analyse van de data blijkt de gevonden samenhang echter niet sterker te zijn bij franchise gezinshuisouders. Een andere mogelijke verklaring is dat gezinshuisouders met meer gezinshuiskinderen, naast de verzorgende taken, minder toekomen aan behandeltaken en daardoor minder worden blootgesteld aan de traumatische gebeurtenissen van gezinshuiskinderen. Verder onderzoek hiernaar is nodig.

Samenvattend kan er geconcludeerd worden dat er gemiddeld een lage mate van STS wordt ervaren binnen de onderzochte groep gezinshuisouders. Voor de totale steekproef geldt hoe meer ervaren ontspanning en hoe meer gezinshuiskinderen per gezinshuis, hoe lager de mate van ervaren STS. Daarnaast blijkt wanneer gezinshuisouders meer ervaring hebben, zij een hogere mate van STS ervaren.

De kracht van dit onderzoek is dat dit het eerste onderzoek is dat zich richt op de mate van ervaren STS bij gezinshuisouders. Hierdoor bieden de resultaten van dit onderzoek nieuwe inzichten. Daarnaast heeft de schaal STS een hoge interne consistentie. Ook zijn er in het huidige onderzoek en het onderzoek van Geserick (2016) verschillende factoren meegenomen die in andere populaties blijken samen te hangen met STS. Er is getracht een goed beeld te verkrijgen van de factoren die mogelijk samenhangen met STS bij gezinshuisouders. Tot slot is de digitale vorm van de vragenlijst een kracht. Onderzoek toont aan dat respondenten eerder deelnemen aan een onderzoek via internet en hierin eerder persoonlijke informatie geven dan bij onderzoek met papieren vragenlijsten (Buchanan, 2000; Van Gelder, Bretveld, & Roeleveld, 2010; Rhodes, Bowie, & Hergenrather, 2003).

Om de gevonden resultaten juist te interpreteren is het van belang om oog te hebben voor de beperkingen van dit onderzoek. Ten eerste kan er geen uitspraak worden gedaan over de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de totale onderzoekspopulatie aangezien het responspercentage 41% bedroeg. De reden waarom een groot deel van de gezinshuisouders niet heeft deelgenomen, is onbekend. Mogelijk ervaren deze non-respondenten een andere mate van STS en kind- en ouderfactoren, waardoor wellicht andere resultaten worden gevonden. Ook zijn voor dit onderzoek alleen de gezinshuisouders van Internetzo benaderd, die gevestigd zijn in Midden-Nederland. Dit maakt de onderzoekspopulatie niet representatief voor de totale populatie aan gezinshuisouders in Nederland. Daarnaast waren er technische aspecten rondom de digitale vragenlijst die het minder gebruiksvriendelijk maakte. Zo ontbrak er een terugknop, werd niet weergegeven hoe ver de vragenlijst gevorderd was en kon de vragenlijst alleen van hetzelfde IP-adres worden hervat. Tot slot zijn de respondenten via de leidinggevende aangeschreven voor het onderzoek. Wellicht waren de respondenten gemotiveerder wanneer het onderzoek door een onafhankelijke partij uitgevoerd werd.

Op basis van huidige onderzoek kunnen er meerdere aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan. Zo is een grotere steekproef, ook bij andere zorginstellingen, nodig om de resultaten betrouwbaarder te maken en de generaliseerbaarheid te vergroten. Dit onderzoek zou dan onafhankelijk van de zorginstelling aangeboden moeten worden. Ook zouden de vragenlijsten gebruiksvriendelijker gemaakt kunnen worden.

Tot slot worden er implicaties voor de praktijk gegeven, zodat zorginstellingen preventief te werk kunnen gaan ten aanzien van STS. Ten eerste is het van belang dat er aan

gezinshuisouders door de zorginstelling voldoende de mogelijkheid wordt geboden om te ontspannen. Wanneer de zorginstelling de inschatting maakt dat hiervoor al voldoende ruimte is gecreëerd, is het aan te bevelen om gezinshuisouders te coachen in het effectief invullen van hun vrije tijd. Verder is het van belang dat de beschikbaarheid van gezinshuisouders met minder gezinshuiskinderen in de gaten wordt gehouden. Daarnaast is het aan te bevelen om oog te hebben voor gezinshuisouders met meer werkervaring en voor jonge en vrouwelijke gezinshuisouders. Het advies is de ProQOL herhaaldelijk af te nemen in de begeleiding van de gezinshuisouders om zo de mate van ervaren STS te monitoren.

Referenties

- Adams, S. A., & Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 2*, 26–34.
doi:10.1037/1931-3918.2.1.26
- Arvay, M. J., & Uhlemann, M. R. (1996). Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling, 30*, 193–210.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly, 19*, 181-188.
doi:10.1080/09515070600811899
- Birck, A. (2001). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology, 7*, 85-90. doi:10.1177/153476560100700203
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*, 1–9. doi:10.1093/brief-treatment/mhj001
- Bonnano, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28.
doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 179-192. doi:10.1037/0021-843X.112.2.179
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B.F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*, 386-393.
doi:10.1037/0735-7028.30.4.386
- Bride, B. E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma and Crisis: An International Journal, 7*, 29-46.
doi:10.1080/15434610490281101
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work, 1*, 63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*, 155–163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27–35. doi:10.1177/1049731503254106
- Buchanan, T. (2000). Potential of the internet for personality research. In: Birnbaum, M. H., ed. (2010). *Psychological experiments on the internet*, 121-140. San Diego, CA: Academic Press
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization. *Smith College Studies in Social Work, 75*, 81-101. doi:10.1300/j497v75n02_06
- Choi, G. Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work, 35*, 225–242. doi:10.1080/03643107.2011.575333
- Chrestman, K. R. (1995). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*, 29 –36. Lutherville, MD: Sidran
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benigt, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11*, 75-86. doi:10.1036/a0033798
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2008). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*, 319-399. doi:10.1080/10615800903085818
- Eastwood, C. D., & Ecklund, K. E. (2008) Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth, 25*, 103-122. doi:10.1080/08865710802309972
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical psychology review, 31*, 25-36. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Field, A. (2013). *Discoverings statistics using spss. Fourth edition*. London: Sage Publications
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). New York: Brunner/Mazel.

- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Ford, J. D. (2011). History of interpersonal violence, abuse, and nonvictimisation trauma and severity of psychiatric symptoms among children in outpatient psychiatric treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 3316–3337. doi:10.1177/0886260510393009
- Gardeniers, M., & De Vries, A. (2011). *Factsheet gezinshuizen. Gezinshuizen in Nederland; een verkenning*. De Glind: Rudolphstichting & Gezinshuis.com
- Geserick, K. (2016). *De mate van ervaren secundaire traumatische stress en de omgevingsfactoren die hiermee samenhangen*. Universiteit Utrecht: ongepubliceerd document
- Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health, 2*, 229–240.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2013). *Statistics for the behavioral sciences*. Wadsworth: Cengage Learning
- Grietens, H., Van Oijen, S., & Ter Huizen, M. (2012). Stressvolle levensgebeurtenissen en traumasymptomen bij pleegkinderen: Een verkennend onderzoek in Noord-Nederland. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 51*, 16-27.
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *Journal of traumatic stress, 28*, 83-91. doi:10.1002/jts.21998
- Jongepier, N. (2012). *Methodiek gezinshuizen. Deel a: methodiekbeschrijving*. Woerden: Van Montfoort/Collegio
- Kassam-Adams, N. (1995). *The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists*. The Sidran Press.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology, 14*, 32–44. doi:10.1177/1534765608319083
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassan-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., & Wong, M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care,

- juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 396-404.
doi:10.1037/0735-7028.39.4.396
- Lubbersen, L. (2015). *Factsheet gezinshuizen 2014*. De Glind: Gezinspiratieplein
- Meldrum, L., King, R., & Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 85–106). New York: Brunner-Routledge.
- Meyers T. W., & Cornille T. A. (2002). The Trauma of Working. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82, 5–26.
- Paley, B., O'Connor, M. J., Frankel, F., & Marquardt, R. (2006). Predictors of stress in parents of children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 396–404.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558–565. doi:10.1037/0735-7028.26.6.558
- Rhodes, S. D., Bowie, D. A., & Hergenrather, K. C. (2003). Collecting behavioural data using the world wide web: Considerations for researchers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 68-73. doi:10.1136/jech.57.1.68
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *The Original Journal of Issues in Nursing*, 16, 1-12. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- Sawyer, M. G., Carbone, J. A., Searle, A. K., & Robinson, P. (2007). The mental health and well-being of children and adolescents in home-based care. *Medical Journal of Australia*, 186, 181-184
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167–174.
doi:10.1023/A:1022899207206
- Social Care Institute for Excellence (SCIE) (2004). *SCIE guide 7: Fostering*. London: SCIE
- Spoelstra, J., De Baat, M., Ter Meulen, G., & Vinke, A. (2015). *Methodisch matchen*. ADOC, Nederlands Jeugdinstituut en Gezinspiratieplein

- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma, 12*, 259-2980. doi:10.1080/15325020701238093
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare, 90*, 149-168.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Taylor, R. D., Lopez, E. I., Bundescu, M., & McGill, R. K. (2012). Parenting practices and adolescent internalizing and externalizing problems: Moderating effects of socially demanding kin relations. *Journal of Child and Family Studies, 21*, 474-485. doi:10.1007/s10826-011-9501-0
- Ter Meulen, G., Vinke, A., De Baat, M. & Spoelstra, J. (2014). *Matching van langdurig uithuisgeplaatste jeugdigen aan een pleeggezin of gezinshuis. Een overzicht uit de literatuur*. ADOC, Nederlands Jeugdinstituut en Gezinspiratieplein
- Van Gelder, M. M., Bretveld, R. W., & Roeleveld, N. (2010). Web-based questionnaires: The future in epidemiology? *American Journal of Epidemiology, 172*, 1292-1298. doi:10.1093/aje/kwq291
- Van Grinsven, F., & Holdorp, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties. Kennisdocument voor professionals in pleegzorg, gezinshuizen en residentiële woonvormen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Van Hook, M. P., & Rothenburg, M. (2009). Quality of life and compassion satisfaction/ fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community-based care organizations in central Florida. *Social Work and Christianity, 36*, 36-54.
- Verweij, A. (2008). *Onderwijsdeelname: Indeling opleidingsniveau Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM
- Voss Horell, S. C., Holohan, D. R., Didion, L. M., & Vance, G. T. (2011). Treating traumatized OEF/OIF veterans: How does trauma treatment affect the clinician? *Professional Psychology: Research and Practice, 42*, 79-86. doi:10.1037/a0022297
- Way, I., Van Deusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 49-71. doi:10.1177/0886260503259050

Wee, D. F., & Myers, D. (2002). Stress response of mental health workers following disaster:

The Oklahoma City bombing. In E. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp.57–83).

New York: Bruner/Mazel.

Zurbriggen, E. L. (2011). Preventing secondary traumatization in the undergraduate classroom:

Lessons from theory and clinical practice. *Psychological trauma: Theory, research,*

practice, and policy, 3, 223-228. doi:10.1037/a0024913