



**Nationaal
Psychotrauma
Centrum**

**ARQ Kenniscentrum
Impact van Rampen
en Crises**

Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals

**Een handreiking voor de praktijk bij
ingrijpende gebeurtenissen**

Deelnemende organisaties



Colofon

Opdrachtgever Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC)

Verantwoordelijk uitvoerende ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises

Projectleider en eindredactie Dr. Fieke Bruggeman-Everts

Ontwerp en opmaak hollandse meesters

© 2023 ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

Het gebruik van de inhoud van deze richtlijn als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Deze beleidsrichtlijn inclusief bijlagen en bronvermelding is digitaal beschikbaar via www.arq.org of impact@arq.org.

ISBN 9789078273264 | NUR 807

Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals

Een handreiking voor de praktijk bij
ingrijpende gebeurtenissen

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
1. Inleiding en methode	10
1.1. Doelstelling	11
1.2. Doelgroep en toepassing	13
1.3. Methode	14
1.3.1. Project- en stuurgroep	14
1.3.2. Knelpuntenanalyse	14
1.3.3. Uitgangsvragen vaststellen en systematisch beantwoorden	15
1.3.4. Bruikbaarheidstest, commentaarfase en autorisatie	15
1.3.5. Herziening en doorontwikkeling	16
2. Visie op psychosociale zorg bij ingrijpende gebeurtenissen	18
2.1. Stapsgewijs meer hulpverlening	19
2.2. Generiek toepasbaar binnen de zorgsector	20
3. Voorbereid op ingrijpende gebeurtenissen	22
3.1. Zorgzame werkomgeving	23
3.2. Preventie- en organisatiestrategieën voor omgaan met ingrijpende gebeurtenissen	27
4. Collegiale ondersteuning	30
4.1. Rollen en taken	31
4.2. Organisatie van collegiale ondersteuning	33
4.2.1. Competenties collegiaal ondersteuners	35
4.2.2. Competenties leidinggevendenden, coördinatoren of opleiders	36
4.2.3. Kwaliteitsborging georganiseerde collegiale ondersteuning	36
4.3. Signalering en monitoring van het welzijn van zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen	37
5. Inzet professionele hulpverlening	38
5.1. Doorgeleiding op basis van indicaties en protocol	40
5.2. Professionele hulp organiseren en aanbieden	41

Bijlagen	42
Bijlage 1. Deelnemers	44
Bijlage 2. Methode literatuurstudie	51
Bijlage 2.1 – Literatuuronderzoek uitgangsvraag 6	53
Bijlage 2.2 – Literatuuronderzoek uitgangsvragen 7 t/m 18	54
Bijlage 2.3 – Tabel zoekstrategie OVID Medline All	56
Bijlage 3. Methode verkennende desksearch	64
Bijlage 4. Evidence Report	68
Bijlage 4.1 – Resultaten literatuurstudie uitgangsvraag 6	133
Bijlage 4.2 – Lijst met aanbevelingen	139
Bijlage 5. Verslag bruikbaarheidstesten	151
Bronvermelding	156

Samenvatting

Hoofdstuk 1. Inleiding en Methode

- Psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkplek verdient structurele aandacht, zowel preventief als curatief. Een juiste en tijdige ondersteuning van zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen kan verzuim en verloop voorkomen en daarmee extra druk op de zorg verminderen.
- Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC) heeft ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises begin 2020 de opdracht gegeven om tot een beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen te komen.
- ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises ontwikkelde eerder de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden, in samenwerking met een aantal hoog-risicoberoepen zoals Politie, Brandweer, Defensie en Ambulancezorg. Deze beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen (hierna 'beleidsrichtlijn') is een adaptatie van de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden.
- Deze beleidsrichtlijn is geschreven voor het management van organisaties waarin zorgprofessionals werkzaam zijn, opleiders en begeleiders van zorgprofessionals in opleiding en brancheverenigingen en beroepsverenigingen van zorgprofessionals. Ook kan de zorgprofessional (in opleiding) zelf kennis en richting ontleen aan de beleidsrichtlijn.
- De beleidsrichtlijn geeft richting bij het vormgeven en uitvoeren van beleid voor optimale psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals, zodat stressgerelateerde gezondheidsklachten bij ingrijpende gebeurtenissen (met verloop en verzuim als gevolg) zoveel mogelijk worden voorkomen. Onder ingrijpende gebeurtenissen op het werk wordt onder andere verstaan: ongewenst gedrag (zowel van patiënten als collega's), patiëntveiligheidsincidenten, ingediende klachten of plotselinge verandering van werkomstandigheden door een pandemie of ramp.
- De aanbevelingen in deze richtlijn zijn tot stand gekomen door het volgen van de *evidence-based* richtlijnontwikkeling (EBRO) methodiek, waarin wetenschappelijke kennis en praktijkkennis in consensus tot elkaar worden gebracht. Een brede vertegenwoordiging van de doelgroep 'zorgprofessionals' nam deel in een projectgroep (met daarin ervaringsdeskundigheid) en een stuurgroep (met eindverantwoordelijken voor beleid). Met deze twee groepen is het EBRO-consensustraject afgelegd en is de richtlijntekst opgesteld. Deelnemende organisaties zijn: Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), ActiZ, Vereniging

Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Nederlandse GGZ, Brancheorganisaties Zorg (BoZ), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), De Jonge Specialist, De Jonge Dokter, De Geneeskundestudent, Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV), MBO Raad en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). De Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP) en de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) van Defensie hadden een adviesrol. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) hadden een monitorrol.

Hoofdstuk 2. Visie op psychosociale zorg bij ingrijpende gebeurtenissen

- Uitgangspunt van de beleidsrichtlijn is dat de aanbevelingen in deze beleidsrichtlijn generiek toepasbaar zijn voor organisaties binnen de zorgsector. De inrichting van de psychosociale ondersteuning – en de wijze waarop dit organisatorisch gestructureerd wordt – verschilt afhankelijk van de mogelijkheden en werkwijzen binnen de verschillende organisaties. Deze richtlijn dient als uitgangspunt bij het (verder) ontwikkelen van procedures en protocollen voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals binnen de betrokken organisaties.
- Het Kringenmodel (zie [pagina 21](#)) ligt ten grondslag aan de visie van deze beleidsrichtlijn en laat zien welke partijen zich rondom de zorgprofessional bevinden die een rol spelen in de zorg en ondersteuning. De zorgprofessional staat centraal in de psychosociale ondersteuning die na ingrijpende gebeurtenissen geboden wordt. De zorgprofessional is in eerste instantie verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Zodra het nodig is, kan in tweede instantie steun gezocht worden bij de omliggende kringen, waarbij naar buiten toe stapsgewijs meer (professionele) hulpverlening wordt ingezet.
- Bij de invulling van psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen is het enerzijds van belang dat men niet te veel afwachtend is en mensen met problemen over het hoofd ziet. Anderzijds is het zaak geen onnodige of verkeerde hulp te bieden of op te dringen.

Hoofdstuk 3. Voorbereid op ingrijpende gebeurtenissen

- Psychosociale ondersteuning begint bij het creëren van gunstige arbeidsomstandigheden, waarbij de organisatie en zorgprofessionals zijn voorbereid op ingrijpende gebeurtenissen. Een zorgzame werkomgeving wordt gekenmerkt door onder andere sociale steun op het werk, het stimuleren van werkplezier, een aantrekkelijke werkplek, een gezond rooster, een goede werk-privébalans en ondersteuning bij loopbaanontwikkeling. Indien een ingrijpende gebeurtenis zich voordoet is er erkenning voor de mentale impact van ingrijpende gebeurtenissen en wordt emotionele en praktische steun geboden.
- Een aantal *evidence-based* voorbeelden van strategieën die kunnen worden ingezet ter preventie van de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen:
 - bevorderen van veilig en gezond werken;
 - protocollen inbedden voor omgaan met ingrijpende gebeurtenissen;
 - regelmatig monitoren van het welbevinden van zorgprofessionals;
 - organiseren van collegiale ondersteuning;
 - professionele hulpverlening beschikbaar stellen indien ernstige klachten zich voordoen.

Hoofdstuk 4. Collegiale ondersteuning

- Bij collegiale ondersteuning worden speciaal hiervoor opgeleide collega's ingezet om te ondersteunen bij ingrijpende gebeurtenissen. Als collegiaal ondersteuners worden ook wel beschouwd: bedrijfsopvangteams, peer support, intercollegiale coaches en collegiaal netwerkers.
- Collegiale ondersteuning kan het sociale netwerk mobiliseren, draagt bij aan een open sfeer, vergemakkelijkt het vinden van professionele hulpverlening indien nodig en voorziet in een belangrijke signalerings- en doorgeleidingsfunctie naar professionele hulpverlening.
- Bij collegiale ondersteuning kunnen vier stappen worden onderscheiden: signaleren van klachten, constateren dat collegiale ondersteuning gewenst is, inroepen van collegiale ondersteuning en uitvoeren van collegiale ondersteuning.
- De eerste informele opvang na een ingrijpende gebeurtenis vindt plaats door directe collega's en eventueel de leidinggevende.
- Collegiale ondersteuning wordt aangeboden indien sprake is van een ingrijpende gebeurtenis of als de zorgprofessional zelf aangeeft dat deze behoefte heeft aan ondersteuning. Een derde mogelijkheid is dat een coördinator, leidinggevende, opleider of collega signaleert dat er behoefte is aan ondersteuning. Proactief benaderen van de zorgprofessional is gewenst om de beschikbare zorg onder de aandacht te brengen.

- De zorgprofessional wordt in de gesprekken (maximaal drie) in de gelegenheid gesteld om het eigen verhaal te vertellen (feiten worden nabesproken, indien wenselijk met meerdere betrokkenen) en eventuele emoties te uiten.
- Het is van belang om de collegiale ondersteuning niet te lang in te zetten, zodat er enerzijds ruimte is voor eigen herstel en anderzijds om te voorkomen dat verwijzing naar professionele hulpverlening te laat gebeurt.
- Het wordt aanbevolen om de privacy te waarborgen en collegiale ondersteuning te evalueren voor kwaliteitsverbetering.

Hoofdstuk 5. Inzet professionele hulpverlening

- De collegiaal ondersteuner heeft een proactieve rol in het adviseren om door te verwijzen, indien deze hier indicaties voor signaleert tijdens de gesprekken. De leidinggevende en de Arbo professionals hebben hierin ook een proactieve rol.
- Voor de zorgprofessional is duidelijke informatie voorhanden over wat de professionele hulp inhoudt. Het is mogelijk om zowel binnen als buiten de organisatie professionele hulp te krijgen. De contracten met professionele zorgverleners zijn geregeld. Het is duidelijk voor de zorgprofessional hoe deze hulp verkregen kan worden.
- De organisatie betreft de bedrijfsarts proactief bij besluitvorming over welke zorg effectief is bij stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen. Arbo professionals en andere professionele hulpverleners werken volgens de meest recente professionele richtlijnen op het gebied van professionele hulpverlening bij werkgerelateerde gezondheidsklachten.

Inleiding en methode

Hoofdstuk 1. Inleiding en methode

Voor u ligt een *evidence-based* multidisciplinaire beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals. Psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkplek verdient structurele aandacht, zowel preventief – het moet niet pas ingezet worden als er klachten of problemen zijn – als curatief. Een juiste en tijdige ondersteuning van zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen kan verzuim en verloop voorkomen en daarmee extra druk op de zorg verminderen.

Als expert op het gebied van ingrijpende gebeurtenissen bij zogenaamde hoog-risicoberoepen ontwikkelde ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises in 2010 de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden¹, in samenwerking met organisaties zoals Politie en Brandweer, Defensie en Ambulancezorg Nederland. Eind 2020 heeft Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWiC) aan ARQ opdracht gegeven om van de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden een adaptatie te maken naar een beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals. Stichting ZWiC wil daarmee tegemoetkomen aan de behoefte binnen de sector Zorg en Welzijn: concrete, structurele en werkzame vormen van psychosociale ondersteuning realiseren, zodat de bevoegdheid en veerkracht van zorgprofessionals behouden kan blijven.

1.1. Doelstelling

Het doel van deze beleidsrichtlijn is om aanbevelingen te geven over de organisatie van optimale psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionalsⁱ, zodat stressgerelateerde gezondheidsklachten bij ingrijpende gebeurtenissen (met verloop en verzuim als gevolg) zoveel mogelijk worden voorkomen. De beleidsrichtlijn biedt daarbij een gedeeld beeld (norm of standaard) door de zorgsector onderschreven, met gemeenschappelijke taal en met verwijzingen naar richtlijnen die er al liggen. Het biedt op bewijs gebaseerde inzichten en praktische aanbevelingen bij de invulling, organisatie en kwaliteit van psychosociale ondersteuning in de zorgsector.

ⁱ Waar in deze beleidsrichtlijn 'zorgprofessionals' staat, wordt de hele doelgroep bedoeld zoals beschreven onder paragraaf 1.2.

Onder stressgerelateerde gezondheidsklachten worden verstaan: vermoeidheid, uitputting, disfunctioneren, disbalans in werk-privésfeer, morele stress, angst, spanningsklachten, acuut stressyndroom, posttraumatisch stressyndroom, ongevoeligheid, emotionele afvlakking, depressieve stoornis, toename alcohol- en/of middelengebruik, slaapstoornissen, arbeidsconflicten en burn-out; met als mogelijk gevolg toename in ziekteverzuim, verloop of arbeidsongeschiktheid.

Wat voor de één ingrijpend is, hoeft dat voor de ander niet te zijn. Bovendien kan een gebeurtenis die voorheen nooit ingrijpend was, ineens als ingrijpend ervaren worden. Ook kan de opeenstapeling van meerdere gebeurtenissen als ingrijpend worden ervaren. Een ingrijpende gebeurtenis kan zowel direct als indirect ingrijpend zijn; een gebeurtenis kan als ingrijpend worden ervaren zonder dat iemand zelf aanwezig was bij de gebeurtenis. De mate van kwetsbaarheid en veerkracht met betrekking tot de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen op het werk, is afhankelijk van tal van factoren op zowel werk- als privégebied. Deze beleidsrichtlijn is gericht op psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen in de werkomgeving van zorgprofessionals.

Onder ingrijpende gebeurtenissen op het werk worden verstaan:

- ongewenst gedrag, zoals pesten, seksuele intimidatie, discriminatie, bedreiging, buitensluiten, agressie en geweld (verbaal of fysiek), zowel door (naasten van) patiënten (extern) als collega's (intern), en ongewenst gedrag in (sociale) media;
- blootstelling aan chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire stoffen (CBRN);
- patiëntveiligheidsincidenten, calamiteiten of complicaties;
- gebeurtenissen rondom de zorg voor patiënten met een grote emotionele impact, zoals het vaak meemaken van overlijdensgevallen, onverwacht overlijden, uitzichtloos lijden of overlijden van een jong iemand;
- ingediende klachten tegen de zorgprofessional (al dan niet terecht) en (mogelijk) tuchtrechtelijke zaken;
- plotselinge verandering van werkomstandigheden (bijvoorbeeld door een pandemie of een ramp) leidend tot bijvoorbeeld aanhoudende hoge werk- en regeldruk, een ongezond rooster en/of morele stress.

1.2. Doelgroep en toepassing

De doelgroep van deze beleidsrichtlijn bestaat uit zorgprofessionals die medische zorg, behandeling, verzorging, begeleiding en/of verpleging verlenen, zoals verpleegkundigen, verzorgenden, artsen en begeleiders. Zij zijn werkzaam in onder andere ziekenhuizen, UMC's, huisartsenpraktijken, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdzorg en in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT-sector). De doelgroep omvat zorgprofessionals die in loondienst werken, in opleiding zijn (zoals studenten, stagiaires, coassistenten en AIOS), werkzaam zijn als ZZP'er, uitzendkracht of tijdelijke invulkracht en zorgprofessionals die zelf leidinggevende of werkgever zijnⁱⁱ.

De gebruikers van deze beleidsrichtlijn zijn: het management van de organisaties waarin zorgprofessionals werkzaam zijn (inclusief maatschappen), opleiders en begeleiders van zorgprofessionals in opleiding en brancheverenigingen en beroepsverenigingen van de doelgroep. Ook kan de zorgprofessional (in opleiding) zelf kennis ontleen aan de beleidsrichtlijn.

Deze beleidsrichtlijn ondersteunt bij het vormgeven van beleid en bij de uitvoering van psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen. Ook ondersteunt deze beleidsrichtlijn bij het concretiseren van het naleven van de Arbowet, in het bijzonder op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting. Volgens de Arbowet dient de werkgever beleid te voeren dat erop is gericht om psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen of te beperken als dit een risico vormt binnen de organisatie. Daarnaast heeft de medewerker zelf een verplichting om naar eigen vermogen zorg te dragen voor de eigen veiligheid en gezondheid en die van andere betrokken personen.

De beleidsrichtlijn kan naast de doelgroep en de gebruikers ook van toepassing zijn op medewerkers in de zorg die niet direct vertegenwoordigd zijn in de project- en stuurgroep voor de ontwikkeling van deze richtlijn (zie [paragraaf 1.3.1](#)). Enkele voorbeelden zijn: vrijwilligers, mantelzorgers, paramedici, vaktherapeuten, hulp in de huishouding, schoonmakers van zorginstellingen en facilitair zorgmedewerkers. Tevens zijn de aanbevelingen in deze richtlijn relevant voor professionele hulpverleners die betrokken zijn bij de psychosociale (na)zorg van zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen. Enkele voorbeelden zijn: (medisch) psychologen, bedrijfsartsen, preventiemedewerkers, vertrouwenspersonen (intern en extern) en de (Nationale) ombudsman voor professionals in de zorg.

ⁱⁱ Waar in deze beleidsrichtlijn 'werkomgeving' staat, wordt ook 'stage- of leerplek' bedoeld. Waar 'collega' staat, wordt ook 'mede-stagiair' of 'medestudent' bedoeld. Waar 'opleider' staat, wordt de opleider op de werkplek of stage bedoeld.

De beleidsrichtlijn bevat op zoveel mogelijk bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen, die generiek toepasbaar zijn voor organisaties binnen de zorgsector. De inrichting en implementatie van psychosociale ondersteuning verschilt afhankelijk van de mogelijkheden en werkwijzen binnen de verschillende organisaties. Op basis van de eigen professionele verantwoordelijkheid kan met argumenten worden afgeweken van de aanbevelingen in deze beleidsrichtlijn. Deze richtlijn is het uitgangspunt bij het (verder) ontwikkelen van procedures en protocollen voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals binnen de betrokken organisaties.

1.3. Methode

De beleidsrichtlijn bouwt voort op de *evidence-based* richtlijnontwikkeling (EBRO)² van de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden. Met het volgen van de EBRO-methodiek worden een aantal stappen doorlopen voor transparante en reproduceerbare richtlijnen. Bij het ontwikkeltraject is de van EBRO afgeleide AQUA-leidraad³ gevolgd. Hieronder wordt de methode van het ontwikkeltraject van deze beleidsrichtlijn toegelicht.

1.3.1 Project- en stuurgroep

Een multidisciplinaire projectgroep (met daarin ervaringsdeskundigheid) en een stuurgroep (met eindverantwoordelijken voor beleid) zijn samengesteld (zie [Bijlage 1](#)). Met deze personen is het EBRO-consensustraject afgelegd. Op grond daarvan zijn de aanbevelingen in deze beleidsrichtlijn geformuleerd. De leden van de project- en stuurgroep vertegenwoordigen de doelgroep zoals gespecificeerd in [paragraaf 1.2](#).

Naast vertegenwoordigers van de doelgroep zijn andere stakeholders betrokken door zitting te nemen in de project- en stuurgroep. Zo is de beroepsvereniging van en voor bedrijfsartsen (NVAB) vertegenwoordigd in de projectgroep. In een adviserende rol zijn de Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP) en Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) van Defensie vertegenwoordigd in de projectgroep. In een monitorrol zijn het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Arbeidsinspectie (voorheen Inspectie SZW) vertegenwoordigd in de stuurgroep.

1.3.2 Knelpuntenanalyse

In de aanloop naar de ontwikkeling van deze beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals, zijn in het voorjaar van 2021 interviews gehouden bij zes zorgorganisaties. Deze organisaties vertegenwoordigen verschillende sectoren waar directe zorg aan coronapatiënten werd geleverd: een algemeen ziekenhuis (interne geneeskunde), drie academische ziekenhuizen (IC/COVID afdeling, hematologie afdeling en spoedeisende hulp), een ouderenzorginstelling en een thuiszorginstelling. Bij deze organisaties werd zowel een manager als een verpleegkundige geïnterviewd (n=12).

In de interviews werd gevraagd naar de ondersteuningsbehoeften van verpleegkundigen en de ervaringen met enkele veelgebruikte ondersteuningsvormen, zoals peer support, moreel beraad en Mental Check Up-gesprekken. Verpleegkundigen benoemden de voordelen van diverse ondersteuningsvormen. Duidelijk werd ook dat deze ondersteuningsvormen pas in tweede instantie in beeld komen als het team er zelf niet uitkomt. Deze bevindingen passen bij het Kringenmodel⁴ (zie nadere toelichting in [Hoofdstuk 2](#)), dat schematisch weergeeft dat de steun van de directe omgeving centraal staat. Indien dat onvoldoende blijkt, kan stapsgewijs meer professionele hulpverlening worden ingezet. De bevindingen zijn in april 2021 gepubliceerd in het vakblad TVZ⁵.

Naast bovenstaand onderzoek zijn er uitgangsdokumentten geselecteerd voor de knelpuntenanalyse. Het betrof de volgende documenten: de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden¹, het Actieplan Veilig Werken in de Zorg⁶, het rapport Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals⁷ en het rapport Co-fit⁸. Uit deze uitgangsdokumentten kwam naar voren dat zorgprofessionals regelmatig aan ingrijpende gebeurtenissen worden blootgesteld en dat er behoefte is aan duidelijkheid over het organiseren en verlenen van psychosociale zorg met betrekking tot het werk.

1.3.3 Uitgangsvragen vaststellen en systematisch beantwoorden

De beleidsrichtlijn is ontwikkeld op grond van achttien uitgangsvragen. Deze zijn afgeleid van de uitgangsvragen uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden en aangepast op basis van de knelpuntenanalyse. De uitgangsvragen zijn in de project- en stuurgroep besproken en vastgesteld. Vervolgens zijn de uitgangsvragen systematisch beantwoord aan de hand van:

- resultaten van de literatuurstudie ([Bijlage 2](#));
- verkennende desksearch van rapporten, presentaties en andere richtlijnen ([Bijlage 3](#));
- interviews met experts op het gebied van psychosociale ondersteuning;
- overige overwegingen van de projectgroepleden.

Alle gegenereerde kennis is verzameld in het Evidence Report ([Bijlage 4](#)), dat bestaat uit de uitgangsvragen, antwoorden, conclusies en aanbevelingen. De aanbevelingen uit het Evidence Report zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Deze vormen de basis voor de huidige richtlijntekst. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van deze richtlijn en vergroot de helderheid voor de gebruiker van deze richtlijn.

1.3.4 Bruikbaarheidstest, commentaarfase en autorisatie

De aanbevelingen uit het Evidence Report zijn samen met een uitleg over de visie van deze beleidsrichtlijn op psychosociale ondersteuning (zoals omschreven in [Hoofdstuk 2](#)) verwerkt tot een concept richtlijntekst. De concept richtlijntekst is aangeboden voor commentaar aan

de project- en stuurgroepleden en hun achterban, inclusief de partijen in een advies- of monitorrol (zie [Bijlage 1](#)). Stichting IZZ is als externe stakeholder betrokken geweest tijdens de commentaarfase om feedback te geven.

Parallel aan de commentaarfase is de concept richtlijntekst getoetst op bruikbaarheid bij twee verschillende zorgorganisaties (zie verslag bruikbaarheidstesten in [Bijlage 5](#)). Al het commentaar op de concept richtlijntekst en de resultaten uit de bruikbaarheidstesten, is verwerkt met instemming van de projectgroep. De definitieve richtlijntekst is akkoord bevonden voor publicatie door de stuurgroep.

1.3.5 Herziening en doorontwikkeling

De betrokken partijen die zowel vertegenwoordigd zijn in de project- als stuurgroep (V&VN, FMS, NFU, NVZ, ActiZ, VGN, de Nederlandse GGZ, BoZ, LHV, NHG, De Jonge Specialist, De Jonge Dokter, De Geneeskundestudent, LOOV, MBO Raad en NVAB; zie [Bijlage 1](#)), hebben zich gecommitteerd aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het up-to-date houden van deze beleidsrichtlijn. Dit houdt in dat nieuwe bevindingen uit de wetenschap en ervaringen uit het veld zoveel mogelijk verwerkt worden in een herziene versie van deze beleidsrichtlijn. Het streven is om voor herziening een standaardtermijn van vijf jaar aan te houden, dus om uiterlijk in december 2027 samen te komen. Voor de herziening dient opnieuw een projectgroep geïnstalleerd te worden. De vereniging Brancheorganisaties Zorg (BoZ) heeft toegezegd om daartoe alle betrokken partijen bijeen te roepen.

Bij de herziening kunnen tevens resultaten worden opgenomen van een implementatieproject dat wordt uitgevoerd door ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises in opdracht van Stichting ZWiC. Dit project start in 2023. In dit project worden onder andere in kaart gebracht: 1) implicaties van het toepassen van de aanbevelingen, 2) indicatoren voor het naleven van de richtlijn in de vorm van een checklist en 3) bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de richtlijn.

Visie

Hoofdstuk 2. Visie op psychosociale zorg bij ingrijpende gebeurtenissen

In deze beleidsrichtlijn staat de zorgprofessional centraal in de psychosociale ondersteuning die na ingrijpende gebeurtenissen geboden wordt. Daarmee gaat deze richtlijn uit van de veerkracht van het individu en de steunende context die de collegiale omgeving biedt.

De visie van deze beleidsrichtlijn bouwt voort op de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden¹ en de knelpuntenanalyse (zie [paragraaf 1.3.2](#)). Net als in de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden worden in deze beleidsrichtlijn een aantal fasen beschreven van het organiseren van psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen. Deze fasen zijn: preventie, signalering, opvang en indien nodig doorverwijzing naar professionele zorg. Het monitoren van het welbevinden van de zorgprofessional is continu aan de orde op de werkplek. Dit vindt altijd plaats, ongeacht of er een ingrijpende gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

2.1. Stapsgewijs meer hulpverlening

Het Kringenmodel⁴ (zie Figuur 1) laat zien welke partijen een rol spelen in de zorg en ondersteuning van de zorgprofessional. Daarbij is de zorgprofessional in eerste instantie verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Zodra het nodig is, kan in tweede instantie steun gezocht worden bij de omliggende kringen, waarbij naar buiten toe stapsgewijs meer (professionele) hulpverlening wordt ingezet.

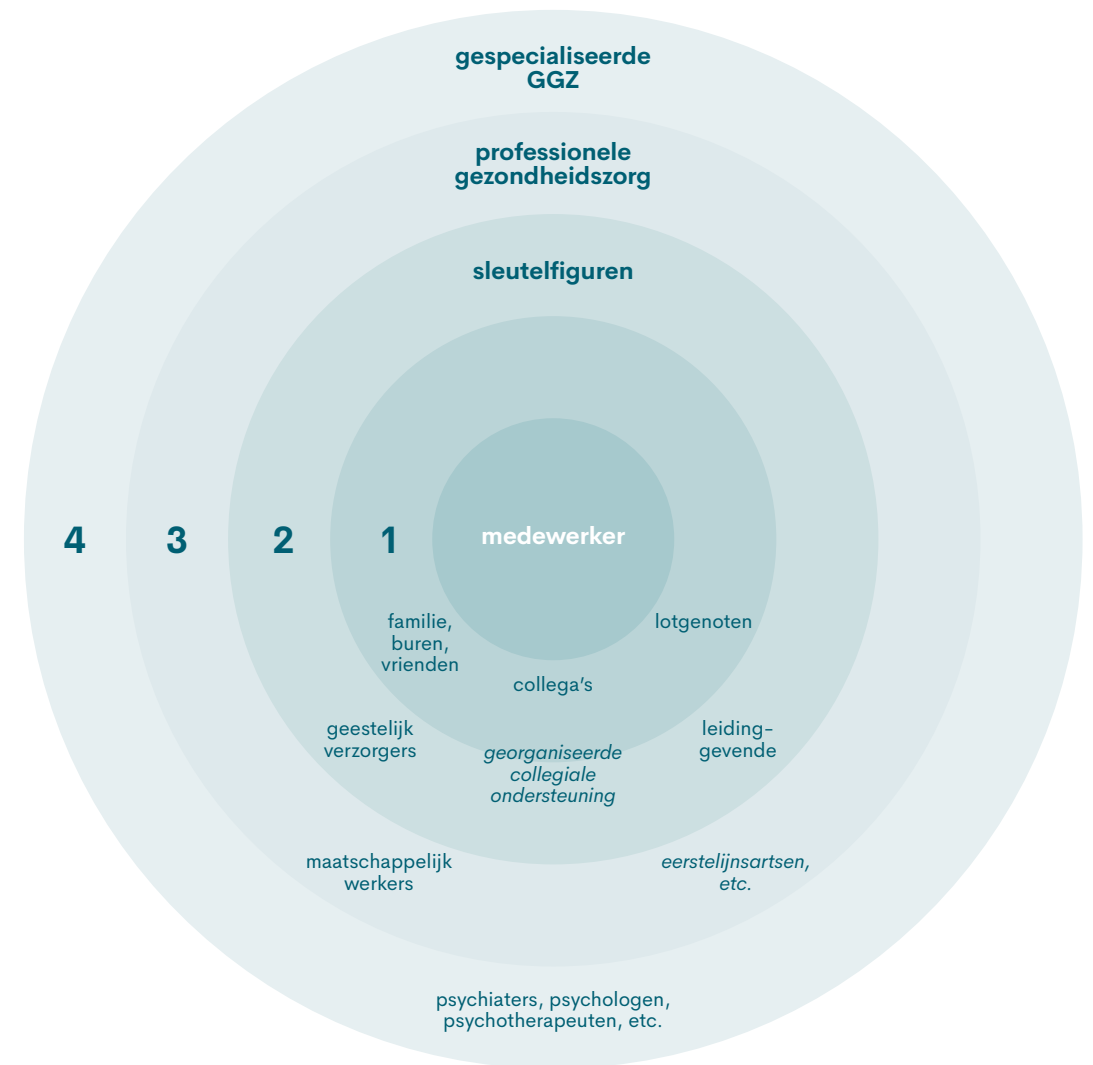
De eerste kring bestaat uit familie, vrienden, collega's, medestudenten en lotgenoten. De tweede kring bestaat uit betrokkenen die niet tot de gezondheidszorg worden gerekend, zoals leidinggevenden, opleiders, vertrouwenspersonen of bestuurders. De georganiseerde collegiale ondersteuning (zoals de bestaande bedrijfsopvangteams, peer supporters, intercollegiale coaches en collegiaal netwerkers) valt binnen deze tweede kring en overlapt deels met de eerste kring. Indien nodig kan in de tweede kring, al dan niet via collegiale ondersteuning, ondersteuning geboden worden door Arbo professionals (zoals de bedrijfsarts en taakgedelegeerden, bedrijfsmaatschappelijk werkers en Arbeids- en Organisatiedeskundigen).

Zij kunnen de stap van de tweede naar de derde kring begeleiden. De derde kring komt overeen met de eerstelijnszorg (zoals de huisarts en POH-GGZ). Ook bedrijfsartsen en maatschappelijk werkers kunnen in deze derde kring ondersteuning aanbieden. Pas als er sprake is van ernstige psychische of psychosociale problematiek wordt naar de vierde kring verwezen.

Bij de invulling van psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen is het enerzijds van belang dat men niet te veel afwachtend is en mensen met problemen over het hoofd ziet. Anderzijds is het zaak geen onnodige of verkeerde hulp te bieden of op te dringen.

2.2. Generiek toepasbaar binnen de zorgsector

Het uitgangspunt van deze beleidsrichtlijn is dat de aanbevelingen generiek toepasbaar zijn voor organisaties binnen de zorgsector. De inrichting van de psychosociale ondersteuning – en de wijze waarop dit organisatorisch gestructureerd wordt – verschilt afhankelijk van de mogelijkheden en werkwijzen binnen de verschillende organisaties. Deze richtlijn is het uitgangspunt bij het (verder) ontwikkelen van procedures en protocollen voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals binnen de betrokken organisaties.



Figuur 1: Kringenmodel⁴

Vorbereid op ingrijpende gebeurtenissen

Hoofdstuk 3. Vorbereid op ingrijpende gebeurtenissen

Psychosociale ondersteuning begint bij het creëren van gunstige arbeidsomstandigheden, waarbij de organisatie en zorgprofessionals zijn voorbereid op ingrijpende gebeurtenissen. In dergelijke arbeidsomstandigheden zetten werkgevers en zorgprofessionals zich in voor een gezonde en veilige werkomgeving, een gezonde leefstijl van zorgprofessionals, het bevorderen van veerkracht en welbevinden en voor voldoende competenties en vaardigheden om te handelen bij ingrijpende gebeurtenissen.

Op basis van een wetenschappelijke literatuurstudie werden specifiek voor het werk in de zorgsector gevonden:

- beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten op het werk (zie [paragraaf 3.1](#));
- preventie- en organisatiestrategieën die kunnen helpen bij het verminderen van de impact van ingrijpende gebeurtenissen (zie [paragraaf 3.2](#)).

3.1. Zorgzame werkomgeving

De kans dat een ingrijpende gebeurtenis tot klachten leidt, is kleiner als beschermende factoren aanwezig en risicoversterkende factoren afwezig zijn op het werk. Hieronder wordt een schets gegeven van een werkomgeving waarin de kans op de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen zo klein mogelijk is. In een dergelijke zorgzame werkomgeving kan het bieden van opvang en nazorg, signaleren, monitoren en doorverwijzen naar professionele hulpverlening beter ingebed worden.

Door externe factoren is het ondanks inspanningen niet altijd mogelijk om een optimaal zorgzame werkomgeving te realiseren. Zo kan het in tijden van krapte op de arbeidsmarkt onmogelijk blijken voldoende bevoegd personeel te vinden en een gezond rooster te maken. Dat laat onverlet dat alle onderstaande kenmerken van belang zijn voor het creëren van een optimaal zorgzame werkomgeving.



Een zorgzame werkomgeving heeft de volgende kenmerken:

- a) Er is erkenning voor de mentale impact van ingrijpende gebeurtenissen (ook meerdere ingrijpende gebeurtenissen achter elkaar) op het werk, zowel bij medewerkers, leidinggevenden en opleiders, als het bestuur en hoger management. Het hebben van mentale klachten is bespreekbaar en de impact ervan wordt niet gebagatelliseerd. De drempel tot het melden van een ingrijpende gebeurtenis is laag. Er wordt zowel emotionele als praktische steun geboden na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Geleerde lessen worden ingebed in preventieve trainingen. Er is ruimte en er zijn middelen om initiatieven uit te voeren ter bevordering van de veiligheid op het werk. Er is nazorg, er zijn opvanggesprekken en er wordt informatie gegeven over hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Tijdens plotse verandering van werkomstandigheden – bijvoorbeeld door een pandemie of een ramp – is er ondanks drukte voldoende aandacht en tijd voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals en het team.
- b) Er is sociale steun op het werk. Dit uit zich in wederzijdse empathie, betrokkenheid, waardering en erkenning.
- c) Er is een open, vertrouwende en lerende cultuur. Men voorziet elkaar van constructieve feedback, is bereid om van elkaar te leren en heeft daartoe de ruimte onder werktijd.
- d) Er is duidelijkheid over de rol die ieder vervult (*teamwork*), de taakverdeling is efficiënt, er zijn duidelijke werkprocedures en er is samenwerking tussen verschillende disciplines. Het team heeft een sterke teamidentiteit (sociale cohesie) en er is een mix van kwaliteiten en ervaring in het team. Beginnende, nieuwe, in opleiding zijnde en/of jonge zorgprofessionals worden ondersteund door mentoren, supervisors, collega's en zorgvuldige inwerkprocedures (*onboarding*). Zij worden ingewerkt op zowel taken als sociale cohesie op het werk.



- e) Alle medewerkers in de organisatie (inclusief studenten, stagiaires, opleiders, leidinggevenden, afdelingshoofden, management, raad van bestuur, enzovoort) ervaren gezamenlijke verantwoordelijkheid om een dergelijke zorgzame werkomgeving met elkaar te creëren en te behouden.
- f) Er is erkenning voor hoge werkeisen die aan zorgprofessionals worden gesteld. Er is duidelijkheid over normstelling ten aanzien van werk- en leerprestaties. Doorgaans krijgt een zorgprofessional namelijk te maken met prestatiegerichte doelstellingen, hoge verwachtingen, een grote verantwoordelijkheid, hoge communicatiebelasting (*multitasking* en vaak onderbroken worden in het werk), emotionele belasting en werken onder tijdsdruk.
- g) Zorgprofessionals ervaren werkplezier. Daarbij is zingeving ervaren en betekenis halen uit werken in de zorg van belang. De zorgprofessionals hebben mogelijkheden om zich professioneel te ontwikkelen en intellectuele voldoening te halen uit het werk. Werkplezier kan gestimuleerd worden door het kunnen leveren van hoogkwalitatieve zorg, ethisch verantwoord handelen, voldoende tijd hebben per patiënt, het ervaren van autonomie en controle over het werk.
- h) De werkplek is aantrekkelijk. De fysieke omstandigheden van de werkomgeving voldoen aan Arbo-eisen, bijvoorbeeld voldoende daglicht. Er zijn adequate faciliteiten en voorzieningen voor zorgprofessionals om te pauzeren.
- i) Er is sprake van een gezond rooster waarbij er balans is tussen formatie en productie en waarbij voldoende pauze en herstel structureel is ingepland in alle diensten (zie bijvoorbeeld Nachtwerk en gezondheid⁶ en Leidraad voor hersteltijd op het werk^{9,10}).



- j) Er is een goede werk-privébalans voor zorgprofessionals. Indien nodig wordt er ruimte geboden voor emotionele verwerking van ingrijpende gebeurtenissen op het werk.
- k) Er is een zo laag mogelijke administratiedruk. Zorgprofessionals worden zoveel mogelijk ontzien van administratieve taken en oneigenlijke (neven)taken.
- l) Er wordt binnen de beschikbare (financiële) middelen een passend salaris, goede arbeidsvooruitzichten, mogelijkheden tot bijscholing en ondersteuning bij loopbaanontwikkeling geboden.

3.2. Preventie- en organisatiestrategieën voor omgaan met ingrijpende gebeurtenissen

Naast zorgdragen voor een zorgzame werkomgeving (zie [paragraaf 3.1](#)) is het van belang dat er strategieën worden ingebed in de organisatie ter bevordering van mentale veerkracht en welbevinden van de zorgprofessionals, zodat de kans op negatieve consequenties van ingrijpende gebeurtenissen wordt verkleind. Hieronder wordt een aantal *evidence-based* voorbeelden van strategieën genoemd die kunnen worden ingezet ter preventie van de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen.

Ondersteuning bieden om veilig en gezond te kunnen werken

Voor het stimuleren van veilig en gezond werken, worden de volgende manieren van ondersteuning aanbevolen:

- psycho-informatie op het gebied van veerkracht, stressbeheersing en zelfzorg;
- psycho-informatie om de zorgprofessionals kennis bij te brengen over hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Dat betekent kennis over:
 - a) wat te doen (en te laten) tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk;
 - b) welke reacties normaal zijn en wanneer extra ondersteuning geïndiceerd is;
 - c) welke ondersteuning waar te vinden is indien nodig;
- promoten van gezond gedrag, zoals gezonde voeding, goed slapen, fysiek actief zijn en fysieke ontspanning;
- interventies voor stressbeheersing, zoals op mindfulness gebaseerde interventies (MBI) en *acceptance and commitment therapy* (ACT);
- groepsintervisie en ethische reflectie om met collega's te reflecteren op wat goede zorg is en daarmee (morele) stress te verminderen en samenwerking en werkplezier te bevorderen.

Regelmatig monitoren van welbevinden

Conform de Arbowet wordt aanbevolen om regelmatig het welbevinden van zorgprofessionals te monitoren door periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en preventief medisch onderzoek (PMO) aan te bieden op het gebied van psychosociale arbeidsfactoren, leefstijl en zelfzorg. Dit kan bijdragen aan het vroegtijdig signaleren van de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten en/of werkuitval (bij ingrijpende gebeurtenissen). Zie ook Leidraad preventief medisch onderzoek¹¹.

Structurele manier van omgaan met patiëntveiligheidsincidenten

Een andere strategie om de impact van ingrijpende gebeurtenissen te bufferen, is een systemische benadering van het omgaan met patiëntveiligheidsincidenten. Een voorbeeld van een methode is een proactieve veiligheidscultuur (*safety culture*) die erop gericht is om het aantal patiëntveiligheidsincidenten zo laag mogelijk te houden. De zorgprofessional die

betrokken is bij een patiëntveiligheidsincident wordt getraind op het aanleren van nieuwe coping strategieën en het bevorderen van individuele veerkracht. Dat wordt gedaan binnen een veilige werkcultuur waarbij men kan leren van elkaar.

Structurele manier van omgaan met ongewenst gedrag op het werk

Het wordt aanbevolen om een duidelijke en consistente organisatorische benadering te kiezen voor het omgaan met ongewenst gedrag op het werk. Daartoe kan gebruik worden gemaakt van richtlijnen, zoals het Actieplan Veilig werken in de zorg⁶ en de Richtlijn Agressie en Geweld¹².

Georganiseerde collegiale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen

Het organiseren van collegiale ondersteuning wordt aanbevolen. Daarbij worden speciaal hiervoor opgeleide collega's ingezet om te ondersteunen bij ingrijpende gebeurtenissen. Collegiale ondersteuning kan het sociale netwerk mobiliseren, draagt bij aan een open sfeer, vergemakkelijkt het vinden van professionele hulpverlening indien nodig en voorziet in een belangrijke signalerings- en doorgeleidingsfunctie. Zie **Hoofdstuk 4** voor een nadere uitwerking van collegiale ondersteuning en hoe dit te organiseren.

Doorgeleiding naar professionele hulpverlening indien nodig

Conform de Arbowet kunnen Arbo professionals laagdrempelig ondersteuning bieden voordat professionele hulpverlening wordt ingezet. Professionele hulpverlening kan verkregen worden indien ernstige klachten zich voordoen. Zie **Hoofdstuk 5** voor nadere uitwerking van het organiseren van doorgeleiding naar professionele hulpverlening.

Voor alle bovenstaande strategieën is in het algemeen van belang dat ondersteuningsdiensten laagdrempelig en snel toegankelijk zijn. Het moet dus duidelijk zijn welk aanbod er is en hoe men er gebruik van kan maken. De hele organisatie is actief betrokken bij de implementatie van ondersteuningsdiensten, dus zowel medewerkers, leidinggevenden en opleiders als het bestuur en hoger management. Het is van belang dat interventies en ondersteuningsdiensten aansluiten bij de specifieke kenmerken van de werksetting. De implementatie vraagt om investeringen in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokkenen om deze preventieve strategieën na te leven. Dat kan onder andere door het belang ervan uit te dragen, door ruimte te creëren binnen de werkzaamheden, door knelpunten weg te nemen en door de mate van naleving te controleren.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de aanbevelingen volgend uit **uitgangsvragen 6** en **7** van het Evidence Report (zie **Bijlage 4**).

Collegiale ondersteuning

Hoofdstuk 4. Collegiale ondersteuning

In dit hoofdstuk wordt nader uitgewerkt hoe men collegiale ondersteuning kan organiseren. Bij collegiale ondersteuning worden speciaal hiervoor opgeleide collega's ingezet om te ondersteunen bij ingrijpende gebeurtenissen.

Collegiale ondersteuning kan het sociale netwerk mobiliseren, draagt bij aan een open sfeer, vergemakkelijkt het vinden van professionele hulpverlening indien nodig en voorziet in een belangrijke signalerings- en doorgeleidingsfunctie. Als collegiaal ondersteuners worden ook wel beschouwd: bedrijfsopvangteams, peer support, intercollegiale coaches en collegiaal netwerkers.

4.1. Rollen en taken

Bij de organisatie van collegiale ondersteuning wordt aangeraden om de rollen en taken als volgt te beleggen:

- **De rol van de zorgprofessional.** Iedere zorgprofessional heeft een eigen verantwoordelijkheid om zijn of haar inzetbaarheid in stand te houden. Niet alleen door de kennis en beroepsvaardigheden op peil te houden, maar ook door de eigen gezondheid en psychische gesteldheid in de gaten te houden en zo nodig hulp te zoeken. De zorgprofessional wordt met enige regelmaat gewezen op het belang en de mogelijkheden van de beschikbare hulp.
- **De rol van de organisatie/het management.** In de ondersteuning van zorgprofessionals speelt de organisatie een zeer belangrijke rol. Het management heeft de volgende taken:
 - a) zorgdragen voor naleving van beleid voor optimale psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen en daar zelf een voorbeeldfunctie in vervullen;
 - b) creëren van een zorgzame werkomgeving (zie [paragraaf 3.1](#));
 - c) faciliteren van preventie- en organisatiestrategieën (zie [paragraaf 3.2](#)) voor het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen;
 - d) kenbaar maken van preventie- en organisatiestrategieën aan de zorgprofessionals en leidinggevenden, zodat deze laagdrempelig en snel toegankelijk zijn (duidelijk welk aanbod er is en hoe men er gebruik van kan maken);
 - e) faciliteren van voorlichting en training op het gebied van psychosociale ondersteuning in alle lagen van de organisatie;

f) beleggen van de coördinerende taak en monitoren en evalueren van collegiale ondersteuningsactiviteiten. Idealiter wordt deze taak bij één persoon belegd, waarbij rekening gehouden wordt met het borgen van de continuïteit van deze taak.

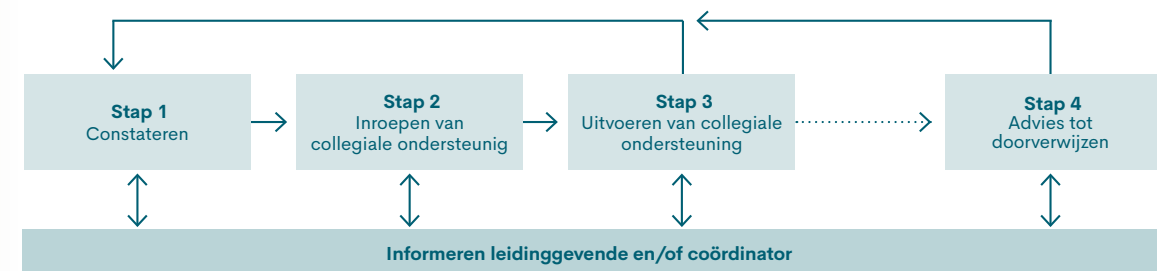
- **De rol van de leidinggevende, coördinator of opleider.** Deze persoon heeft een voorbeeldfunctie als het gaat om het creëren van een zorgzame werkomgeving. Deze persoon heeft ook een zeer belangrijke taak in het monitoren van de zorgprofessional en wijst de zorgprofessional met enige regelmaat op de mogelijkheden van beschikbare hulp. Het monitoren is van groot belang ten aanzien van uitgestelde (lange termijn) reacties en de effecten van een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen. Deze persoon is op de hoogte van het welzijn van de zorgprofessional na een ingrijpende gebeurtenis. In een opleidingssituatie heeft de opleider op de werkplek, naast contact met de zorgprofessional in opleiding, nauw contact met de leidinggevende/coördinator van de zorgprofessional in opleiding en de opleider van de onderwijsinstelling.

Bij de coördinatie van de collegiale ondersteuning is van belang:

- toezicht op de aansturing van collegiale ondersteuning;
- toezicht op en verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van collegiale ondersteuning;
- coaching van de collegiale ondersteuners;
- faciliteren van werkzaamheden voor collegiale ondersteuning;
- ondersteunen van werving van collegiale ondersteuners;
- afstemming en onderhoud van contacten met andere relevante partners in het veld;
- organiseren van het opleiden van de collegiale ondersteuners;
- garanderen van de bereikbaarheid van de collegiale ondersteuning;
- periodieke monitoring en evaluatie van de inzet van collegiale ondersteuning;
- periodieke verslaglegging over het bovenstaande binnen de organisatie;
- duidelijke afspraken maken tussen de coördinator en het management om bovenstaande te realiseren.

4.2. Organisatie van collegiale ondersteuning

Deze beleidsrichtlijn beschrijft een generieke vorm van georganiseerde collegiale ondersteuning. Hierin worden vier stappen onderscheiden (zie Figuur 2). Deze stappen dienen ingebed te zijn in de zorgzame werkomgeving zoals beschreven in **paragraaf 3.1**. De eerste informele opvang na een ingrijpende gebeurtenis vindt plaats door directe collega's en eventueel de leidinggevende. In het kader van het waarborgen van de privacy is het van belang dat de collegiaal ondersteuner en zorgprofessional afspreken wat wel en niet wordt doorgegeven aan de leidinggevende en/of coördinator.



Figuur 2: Stappen collegiale ondersteuning

Stap 1 en 2: Wanneer zet je collegiale ondersteuning in?

Het is van belang om tijdig de noodzaak van de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning te constateren. Collegiale ondersteuning wordt aangeboden indien sprake is van een ingrijpende gebeurtenis. Wat wordt verstaan onder 'ingrijpende gebeurtenis' is toegelicht in **paragraaf 1.1** en deze lijst kan naar eigen inzicht aangevuld worden.

Een tweede aanleiding om collegiale ondersteuning in te zetten is dat de zorgprofessional zelf aangeeft dat deze behoefte heeft aan ondersteuning.

Een derde mogelijkheid is dat een coördinator, leidinggevende, opleider of collega signaleert dat er behoefte is aan ondersteuning. De zorgprofessional proactief benaderen om de beschikbare zorg onder de aandacht te brengen is gewenst.

>>

Stap 3: Hoe voer je collegiale ondersteuning uit?

Belangrijk is dat collegiale ondersteuning alleen een signalerende en ondersteunende functie heeft.

Tot de taken van collegiaal ondersteuners behoren:

- a) bieden van praktische hulp;
- b) stimuleren van een gezonde verwerking (bevorderen van zelfredzaamheid);
- c) vroegtijdig signaleren en tijdig doorgeleiden;
- d) bijdragen aan het monitoren van het proces van verwerking (zie [paragraaf 4.3](#));
- e) aandacht schenken aan het sociale netwerk;
- f) aandacht schenken aan eventuele negatieve reacties uit de omgeving.



Deze taken kunnen per branche worden aangevuld met specifieke aandachtspunten.

Gesprekken met collegiaal ondersteuner

In de gesprekken met de collegiaal ondersteuner wordt de zorgprofessional in de gelegenheid gesteld om het eigen verhaal te vertellen en eventuele emoties te uiten. Mogelijk wordt ook een bijeenkomst georganiseerd (indien wenselijk multidisciplinair) waarbij de feiten van de ingrijpende gebeurtenis worden nabesproken (operationele debriefing). Het wordt afgeraden om kort na een ingrijpende gebeurtenis op 'actieve' wijze de gevoelens en emoties uit te vragen, zoals bij psychologische debriefing. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat psychologische debriefing effectief is; er zijn zelfs aanwijzingen dat het psychosociale gevolgen kan verergeren.

Het is van belang om de collegiale ondersteuning niet te lang in te zetten. Enerzijds zodat er ruimte is voor eigen herstel en anderzijds om te voorkomen dat verwijzing naar professionele hulpverlening te laat wordt ingezet. Een maximum van drie gesprekken met de collegiaal ondersteuner is daarom aanbevolen. Het eerste gesprek kan kort na de ingrijpende gebeurtenis plaatsvinden, gevolgd door een tweede en derde gesprek om het welbevinden van de zorgprofessional te monitoren. Afhankelijk van de situatie, zoals type ingrijpende gebeurtenis en werksetting, wordt de timing van het tweede en derde gesprek gekozen. Ook kan – afhankelijk van de ontwikkeling van de zorgprofessional – al eerder dan na drie gesprekken worden geadviseerd om contact op te nemen met professionele hulpverlening.

Stap 4: Eventueel advies tot doorverwijzing naar professionele hulpverlening

Indien ernstige klachten zich voordoen, krijgt de zorgprofessional het advies om contact op te nemen met professionele hulpverlening. In [Hoofdstuk 5](#) worden diverse aanwijzingen en signalen beschreven die een indicatie kunnen zijn om te adviseren contact op te nemen met een professionele hulpverlener en/of Arbo professional. Indien doorgeleiding is geïndiceerd, dient deze professionele hulp zo snel mogelijk beschikbaar te zijn voor de medewerker. De werkgever faciliteert professionele hulpverlening zowel binnen als buiten de organisatie.

4.2.1. Competenties collegiaal ondersteuners

Uit de praktijk blijkt dat ondersteuning van collega's bij ingrijpende gebeurtenissen werkt, omdat collega's elkaar onderling snel begrijpen en ervaringen herkennen. Het hebben van ervaring met werken in de zorg is daarom gewenst.

Competenties die van belang zijn voor collegiaal ondersteuners en die (multidisciplinair) in de opleiding tot collegiaal ondersteuner aan bod dienen te komen, zijn:

- a) communicatieve vaardigheden;
- b) goed kunnen luisteren;
- c) invoelend vermogen;
- d) zelfstandigheid;
- e) betrouwbaarheid.

In de training tot collegiaal ondersteuner is aandacht voor 1) gesprekstechnische vaardigheden (individueel en in groepsverband), 2) basiskennis van psychotrauma, ingrijpende gebeurtenissen en de gevolgen ervan en 3) het kunnen herkennen van problemen in verwerking. De collegiaal ondersteuner heeft kennis tot waar diens ondersteuning gaat en weet wanneer te adviseren om contact op te nemen met professionele hulpverlening. Kennis van de sociale kaart in het kader van doorgeleiding is daarbij gewenst. In de training kunnen voorbeeldvragen worden aangereikt die de collegiaal ondersteuner kan gebruiken in de ondersteunende gesprekken.

Bovenstaande informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de aanbevelingen volgend uit [uitgangsvragen 8 t/m 12](#) van het Evidence Report (zie [Bijlage 4](#)).

4.2.2. Competenties leidinggevenden, coördinatoren of opleiders

Leidinggevenden, coördinatoren of opleiders hebben een zeker kennis- en vaardigheidsniveau voor de signalering van psychosociale problemen bij zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen. Dit kennis- en vaardigheidsniveau omvat de volgende aspecten:

- a) kennis van de effecten van het meemaken van een traumatische gebeurtenis op de persoon en diens sociale context;
- b) kennis van het verloop van het verwerkingsproces;
- c) kennis van beïnvloedende factoren op het verwerkingsproces;
- d) kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
- e) kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim;
- f) kennis van praktische en sociale ondersteuning;
- g) kennis van nut en eventuele noodzaak tot aanpassen van de werkzaamheden;
- h) kennis van het organisatie-typische hulpverleningscircuit;
- i) kennis van de taken, organisatie en werkwijze van de collegiale ondersteuning en de wijze waarop deze in te schakelen is;
- j) kennis van negatieve bijverschijnselen van ingrijpende gebeurtenissen, media-aandacht en na-onderzoeken, zoals evaluatieonderzoeken en intern onderzoek;
- k) vaardigheid om vroegtijdig psychosociale problemen te signaleren (ook bij het team);
- l) vaardigheid om de zorgprofessional te ondersteunen;
- m) vaardigheid om bij psychosociale problematiek met de zorgprofessional in gesprek te gaan om diegene te motiveren tot het zoeken van professionele hulpverlening.

De leidinggevende, coördinator of opleider heeft zicht op het welbevinden van de zorgprofessionals en het team. Daarnaast heeft deze ook zicht op het welzijn van de collegiaal ondersteuners, nadat zij zijn ingezet om te ondersteunen. Dit alles met inachtneming en het waarborgen van privacy en vertrouwelijkheid. Aan de leidinggevende, coördinator of opleider kan training worden gegeven in het aansturen van collegiale ondersteuning.

Deze subparagraaf 4.2.2. is gebaseerd op de aanbevelingen volgend uit uitgangsvragen 13 en 14 van het Evidence Report (zie Bijlage 4).

4.2.3. Kwaliteitsborging georganiseerde collegiale ondersteuning

In het kader van kwaliteitsverbetering wordt de aangeboden ondersteuning geëvalueerd. De organisatie is vrij om de evaluatie naar eigen inzicht in te richten. Elke organisatie werkt nader uit hoe de organisatie omgaat met het waarborgen van privacy en vertrouwelijkheid; zowel bij collegiale ondersteuning en doorgeleiding naar professionele hulpverlening als bij registratie en evaluatie van collegiale ondersteuning. De collegiaal ondersteuner en zorgprofessional spreken onderling af welke informatie uit de gesprekken wel en niet wordt gedeeld met derden.

Deze subparagraaf 4.2.3. is gebaseerd op de aanbevelingen volgend uit uitgangsvraag 15 van het Evidence Report (zie Bijlage 4).

4.3. Signalering en monitoring van het welzijn van zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen

Het signaleren van klachten na ingrijpende gebeurtenissen komt neer op het in de gaten houden van de zorgprofessional: vraag regelmatig hoe het gaat. De leidinggevende, coördinator of opleider heeft een zeer belangrijke taak in het signaleren van klachten bij de zorgprofessional. Daarnaast hebben collega's onderling een belangrijke monitorende functie. Signalering vindt niet alleen plaats na ingrijpende gebeurtenissen, maar is ingebed in de dagelijkse routine. Informele collegiale ondersteuning vindt plaats door bijvoorbeeld check-in en check-out gesprekken te voeren tijdens de shiftwisseling. Daarnaast kan de ondersteuning plaatsvinden door het signaleren en monitoren een onderdeel te laten zijn van werkoverleggen of jaar-gesprekken met de leidinggevende of coördinator. Ook is het mogelijk om collega's aan elkaar te koppelen, die elkaar goed leren kennen en regelmatig informeren hoe het met de ander gaat (buddy's).

In Hoofdstuk 5 worden diverse aanwijzingen en signalen beschreven die een indicatie kunnen zijn om te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverleners. Gesprekken met als doel het vroegsignaleren van klachten, kunnen het beste in vertrouwen gevoerd worden, zodat er rekening wordt gehouden met de behoefte aan privacy van de zorgprofessional.

Deze paragraaf 4.3. is gebaseerd op de aanbevelingen volgend uit uitgangsvragen 13 en 14 van het Evidence Report (zie Bijlage 4).



Inzet professionele hulpverlening

Hoofdstuk 5. Inzet professionele hulpverlening

Zodra de collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt de zorgprofessional geadviseerd om contact op te nemen met professionele hulpverlening.

Onderstaande punten zijn aanwijzingen en signalen van een onvolledige verwerking en kunnen mondeling nagelopen worden tijdens een gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning:

- a) verontrustende herinneringen hebben aan of dromen over de gebeurtenis;
- b) overstuur raken van herinneringen;
- c) lichamelijke stressreacties hebben;
- d) vermijdingsgedrag;
- e) verzuim;
- f) slaapproblemen;
- g) verhoogde prikkelbaarheid of agressieregulatie problemen (kort lontje);
- h) onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;
- i) stemmingsverandering, sombere stemming;
- j) concentratieproblemen;
- k) toegenomen alcohol- en/of middelengebruik;
- l) functioneringsproblemen (werk en privé);
- m) schuld en schaamte.



In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een ingrijpende gebeurtenis drie groepen onderscheiden worden: 1) een groep die geen klachten ontwikkelt, 2) een groep die mogelijk klachten ontwikkelt en 3) een groep die signalen vertoont die duiden op een verstoorde verwerking (en wordt doorverwezen). Binnen de collegiale ondersteuning is het beseft dat de eerste groep, personen zonder klachten, het grootst is. De collegiale ondersteuning richt zich in haar werkzaamheden met name op de laatste twee groepen.

5.1. Doorgeleiding op basis van indicaties en protocol

Indien een zorgprofessional na de ingrijpende gebeurtenis een verontrustende hoeveelheid van bovenstaande aanwijzingen en signalen vertoont, wordt hem of haar geadviseerd contact op te nemen met professionele hulpverlening met deskundigheid op trauma gebied. Zeker indien deze aanwijzingen en signalen vier tot zes weken na de ingrijpende gebeurtenis nog steeds aanwezig zijn. Ook in geval van twijfel wordt de zorgprofessional geadviseerd contact op te nemen met professionele hulpverleners.

De collegiaal ondersteuner ondersteunt de zorgprofessional en signaleert eventuele problemen in verwerking, maar is geen behandelaar. De collegiaal ondersteuner heeft de kennis om de zorgprofessional op het juiste moment te adviseren om contact op te nemen met professionele hulpverlening. De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het inschakelen van professionele hulp; de collegiaal ondersteuner is enkel adviserend hierin. Arbo professionals kunnen laagdrempelig ondersteuning bieden en indien nodig doorgeleiden naar (meer) professionele hulpverlening.

De organisatie heeft een protocol rondom doorgeleiding van zorgprofessionals naar professionele hulpverleners. De georganiseerde collegiale ondersteuning, coördinatoren, leidinggevend en opleiders hebben daar kennis van. De collegiaal ondersteuner heeft een proactieve rol in het adviseren om door te verwijzen, indien deze hier klachten voor signaleert tijdens de gesprekken. De leidinggevende en de Arbo professionals hebben hierin ook een proactieve rol.



5.2. Professionele hulp organiseren en aanbieden

Voor de zorgprofessional is duidelijke informatie voorhanden over wat de professionele hulp inhoudt. Ook is duidelijk voor de zorgprofessional hoe deze hulp verkregen kan worden. Het is mogelijk om zowel binnen als buiten de organisatie professionele hulp te krijgen, zodat de zorgprofessional de keuze heeft om met gepaste afstand tot de werkvloer en met zekere anonimiteit zorg te krijgen indien hier behoefte aan is. De contracten met professionele hulpverleners hiertoe zijn geregeld.

Professionele hulpverlening wordt vanuit de werkgever aangeboden, meestal via Arbo professionals. Aanbieden kan bijvoorbeeld in de vorm van een providerboog met vaste partners die gericht zijn op de professionele hulpverlening en een korte doorlooptijd na aanmelding hebben.

De organisatie betreft de bedrijfsarts proactief bij besluitvorming over welke zorg effectief is bij stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen. Arbo professionals en andere professionele hulpverleners werken volgens de meest recente professionele richtlijnen op het gebied van professionele hulpverlening bij werkgerelateerde gezondheidsklachten, bijvoorbeeld:

- NVAB-richtlijnen, zoals Agressie en Geweld, Werk-Privé Balans, Werkdruk, Psychische problemen en Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts^{13,14};
- NICE-richtlijn bij posttraumatische stressstoornis¹⁵ over het herkennen, diagnosticeren en behandelen van PTSS bij kinderen, jonge mensen en volwassenen.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de aanbevelingen volgend uit uitgangsvragen 16 t/m 18 van het Evidence Report (zie Bijlage 4).

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage 1.	Deelnemers	45
Bijlage 2.	Methode literatuurstudie	51
	Bijlage 2.1 – Literatuuronderzoek uitgangsvraag 6	53
	Bijlage 2.2 – Literatuuronderzoek uitgangsvragen 7 t/m 18	54
	Bijlage 2.3 – Tabel zoekstrategie OVID Medline All	56
Bijlage 3.	Methode verkennende desksearch	65
Bijlage 4.	Evidence Report	69
	Bijlage 4.1 – Resultaten literatuurstudie uitgangsvraag 6	133
	Bijlage 4.2 – Lijst met aanbevelingen	139
Bijlage 5.	Verslag bruikbaarheidstesten	151

Bijlage 1. Deelnemers

Bijlage 1. Deelnemers

In deze bijlage zijn de personen opgenomen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze beleidsrichtlijn.

Project- en stuurgroepleden:

Voor het ontwikkelen van deze beleidsrichtlijn zijn een multidisciplinaire project- en stuurgroep samengesteld. De leden van de project- en stuurgroep zijn gekozen op basis van een selectie van organisaties die zorgprofessionals vertegenwoordigen. Dat komt neer op vertegenwoordigers van de zorgprofessionals zelf, de brancheverenigingen van de sectoren waar zij werken en de verschillende rollen die de zorgprofessional kan hebben (werkend in loondienst, werkend als zelfstandige of in opleiding). In onderstaande tabel staan de organisaties en betrokken personen in de project- en stuurgroep genoemd.

Organisatie	Vertegenwoordigt	Projectgroep lid	Stuurgroep lid
V&VN	Verplegenden en verzorgenden	dr. Margo van Mol, verpleegkundig onderzoeker IC Erasmus MC	prof. dr. Bianca Buurman, voorzitter V&VN
FMS	Medisch specialisten	drs. Belinda van de Lagemaat, senior adviseur beroepsbelangen FMS	dr. Marjon Kallewaard, directeur kwaliteit FMS
NFU	Universitair Medische Centra (UMC's)	Sonja Smits, arbeids- en organisatiedeskundige Arbodienst Erasmus MC, HR-services	drs. Johan van der Spek, afgevaardigde namens Brancheorganisaties Zorg (BoZ)
NVZ	Algemene ziekenhuizen	Aline Beens, beleidsadviseur NVZ	
ActiZ	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)-sector	mr. Paul van Aken MSc, senior beleidsadviseur ActiZ	
VGN	Gehandicaptenzorg	drs. Jolien den Hartog, beleidsadviseur arbeidszaken VNG; Maarten Hüttner, senior beleidsadviseur arbeidszaken VGN	
de Nederlandse GGZ	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Arno van Uden, adviseur/preventiemedewerker Arbobeleid GGZ Oost Brabant	

Organisatie	Vertegenwoordigt	Projectgroeplid	Stuurgroeplid
LHV en NHG	Huisartsen	drs. Erik van Gijssel, huisarts, kaderhuisarts GGZ PsyHAG, NHG	drs. Jenny Heering, huisarts en belangenbehartiger LHV
DJS	AIOS, ANIOS en arts-onderzoekers	drs. Isha Crossley, AIOS Cardiologie	Henrike Klein Ikkink, verenigings- en beleidsadviseur DJS; Anne Koppelaar, voorzitter DJS
DJD	Jonge dokters	drs. Inge Zeilstra, AIOS Gynaecologie & Obstetrie	drs. Inge Zeilstra, AIOS Gynaecologie & Obstetrie
DG	Geneeskundestudenten	Juliëtte Drenth, student Geneeskunde en algemeen bestuurslid DG; Sie Meng Lee, student Geneeskunde en algemeen bestuurslid DG	Femke van de Zuidwind, student Geneeskunde en voorzitter DG; Pim den Boon, student Geneeskunde en voorzitter DG
LOOV	Verpleegkundigen in opleiding	dr. Cindy de Bot, docent verpleegkunde en senior onderzoeker Avans Hogeschool	prof. dr. Hans Aerts, voorzitter LOOV; dr. Corine Latour, bestuurslid LOOV; Artine Westerkaken, directeur Christelijke Hogeschool Ede Verpleegkunde
MBO Raad	Verzorgenden in opleiding	-	drs. Joke de Jonge, opleider, begeleider maatschappelijke zorg/verzorgende individuele gezondheidszorg
NVAB	Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde	dr. Tessa Kouwenhoven-Pasmooij, bedrijfsarts VitAll en hoofdopleider KLM Health Services	prof. dr. Frederieke Schaafsma, bedrijfsarts en senior onderzoeker Amsterdam UMC

Adviesrol in projectgroep:

Organisatie	Vertegenwoordigt	Projectgroeplid
LVMP	Medisch psychologen	drs. Rian Bierlaagh, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog Noordwest Ziekenhuisgroep
Defensie	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)	Sjef van den Dungen, luitenant-kolonel, senior stafofficier Operationele Zorg MGGZ

Monitorrol in stuurgroep:

Organisatie	Vertegenwoordigt	Stuurgroeplid
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	dr. Babette Bronkhorst, senior beleidsmedewerker VWS; Anne Weernink, directie macro-economische vraagstukken en arbeidsmarkt
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	prof. dr. Ian Leistikow, senior inspecteur IGJ, bijzonder hoogleraar Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
NLA	De Nederlandse Arbeidsinspectie	Marjolein Uiterwijk, specialist arbeid & organisatie NLA

Stichting IZZ is betrokken in de commentaarfase (Anouk ten Arve, arbeids- en gezondheids-expert en programmamanager Gezond werken in de zorg bij Stichting IZZ)

Voorzitters:

- prof dr. Niek Klazinga (voorzitter stuurgroep), hoogleraar sociale geneeskunde Amsterdam UMC en Universiteit van Amsterdam; coördinator Health Care Quality Indicator Project bij de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD); lid kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland
- prof. dr. Jan Swinkels (vice-voorzitter stuurgroep), psychiater, voorzitter METC Amsterdam UMC, hoogleraar richtlijnontwikkeling en implementatie in de gezondheidszorg
- prof. dr. Wilma van der Scheer (voorzitter projectgroep), bijzonder hoogleraar leiderschap en besturing in de zorg bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, voorzitter MIND

ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises:

- dr. Fieke Bruggeman-Everts, onderzoeker/beleidsadviseur en projectleider
- dr. Hans te Brake, senior onderzoeker/beleidsadviseur
- drs. Astrid van Engen, senior beleidsadviseur
- dr. Renée Dijkhuis, onderzoeker/beleidsadviseur
- Lieke Plantinga, onderzoeker/beleidsadviseur
- drs. Caroline Six, directeur
- Jonna Lind, senior medewerker kennis- en documentatiecentrum ARQ-Bibliotheek

Stichting ZWiC:

- prof. dr. Monique van Dijk, hoogleraar Verplegingswetenschap Erasmus MC, bestuurslid ZWiC
- dr. Anne de Pagter, klinisch hematoloog Erasmus MC/Leiden UMC, bestuurslid ZWiC

Geïnterviewden:

- prof. dr. Bert Molewijk, hoogleraar Ethiek Support en Kwaliteit van Zorg Amsterdam UMC en VU Amsterdam – Ethiek support
- Sylvia Coensen, verpleegkundige Hematologie Amsterdam UMC, gesprekleider Moreel beraad – Moreel beraad
- Sjef van den Dungen, militair psycholoog, luitenant-kolonel, senior stafofficier operationele zorg MGGZ – Buddy systeem
- dr. Loes Schouten, lid kernteam Leernetwerk Peer Support – Peer support
- Erwin Kompanje, medisch filosoof en klinisch ethicus IC Erasmus MC – Peer support
- Ingelise Nieuwenhuijse, hoofd spoedeisende hulp UMC Utrecht – Collegiaal netwerk

Bijlage 2. Methode literatuurstudie

Bijlage 2. Methode literatuurstudie

In deze bijlage wordt de methode van de literatuurstudie voor de beleidsrichtlijn toegelicht. Voor de uitwerking van de inhoudelijke literatuurstudie, zie het Evidence Report ([Bijlage 4](#)).

Om de uitgangsvragen te beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd door ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises en de ARQ-bibliotheek. In het literatuuronderzoek werden bronnen gezocht over:

- factoren op het werk die zorgprofessionals vatbaar maken of beschermen voor stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen (uitgangsvraag 6);
- de effectiviteit van psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen bij zorgprofessionals (uitgangsvragen 7 t/m 18).

De literatuursearch is uitgevoerd in februari 2022 in de databases Ovid Medline All, PsycINFO (Ovid) en Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg (NAZ). Om een zo groot mogelijke opbrengst te krijgen, is gekozen voor een sensitieve zoekstrategie. Bij het definiëren van de zoektermen is o.a. gebruikgemaakt van de Cochrane Occupational Health Field-strategie zoals weergegeven in de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geuniformeerden¹ en verschillende zoekblokken van BMI (BioMedische Informatie)¹⁶. Er is gezocht met behulp van thesaurustermen (o.a. MesH-terms) en met vrije termen in titel, abstract en andere trefwoorden. Thesaurustermen zijn trefwoorden die aan een artikel zijn toegevoegd ter indexatie in bijvoorbeeld Medline. De concept zoekstrategie is *gereviewd* door informatiespecialisten van het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten en het Nederlandse Huisartsengenootschap.

De zoektermen zijn gegroepeerd in clusters (zie [Bijlage 2.3](#) voor de setnummers en de details van de zoekstrategie): werkgerelateerd (#1), werkstress (#2), zorgprofessionals (#3-#9), stressoren (#2, #10-#14), interventies (#16-#17), risicofactoren, beschermende factoren, werkfactoren (#2, #19-#24), stressgerelateerde klachten (#2, #26-#30) en methode (#32, #33, #35-#38). De clusters zijn gecombineerd met Booleaanse operatoren (zie met name #40-#42). De zoekresultaten zijn geïmporteerd in Endnote en ontdebeld volgens de methode beschreven in Bramer en collega's¹⁷.

Deze gevonden artikelen zijn in Rayyan¹⁸ gescreend voor opname in deze richtlijn (zie [Tabel 1](#) voor een samenvatting van het aantal zoekresultaten). Na het ontdebellen leverde de literatuursearch 8.200 artikelen op, waarvan 676 systematische reviews.

Zoekstelsel – deelsearch	Opgehaalde items	Dubbele items	Unieke items
Medline – interventies SR	1.217	71	1.146
Medline – interventies primair	2.902	162	2.740
Medline – werkcontext	2.170	75	2.095
PsycINFO – interventies SR	668	226	442
PsycINFO – interventies primair	1.474	610	864
PsycINFO – werkcontext	1.246	349	897
NAZ – interventies SR	7	1	6
NAZ – interventies primair	10	0	10
Totals	9.694	1.494	8.200

Tabel 1: Samenvatting zoekresultaten. In deze tabel wordt het aantal opgehaalde, dubbele en unieke items getoond, per zoekstelsel en deelsearch.

Er is gekozen om de focus te leggen op systematische reviews gepubliceerd in *peer-reviewed* wetenschappelijke tijdschriften. Vanwege de omvang en doorgaans hoge kwaliteit van systematische review-studies, hebben wij een grote slag kunnen slaan in het verwerken van *evidence-based* kennis voor de richtlijntekst. Een nadeel is echter dat enkelvoudige studies niet zijn opgenomen in de huidige literatuurstudie. Losse relevante studies die werden aangedragen door projectgroepleden, stakeholders, informatiespecialisten van de ARQ-bibliotheek, experts en andere betrokkenen zijn opgenomen in de 'verkenning desksearch' (zie [Bijlage 3](#)).

Van de 676 systematische reviews is aan de hand van de titel en abstract beoordeeld of de publicatie relevante informatie zou bevatten voor de richtlijn, specifiek per blok uitgangsvragen. De volgende labels werden toegepast (meerdere labels per publicatie zijn mogelijk):

Labels uitgangsvraag 6:

- Werkcultuur (n=88)
- Burn-out (n=98)

Labels uitgangsvragen 7 t/m 18:

- Interventiestudies (publicaties over effectiviteit van psychosociale ondersteuning) (n=77)

Overige labels:

- Schokkende gebeurtenis (publicaties die specifiek gaan over het omgaan met schokkende gebeurtenissen) (n=33)
- Corona (n=15)

Bijlage 2.1 Literatuuronderzoek uitgangsvraag 6

Voor het beantwoorden van uitgangsvraag 6 werden de titels en abstracts van 176 publicaties welke het label werkcultuur en/of burn-out kregen, onafhankelijk beoordeeld op relevantie en kwaliteit door drie onderzoekers. Publicaties werden als zeer relevant beschouwd (geïnccludeerd) als er werd gerapporteerd over factoren op de werkvloer die samenhangen (correlatie of verklarende rol) met stressgerelateerde klachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen. Publicaties werden als minder relevant beschouwd (geëxcludeerd) als er louter gerapporteerd werd over hoe vaak klachten voorkomen (prevalentie). Publicaties waarin alleen werd gerapporteerd over factoren als geslacht, leeftijd en persoonlijkheidskenmerken, werden als minder relevant beschouwd, aangezien dit geen factoren van de werkvloer zijn. Ook publicaties die als uitkomstmaat hadden 'kwaliteit van patiëntenzorg' werden als niet-relevant beschouwd voor het beantwoorden van uitgangsvraag 6. Wij bestudeerden namelijk welke factoren op de werkvloer samenhangen met het voorkomen van stressgerelateerde klachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen.

Uiteindelijk werden 19 publicaties geïnccludeerd en werd de volledige tekst bestudeerd. Na het lezen van de volledige teksten vielen nog 2 publicaties af, omdat de ene een theoretisch artikel was en de andere een proefschrift (dus geen systematische review gepubliceerd in een *peer-reviewed* wetenschappelijk tijdschrift). De overgebleven 17 publicaties zijn vervolgens samengevat met hulp van projectgroepleden. De evidentie uit de 17 publicaties aangaande een beschrijving van een beschermende werkcultuur ter preventie van stressgerelateerde klachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen, is verwerkt in het Evidence Report onder uitgangsvraag 6. De conclusies op basis van de literatuurstudie zijn daarna aangevuld met de reactie van de projectgroep op deze bevindingen (overige overwegingen), hetgeen ook weer is opgenomen in het Evidence Report.

Bijlage 2.2 Literatuuronderzoek uitgangsvragen 7 t/m 18

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18 werden de abstracts van de eerder met 'Interventiestudies' gelabelde systematische reviews (n=77) beoordeeld op kwaliteit en relevantie.

Publicaties die als relevant werden beschouwd (geïnccludeerd) voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18 waren:

- Publicaties over het effect van interventies voor diverse uitkomstmaten (werkplezier, stress, burn-out klachten, psychotraumatische klachten, welbevinden etc.), waaronder ook specifiek een Buddy systeem, ethiek support (moreel beraad) en peer support;
- Publicaties over welke organisatiestrategieën ingezet kunnen worden om zorgmedewerkers gezond te houden (of afgeleide van 'gezond houden').

Publicaties die als niet-relevant werden beschouwd (geëxcludeerd) voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18 waren:

- Publicaties die geen resultaten beschrijven over de effectiviteit van interventies of publicaties waarin geen conclusies worden getrokken over hoe psychosociale ondersteuning te organiseren;
- Publicaties met uitsluitend een beschrijving van de impact van COVID op de werkvloer;
- Publicaties waarin een construct wordt omschreven;
- Publicaties uitsluitend over welke factoren samenhangen met welbevinden en dus niet rapporteren over effectiviteit van interventies (deze artikelen zijn namelijk geselecteerd voor het beantwoorden van uitgangsvraag 6).

Uiteindelijk zijn 67 systematische reviews geïnccludeerd voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18. Uit deze 67 publicaties zijn in totaal 14 publicaties geselecteerd (onafhankelijk beoordeeld door 3 onderzoekers) als zeer relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18. De 14 zeer relevante publicaties zijn artikelen die:

- Na het lezen van de volledige tekst kwalitatief goed zijn bevonden;
- Gaan over de organisatie van psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals;
- Gaan over interventies specifiek bij ingrijpende gebeurtenissen in de zorgsector;
- Gaan over de effectiviteit van interventies voor het tegengaan van diverse klachten, zowel individueel als op organisatielevel in de zorgsector.

Hiervan is de volledige tekst gelezen en is de kwaliteit beoordeeld. Tevens is een korte samenvatting van deze zeer relevante publicaties geschreven.

De overige 53 publicaties betroffen studies naar de effectiviteit van interventies voor een verscheidenheid aan uitkomstmaten, zoals a) het verminderen van werkstress, burn-out klachten, post-traumatische klachten en morele stress en b) het vergroten van welbevinden, veerkracht, empathie en gezondheidsgedrag (meer bewegen, afname in BMI en minder roken). De conclusie uit deze studies is toegevoegd aan de conclusies die werden getrokken uit de 14 zeer relevante artikelen.

Aan de hand van de resultaten (samenvattingen zeer relevante systematische reviews (n=14) en *overall* conclusie van de literatuurstudie (n=67)) zijn de uitgangsvragen 7 t/m 18 beantwoord.

De systematische review van Somani¹⁹ is toegevoegd aan de search na een notificatie van onze projectgroepleden. De systematische review was niet in de zoekresultaten beland, omdat dit artikel niet de MeSH-term 'Workplace Violence' had gekregen, maar 'Violence'. De MeSH-term 'Violence' gaf voor onze literatuursearch een te grote hoeveelheid niet-relevante artikelen, waardoor wij ervoor hebben gekozen om met de MeSH-term 'Workplace violence' te zoeken. De resultaten uit Somani et al. zijn toegevoegd aan de literatuurstudie.

Er werden geen publicaties gevonden op het gebied van voorkomen of verminderen van werkuitval.

Bijlage 2.3 Tabel zoekstrategie OVID Medline All

De zoekactie is uitgevoerd op 23 februari 2022.

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to February 22, 2022>

Search history sorted by search number ascending

#	Searches	Results	Type
1	(work or works* or work' or worka* or worke* or workg* or worki* or workl* or workp* or occupational or job or employe* or profession* or career or colleague* or co-worker* or peer* or arbeid* or beroep* or baan* or medewerker* or leidinggevende* or werkgever* or werknemer* or carriere* or collega* or collegia*).ti,ab,kf.	2.637.491	Advanced
2	exp Occupational Stress/ or (((work* or occupational or job or profession* or career or arbeid* or beroep* or baan*) adj3 (stress* or distress*)) or werkstress* or arbeidsstress*).ti,ab,kf.	33.599	Advanced
3	Health Personnel/ or allied health personnel/ or operating room technicians/ or exp physician assistants/ or exp medical staff/ or (paramedic* or ((health or healthcare or medical or hospital) adj2 (personnel or worker* or professional* or staff* or aide or aides or assistant* or technician* or allied)) or ((healthcare or care) adj1 provider*)) or paramedisch* or zorgpersoneel or zorgprofessional* or ziekenhuispersoneel or ziekenhuisstaf*).ti,ab,kf.	390.122	Advanced
4	exp Nurses/ or exp Nursing Staff/ or exp Nursing Assistants/ or Licensed Practical Nurses/ or (nurse* or (nursing adj3 (personnel or professional* or staff* or aide or aides or assistant*)) or (psychiatric adj3 (aide or aides)) or ((Modern or community) adj1 Matron*) or verpleegkund* or verpleegster* or verpleegzorg* or verzorgende* or wijkverpleeg*).ti,ab,kf.	389.213	Advanced

#	Searches	Results	Type
5	exp Physicians/ or exp Anesthetists/ or Audiologists/ or General Practitioners/ or (physician* or doctor* or clinician* or therapist* or Allergist* or Anesthesiologist* or Anesthetist* or Audiologist* or cardiologist* or Dermatologist* or Endocrinologist* or Gastroenterologist* or Geriatrician* or geriatrist* or gynaecologist* or gynecologist* or Hospitalist* or infectiologist* or intensivist* or internist* or Neonatologist* or Nephrologist* or neurologist* or Neurosurgeon* or obstetrician* or oncologist* or Ophthalmologist* or orthopaedic* or orthopedic* or Otolaryngologist* or paediatrician* or pediatrician* or psychiatrist* or pulmonologist* or Radiologist* or Rheumatologist* or surgeon* or urologist* or ((medical or medicine or rehabilitation) adj1 specialist*) or (General adj2 (Practitioner* or Physician*)) or arts or artsen or dokter* or clinicus* or therapeut* or Allergoloog or Allergologen or Anesthesist* or Audioloog or Audiologen or cardioloog or cardiologen or Dermatoloog or Dermatologen or Endocrinoloog or Endocrinologen or Gastro-enteroloog or Gastro-enterologen or Geriater* or gynaecoloog or gynaecologen or ziekenhuisarts* or infectioloog or infectiologen or intensivist* or internist* or Neonatoloog or Neonatologen or Nefroloog or Nefrologen or neuroloog or neurologen or Neurochirurg or Neurochirurgen or verloskundige* or oncoloog or oncologen or Oogarts* or orthopedisch* or orthopeed or orthopeden or KNO-arts* or kinderarts* or psychiater* or longarts* or Radioloog or Radiologen or Reumatoloog or Reumatologen or chirurg or chirurgen or uroloog or urologen or (medisch* adj3 specialist*) or huisarts*).ti,ab,kf.	2.648.605	Advanced
6	(((caregiver* or care-giver* or care-provider* or service-provider*) adj3 (formal* or professional* or trained)) or ((care or support) adj3 (staff or worker*)) or ((Helpende* or Begeleider* or Verzorger*) adj3 (zorg* or welzijn or opgeleid*))).ti,ab,kf.	41.320	Advanced
7	exp "Students, Health Occupations"/ or "Education, Premedical"/ or exp "Education, Professional"/ or exp "Schools, Health Occupation"/ or (resident* or recidenc* or ((intern or interns or internship*) adj5 (health or healthcare or medical or nurs* or hospital*)) or ((health or healthcare or medical or nurs*) adj1 (education* or student* or graduate*)) or (house adj1 staff*) or AIOS or ANIOS, or geneeskundestudent* or verpleegkundestudent* or opleiding* or ((student* or assistant*) adj3 (opleiding or geneeskunde or verpleeg* or verzorgende*))).ti,ab,kf.	627.976	Advanced
8	(((temp or temps or temporal or self-employed or freelance* or free-lance*) adj5 (health or healthcare or medical or nurs*)) or ((tijdelijke or uitzend* or inval*) adj3 (gezondheidszorg* or verpleeg* or verzorgende* or arts* or (medisch adj3 specialist*))).ti,ab,kf.	1.440	Advanced
9	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	3.633.392	Advanced

#	Searches	Results	Type
10	((adverse or trauma* or occupational or lived or pandemic-related) adj3 (event* or experience* or incident* or occurrence*)).ti,ab,kf. or (experience or experiences).ti. or (exp Social Discrimination/ or (discriminat* or sexism* or racism* or ethnicis* or Ageis* or Homophobi* or biphobi* or transphob* or xenophobi* or ableis* or able-is* or diasableis* or ((sex* or gender or race or racial or ethnic or foreigner* or age or Homosexual or gay or LGB* or GLB* or weight or overweight or obese or obesity or disable* or handicap*) adj1 (bias* or bia or prejud*) or ((ingrijpende or schokkende or werkgerelateerd* or arbeidsgerelateerd* or meegemaakt* or pandemie*-gerelateerd*) adj3 (gebeurtenis* or ervaring* or incident*)) or discriminatie or discriminerend* or Etnicis* or leeftijdsdiscrimin* or homofo* or transfob* or transfoob or xenofob* or xenofob or vooroordeel or vooroordelen*).ti,ab,kf. or ervaring*.ti.)	804.687	Advanced
11	Workplace Violence/ or (aggression or aggressive or Microaggressi* or hostile or Harass* or Bullying or ((physical or psych* or emotion* or verbal*) adj3 (abuse* or Maltreat*)) or (physical adj3 (injur* or trauma*)) or ((co-worker* or colleague* or environment or manage*) adj3 abusive) or agressie* or microaggressie* or vijandig* or intimideren* or intimidatie or pesten or ((fysiek or psychisch* or emotion* or verbaal or verbale) adj3 (misbruik* or mishandel*)) or (fysiek* adj3 (verwonding* or trauma*))).ti,ab,kf.	247.451	Advanced
12	exp "restraint, physical"/ or coercion/ or Patient Isolation/ or (subdue* or (physical adj3 (restrain* or immobiliz* or immobilis*)) or (coercive adj3 (intervention* or treatment*)) or (isolation adj3 (patient or care or unit*)) or dwangbehand* or dwangtoepass* or isoleercel* or (patient* adj5 isoleren) or (verplichte adj1 zorg)).ti,ab,kf.	27.662	Advanced
13	exp Medical Errors/ or exp Medical Audit/ or malpractice/ or patient safety/ or patient harm/ or patient risk/ or (((medical or diagnos* or medication* or health* or radiotherap*) adj3 (error* or miss*)) or (Inappropriate adj3 Prescrib*) or (Medication adj3 Reconcil*) or malpractice or mal-practice or (medical adj3 audit*) or ((disciplin* or suit*) adj3 (law or complaint*)) or ((professional or physician) adj3 impairment) or (patient* adj3 (safety or death* or harm* or risk*)) or tuchtrecht* or (medisch* adj3 (misser* or fout*)) or wanpraktijk* or wangedrag* or malversatie* or letselschade* or claim* or schadevergoeding* or (patient* adj3 overlijd*) or patientveiligheid).ti,ab,kf.	611.298	Advanced
14	Work-Life Balance/ or ((work adj3 (balanc* or imbalanc*)) or (werk adj3 balans*).ti,ab,kf.	3.931	Advanced
15	2 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	1.653.457	Advanced
16	"referral and consultation"/ or gatekeeping/ or (referral* or consultation* or gatekeeping or (second adj2 opinion*) or doorverwijz* or verwijz* or verwijzsbrie*).ti,ab,kf.	248.110	Advanced

#	Searches	Results	Type
17	exp Peer Group/ or Mentors/ or Psychosocial Support Systems/ or (peer-group* or mentor* or ((peer* or co-worker* or coworker* or colleague* or social or psych* or moral* or ethic* or job or jobs or work* or occupational or professional or system or systems or intervention* or program* or organisation* or organization*) adj3 support*) or ((peer* or co-worker* or coworker* or colleague*) adj3 (counsel* or coach* or feedback or intervention* or therapy or therapies)) or ((moral* or ethic*) adj1 deliberation) or ((buddy or buddies) adj3 (system* or program* or support*)) or BOT or bedrijfsopvangteam* or "bedrijfs opvang team*" or ((collegiale or collega*) adj3 (ondersteun* or steun* or coach* or counsel* or feedback or interventie* or programma* or therapie*)) or ((moreel or ethisch) adj3 beraad)).ti,ab,kf.	213.211	Advanced
18	16 or 17	453.777	Advanced
19	risk factors/ or protective factors/ or (predispos* or ((risk or protect*) adj3 (factor* or effect* or behavio* or strateg* or tactic* or circumstance*)) or (risk adj3 score*) or aanleg or risicofactor* or (beschermende adj3 factor*).ti,ab,kf.	1.615.813	Advanced
20	exp " Resilience, Psychological"/ or (resilien* or hardiness or veerkracht* or weerbaar*).ti,ab,kf.	49.039	Advanced
21	exp social support/ or (((organization* or organisation* or corporate or social or cowork* or colleague* or peer*) adj3 (support* or commit*)) or ((organisatie* or corporat* or sociale or collegia* or collega*) adj3 (steun* or betrokken*))).ti,ab,kf.	122.729	Advanced
22	Organizational Culture/ or (((organization* or organisation* or corporate) adj3 (culture* or climate* or factor*)) or ((safe* or open or transparen*) adj3 (culture* or space* or climate* or organization* or organisation*)) or ((work* or job or jobs or occupational or professional) adj3 (culture* or climate* or condition* or environment* or factor*)) or (psycho* adj3 safe*) or organisatiecultu* or bedrijfscultu* or organisatieklima* or bedrijfsklima* or organisatiekenmerk* or bedrijfskenmerk* or organisatiefactor* or bedrijfsfactor* or werkcultu* or ((organisati* or bedrijf or bedrijven) adj3 (cultuur or culture* or klimaat or klimaten or kenmerk* or factor* or conditie* or omgeving*)) or ((psych* or meldcultuur) adj3 veilig*) or verbetercultuur).ti,ab,kf.	112.629	Advanced
23	(exp Personnel Staffing/ and Scheduling/) or (workload or ((work* or job or jobs or occupational or personnel) adj3 (staffing or schedul* or redeploy* or deploy* or characteristic* or nature)) or (work adj3 balanc*) or ((work* or job or jobs or occupational or professional) adj3 (demand* or resource*)) or (chronic* adj3 stress*) or personeelzaken or werkdruk* or werkomgeving* or werkcontext* or (werk adj3 (omgeving* or context*))).ti,ab,kf.	99.337	Advanced

#	Searches	Results	Type
24	Personnel Management/ or Leadership/ or Management Quality Circles/ or Personnel Delegation/ or (Leaders* or Influentials or ((personnel or qualit*) adj3 manage*) or (client-staff adj3 ratio*) or (quality adj3 circle*) or (personnel adj3 delegat*) or (good adj3 employ*) or leider* or manager* or (goed adj2 werkgever*).ti,ab,kf.	179.730	Advanced
25	2 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24	2.098.059	Advanced
26	exp Psychological Distress/ or exp "Stress, Psychological"/ or exp "Adaptation, Psychological"/ or exp "Resilience, Psychological"/ or mental fatigue/ or ("common mental disorder" or CMD or well-being or wellbeing or wellness or burnout or coping or cope or endurance or Hardiness or Resilien* or ((psych* or emotion* or mental or chronic or life or behavio* or social* or interpersonal* or nervous*) adj3 (stress* or distress* or exhaust* or pressure* or shock* or tension*)) or ((distress or distress) adj3 syndrome*) or ((caregiver* or care) adj3 (burden* or exhaust* or strain*)) or ((moral* or ethic*) adj3 (stress* or distress* or dilemma* or doubt* or paradox* or injur*)) or (critical-incident* adj3 (stress* or distress*)) or ((adapt* or adjust*) adj3 (behavio* or emotion* or psych*)) or ((mental* or emotional* or psych* or cogniti* or stress* or caregiver* or care-giver*) adj5 (Fatigue* or exhaust* or Lassitud*)) or (low adj3 alert*) or (burn adj3 out) or (lichtere adj2 aandoeningen) or welzijn or aanpassen or aanpassing* or weerbaar* or veerkracht* or zorgstress or zorglast or ((psych* or emotie* or emotione* or mentaal or mentale or chronisch* or leven* or sociaal or sociale or interpersoonlijk*) adj3 (stress* or vermoeid* or uitputting* or schok* or spanning*)) or ((moreel or morele or ethiek or ethisch*) adj3 (stress* or dilemma* or twijfel* or paradox* or verwonding* or letsel*)) or (incident* adj3 stress*) or ((psych* or emotie* or emotione* or mentaal or mentale or chronisch* or cogniti*) adj5 (Vermoeidheid* or uitputt* or uitgeput or belast*))).ti,ab,kf.	667.909	Advanced
27	exp Anxiety/ or anxiety disorders/ or panic disorder/ or (Anxiet* or Anxious* or Angst or Hypervigilan* or Nervous* or Catastrophie* or fear or fearing or fears or GAD or panic* or angst* or paniek* or nerveus or nerveuze or Catastrofeert or Catastroferen).ti,ab,kf.	713.846	Advanced
28	exp "Stress Disorders, Traumatic"/ or exp "posttraumatic growth, psychological"/ or (psychotrauma* or Trauma or PTSD or DES*NOS or C*PTSD or EPCACE or multitrauma or traumatised or traumatized or DTD or "Enduring Personality Change after Catastrophic Experience" or (Stress adj3 disorder*) or ((Emotional or Complex or chronic or Complicated or Multiple) adj3 Trauma*) or (acute adj3 Stress) or ((Stress or Crisis) adj3 Reaction*) or ((Post-Traumatic or posttraumatic or Trauma*) adj3 (stress or neurosis or neuroses or syndrome* or Disorder* or psychosis or psychoses or distress*)) or (Compassion adj3 Fatigue) or (type adj3 trauma) or (trauma adj2 (stressor adj2 disorders)) or (secondary adj3 (victim* or trauma)) or PTSS or getraumatiseerd* or stressstoornis* or stressreactie* or posttraumatisch* or (secundair* adj3 trauma*) or compassiemoeheid).ti,ab,kf.	334.603	Advanced

#	Searches	Results	Type
29	exp Depressive Disorder/ or exp Depression/ or (depression* or depressive or depressed or dysthymia or dysthymic or mdd or depressie* or gedeprimeerd* or dysthymie).ti,ab,kf.	538.449	Advanced
30	Absenteeism/ or return to work/ or Sick Leave/ or (absenteeism or ((work or job) adj3 (return or absen*)) or (sick adj3 (day or days or leave or absen*)) or werkuitval* or werkverzuim* or verzuim* or ziekteverzuim* or ziekteverlo* or werkhervat* or (werk adj3 (hervat* or ziek* or uitval*))).ti,ab,kf.	32.928	Advanced
31	2 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30	1.929.614	Advanced
32	practice guideline.pt. or exp "Practice Guidelines as Topic"/ or (guideline* or recommendation* or protocol* or consensus or (position adj1 (statement* or paper*)) or (best adj1 practice*) or richtlijn* or handreiking* or aanbeveling*).ti,ab.	1.354.770	Advanced
33	(meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature" or literatuur) adj3 (review* or overview* or overzicht*).ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or ((systemati* or literature or literatuur* or database* or data-base*) adj10 (search* or zoek*).ti,ab,kf. or ((structured or gestructureerd* or comprehensive* or uitputtend* or systemic* or systematisch*) adj3 (search* or zoek*).ti,ab,kf. or (((literature or Literatuur) adj3 (review* or Overzicht*)) and (search* or database* or data-base* or zoek*).ti,ab,kf. or ("data extraction" or "data source" or dataextractie or databron* or dataset*) and ("study selection" or studieselectie*).ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or (zoekstrategie and selectiecriteria).ti,ab,kf. or ("data source" and "data synthesis").ti,ab,kf. or (databron* and datasynthese).ti,ab,kf. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or synthes*).ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or synthes*)) and (search* or zoek* or database* or data-base*).ab. or (metasynthes* or meta-synthes*).ti,ab,kf. or (overzichtsartikel* or literatuuroverzicht*).ti,ab,kf.) not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/))	549.538	Advanced
34	32 or 33	1.785.816	Advanced
35	(exp randomized controlled trial/ or random*.ti,ab,kf. or gerandomiseerd*.ti,ab,kf. or ((pragmatic or practical or pragmatisch* or practisch*) adj ("clinical trial*" or "klinische studie*")).ti,ab,kf. or ((non-inferiority or noninferiority or superiority or equivalence) adj3 trial*).ti,ab,kf.) not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/))	1.274.188	Advanced

#	Searches	Results	Type
36	(controlled clinical trial/ or (((control or controlled or gecontroleerd*) adj6 (trial or studie)) or ((control or controlled) adj6 study) or ((control or controlled or gecontroleerd*) adj1 (active or actieve)) or "open label*" or ((double or two or three or multi or trial) adj (arm or arms)) or dubbelarmig* or eenarmig* or tweearmig* or (allocat* adj10 (arm or arms)) or placebo* or "sham-control*" or ((single or double or triple or assessor) adj1 (blind* or masked)) or dubbelblind* or blinderig* or nonrandom* or "non-random*" or "quasi-experimental" or crossover or "cross over" or "parallel group*" or "parallele groep*" or "factorial trial" or factorieel or factoriele).ti,ab,kf. or clinical trial, phase ii/ or clinical trial, phase iii/ or clinical trial, phase iv/ or ((phase or fase) adj5 (study or trial or studie*)).ti,ab,kf. or (Case-Control Studies/ or ((case* adj6 (matched or control*)) or (match* adj6 (pair or pairs or paar or paren or cohort* or control* or group* or groep* or healthy or gezond* or age or leeftijd* or sex or gender or geslacht* or patient* or subject* or respondent* or participant* or deelnemer*))).ti,ab,kf. or (propensity adj6 (scor* or match*)).ti,ab,kf.) or (((exp cohort studies/ or observational study/ or cross-sectional studies/ or multicenter study/ or (cohort* or 'follow up' or followup or longitudina* or prospecti* or retrospecti* or observationa* or "cross sectiona*" or cross?ectional* or multitent* or 'multi-cent*' or consecutive*).ti,ab,kf.) and ((group or groups or subgroup* or groep* or subgroep* or versus or vs or compar* or vergelijk*).ti,ab,kf. or ('odds ratio*' or 'relative odds' or 'risk ratio*' or 'relative risk*' or aor or arr or rrr or oddsratio* or risicoratio*).ab. or ("OR" or "RR") adj6 CI).ab.)) or (versus or vs or compar* or vergelijk*).ti. or Comparative study/ or (compar* adj study).ti,ab,kf. or (vergelijk* adj studie).ti,ab,kf. or historically controlled study/) not ((exp animals/ or exp models,animal/) not humans/) not (letter/ or comment/ or editorial/)	4.549.478	Advanced

#	Searches	Results	Type
37	exp "Qualitative Research"/ or "Focus Groups"/ or "Interview".pt. or "Interviews as Topic"/ or "Narration"/ or "Personal Narratives as Topic"/ or "Grounded Theory"/ or "Observational Studies as Topic"/ or "Observational Study".pt. or exp "Tape Recording"/ or (((thematic or content) adj1 analys*) or focus-group* or ethnograph* or ethnograf* or etnograf* or field-stud* or phenomenolog* or narration* or narrative or (qualitative adj1 (stud* or analys* or research* or method*)) or multimethodolog* or mixed-method* or observation* or grounded-theory or ((audio or tape) adj1 recording*) or audiotape* or Videotape or ((semi-structured or semistruktured or unstructured or informal or in-depth or indepth or face-to-face or structured or guide*) and (interview* or discussion* or questionnaire*)) or etnogra* or multi-methodolog* or vertelling* or observatie* or fenomenolo* or interdisciplinair* or (kwalitati* adj1 (method* or onderzoek* or studie* or analy*)) or tekstanaly* or theemaanaly* or discoursanaly* or sociaalanaly* or netwerkanaly* or inhoudsanaly* or ((narrati* or tekst* or thema* or discours* or sentiment* or sociaal or sociale or netwerk* or inhoud* or Interpretati*) adj1 analy*) or veldstud* or audioopname* or bandopname* or videoopname* or focusgroep* or ((semi-gestructureerd or semi-gestructureerd or ongestructureerd or informeel or diepgaand or face-to-face or gestructureerd* or geleid*) adj3 (interview* or discussie* or vragenlijst*)) or face-to-faceinterview* or (Narrati* adj1 onderzoek*) or (natuurlijke-taal adj1 Proces*) or opinie*).ti,ab.	1.528.114	Advanced
38	User-Centered Design/ or ((user-centered adj1 design) or (usability adj1 test*) or (gebruikersgericht* adj1 ontwerp*) or bruikbaarheidstest*).ti,ab,kf.	2.401	Advanced
39	35 or 36 or 37 or 38	6.125.051	Advanced
40	1 and 9 and 15 and 18 and 31 and 34	1.217	Advanced
41	(1 and 9 and 15 and 18 and 31 and 39) not 40	2.902	Advanced
42	(1 and 9 and 15 and 25 and 31 and 34) not (40 or 41)	2.170	Advanced

Bijlage 3. Methode verkennende desksearch

Bijlage 3. Methode verkennende desksearch

Er werd een verkennende desksearch uitgevoerd op het onderwerp 'psychosociale ondersteuning in de sector Zorg en Welzijn'. Het doel van de verkennende desksearch was om een beeld te krijgen van relevante publicaties over het onderwerp, waaronder bestaande richtlijnen, overzichtsartikelen en websites met handreikingen.

De input voor de 'verkennende desksearch' is verkregen via:

- een websearch via Google, met de zoektermen: 'peer support', 'collegiale ondersteuning', 'psychosociale ondersteuning', 'richtlijn/handreiking', 'mentale gezondheid', 'schokkende gebeurtenissen/ingrijpende gebeurtenissen/patiëntveiligheidsincidenten/calamiteiten', 'COVID-19' en 'overbelasting/stress';
- contactpersonen uit het veld (waaronder projectleden, stuurgroepleden en experts in het onderwerp);
- informatiespecialisten van de ARQ-bibliotheek (recente artikelen over psychosociale ondersteuning in de zorg).

De verkennende desksearch leverde verschillende bronnen op: flyers, posters, websites, artikelen, (onderzoeks)rapporten, richtlijnen, verslagen, interviews, kamerbrieven, infographics, factsheets, presentaties, webinars, arbeidscatalogi en toolkits. Van deze informatie hebben we een overzicht gemaakt.

Samenvattend werden gevonden:

- 23 stukken over peer support;
- 19 relevante stukken voor het ontwikkelen van een richtlijn voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals;
- 9 relevante richtlijnen;
- 29 stukken over verschillende toepassingen van psychosociale ondersteuning in de zorg.

Zoals ook bij de wetenschappelijke literatuurstudie gedaan is, is bij de verkennende desksearch gekeken welke stukken relevant zijn voor deze beleidsrichtlijn.

Er is voor gekozen om rapporten van onderzoeken uitgevoerd door kennisinstituten, brancheverenigingen, beroepsverenigingen of ministeries te beschouwen als meest relevant voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Tevens is de vermelding van een gedegen bronvermelding een criterium. De volgende publicaties werden als zeer relevant beschouwd voor het beantwoorden van de uitgangsvragen:

- Co-fit Rapport – UMC Utrecht; Julius Centrum; The Healthcare Innovation Center (THINC.); Hogeschool Utrecht⁸
- Peer support model – OLVG²⁰
- Psychosociale arbeidsbelasting, Arbocatalogus UMC's – LOAZ²¹
- Collegiaal opvangteam bij ingrijpende gebeurtenissen – UMCG²¹
- Buddy systeem voor artsen en verpleegkundigen in Coronatijd – Haaglanden MC²²
- Werken in de zorg; behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals – Advies commissie werken in de zorg, VWS⁷
- Ziekenhuis moet meer oog hebben voor traumatische stress bij artsen – Zorgvisie n.a.v. proefschrift Karel Scheepstra²³
- Supporting the mental health and well-being of the health and care workforce – WHO²⁴
- Monitor gezond werken in de zorg 2021 – IZZ²⁵
- Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden – ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises¹
- Leidraad Mentale klachten voorkomen bij zorgmedewerkers – V&VN; UMC; NVAB; Trimbos Instituut²⁶
- Multidisciplinaire richtlijn voor psychosociale hulp bij rampen en crises – ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises²⁷
- Actieplan Veilig werken in de zorg – Ministerie van VWS, BZK en V&J; ActiZ, BTN, NVZ, NFU, VGN, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, NU'91, Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, FBZ⁶
- Handreiking Moreel beraad²⁸
- De evenwichtige zorgverlener in de palliatieve zorg – Amsterdam UMC; IKNL; PALZON; ZonMw²⁹
- Impactvolle Determinanten: Psychosociale arbeidsbelasting – RIVM³⁰

Deze documenten werden samengevat en bij het beantwoorden van de uitgangsvragen werd relevante informatie uit elk document opgenomen in het Evidence Report.

Bijlage 4. Evidence Report

Bijlage 4. Evidence Report

Dit Evidence Report is een werkdocument met verzamelde kennis voor het opstellen van deze beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals. Het Evidence Report bestaat uit de uitgangsvragen, antwoorden, conclusies en aanbevelingen. De aanbevelingen hebben uiteindelijk geleid tot de richtlijntekst.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende bronnen van kennis:

- kennis uit de literatuurstudie;
- kennis uit de verkennende desksearch;
- kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden; (de (genummerde) aanbevelingen uit die richtlijn);
- overige overwegingen vanuit de projectgroep en aanvullende kennis vanuit de verkennende desksearch;
- kennis uit interviews met experts op het gebied van psychosociale ondersteuning. Door de projectgroep is gekozen om de focus te leggen op: collegiale ondersteuning, peer support, collegiaal netwerk, buddy systeem en ethiek support/moreel beraad.

De aanbevelingen zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen en zijn weergegeven in [Bijlage 4.2](#).

Om de uitgangsvragen systematisch te beantwoorden zijn a priori drie typen uitgangsvragen onderscheiden:

- Type A (*evidence-based*):
Uitgangsvragen die beantwoord zijn met behulp van wetenschappelijk bewijs of andere bestaande bronnen van informatie.
- Type B (*practice-based*):
Uitgangsvragen betreffende de huidige gang van zaken in de praktijk. Informatie voor de beantwoording is voornamelijk afkomstig uit de verkennende desksearch en interviews en/of focusgroepen met vertegenwoordigers van de doelgroep.
- Type C (*opinion-based*):
Antwoord op deze uitgangsvragen is niet te vinden in de wetenschappelijke literatuur of praktijkonderzoek; de projectgroep moet deze vragen beantwoorden op basis van consensus.

Overzicht uitgangsvragen Evidence Report

BLOK I: Scope en doel richtlijn

1. (Type C) Wat wordt er verstaan onder 'beleidsrichtlijn'?
2. (Type C) Wat is het doel van deze richtlijn?
3. (Type C) Welke doelgroepen betreft deze richtlijn? Wie zijn de gebruikers van deze richtlijn? Wie zijn overige stakeholders?
4. (Type B) Welke wet- en regelgeving is voor de richtlijn van belang?
5. (Type C) Wat wordt verstaan onder 'stressgerelateerde gezondheidsklachten (met verloop en verzuim als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer', die we proberen te voorkomen met deze richtlijn?

BLOK II: De werkomgeving van zorgprofessionals

6. (Type A/B) Wat zijn factoren op de werkvloer die zorgprofessionals vatbaar maken en factoren die beschermen tegen de mogelijke gevolgen van stressgerelateerde gezondheidsklachten (met verzuim en verloop als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen?

BLOK III: Vormgeven van psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals: preventie, signalering, monitoring en doorverwijzen

Preventie- en organisatiestrategieën

7. (Type A/B) Welke effectieve preventie- en/of organisatiestrategieën zouden zorgorganisaties in kunnen zetten om stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen (met verloop en verzuim als gevolg) op de werkvloer te verminderen voor zorgprofessionals?

Georganiseerde collegiale ondersteuning

8. (Type A/B) Welke interventies die relevant zijn in het kader van collegiale ondersteuning worden ingezet in de zorg en wat is de effectiviteit ervan?
9. (Type A/C) Hoe moet collegiale ondersteuning georganiseerd en uitgevoerd worden?
10. (Type B/C) Wat zijn de criteria voor de inzet van collegiaal ondersteuners?
11. (Type B/C) Wat zijn de rollen en taken van eenieder bij georganiseerde collegiale ondersteuning (werknemer zelf, collegiaal opvangteam, leidinggevende, organisatie of management)?
12. (Type B/C) Welke kennis en vaardigheden moeten in de training voor collegiaal ondersteuner aan bod komen?

Signalering, monitoring en nazorg

13. (Type A/C) Hoe moet het op de lange termijn signaleren van stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen eruit zien?
14. (Type A/B) Hoe moet het kennis- en vaardigheidsniveau van de leidinggevende eruit zien zodat de leidinggevende een signalerende functie kan hebben?

Evaluatie

15. (Type B) Hoe wordt de inzet/werking van het collegiaal opvangteam geëvalueerd?

Inzet professionele hulpverlening

16. (Type A/B) Wanneer en hoe moet worden doorverwezen naar professionele hulp?
17. (Type A) Welke professionele hulp is effectief bij stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen?
18. (Type B/C) Hoe moet een goed doorverwijssysteem naar professionele hulp ingebed worden in de organisatie?

BLOK I: Scope van de richtlijn

1. (Type C) Wat wordt er verstaan onder 'beleidsrichtlijn'?

Onder beleidsrichtlijn wordt verstaan een document met op – zoveel mogelijk – bewijs gebaseerde inzichten en praktische aanbevelingen rondom knelpunten uit de praktijk.

De werkgever is volgens de Arbowet verplicht om beleid te voeren dat erop is gericht om psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen of te beperken als dit een risico vormt binnen de organisatie. Ook is de werknemer verplicht om naar eigen vermogen zorg te dragen voor de eigen veiligheid en gezondheid en die van de andere betrokken personen.

Deze richtlijn voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen zal ondersteunen bij het concretiseren van deze verplichting. Op den duur kan de richtlijn omgezet worden tot een handreiking gespecificeerd per sector of branche. Deze huidige beleidsrichtlijn ondersteunt bij het vormgeven van beleid en de uitvoering van psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals. Dit in tegenstelling tot klinische richtlijnen die aanbevelingen genereren voor de meest effectieve en veilige klinische handelingen.

Deze richtlijn is een adaptatie van de bestaande Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden¹ naar de situatie van zorgprofessionals.

2. (Type C) Wat is het doel van deze richtlijn?

Een juiste en tijdige ondersteuning van zorgprofessionals kan uitval voorkomen en daarmee extra druk op de zorg verminderen. De bestaande initiatieven op het gebied van psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals zijn nog niet eenduidig beschreven en onderbouwing van hoe psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals het beste kan worden vormgegeven ontbreekt. Momenteel wordt in de zorg op veel uiteenlopende manieren vormgegeven aan psychosociale ondersteuning.

Deze richtlijn biedt *evidence-based*, *practice-based* en *opinion-based* aanbevelingen over hoe optimale psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals* te organiseren, zodat stressgerelateerde gezondheidsklachten (met verloop en verzuim als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer** zoveel als mogelijk worden voorkomen en het mentale en fysieke welzijn van zorgprofessionals wordt verbeterd. Daarbij wordt de bestaande Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden¹ als basis gebruikt.

* Zie uitgangsvraag 3 voor definiëring 'zorgprofessionals'

** Zie uitgangsvraag 5 voor definiëring 'stressgerelateerde gezondheidsklachten (met verloop en verzuim als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer'

De richtlijn biedt daarbij:

- Een gedeeld beeld en gemeenschappelijke taal bij de invulling, organisatie en kwaliteit van psychosociale ondersteuning in de zorgsector.
- Structurele aandacht voor psychosociale ondersteuning op de werkvloer, zowel preventief als curatief.

De verwachting is dat de richtlijn bijdraagt aan de verbetering van de arbeidsomstandigheden van zorgprofessionals.

3. (Type C) Welke doelgroepen betreft deze richtlijn? Wie zijn de gebruikers van deze richtlijn? Wie zijn overige stakeholders?

De doelgroep ('zorgprofessionals') van deze richtlijn bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden, artsen, medisch specialisten en begeleiders die medische zorg, behandeling, verzorging, begeleiding en verpleging verlenen. Zij zijn werkzaam in o.a. ziekenhuizen, UMC's, huisartsenpraktijken, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Jeugdzorg en de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT-sector). De doelgroep betreft zorgprofessionals die in loondienst werken, in opleiding zijn (zoals studenten, stagiaires en coassistenten), werkzaam zijn als ZZP'er, uitzendkracht of tijdelijke kracht en zorgprofessionals die zelf leidinggevende of werkgever zijn. Voor andere doelgroepen die werkzaam zijn in de zorg, zoals vrijwilligers, mantelzorgers, schoonmakers, facilitair zorgmedewerkers, paramedici, psychologen en hulp in de huishouding, zou de richtlijn ook van toepassing kunnen zijn. Echter, bij het ontwikkelproces van deze richtlijn zijn deze medewerkers in de zorg niet direct vertegenwoordigd in de project- en stuurgroep.

Gebruikers van deze richtlijn zijn het management van de organisaties waarbinnen zorgprofessionals werkzaam zijn, zorgprofessionals werkzaam in een maatschap, opleiders en begeleiders van zorgprofessionals in opleiding, maar ook de branche- en beroepsverenigingen van de doelgroep. Ook kan de zorgprofessional zelf kennis ontlenen aan de richtlijn.

Als belangrijke stakeholders worden naast de doelgroep en gebruikers van de richtlijn, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Arbeidsinspectie (voorheen Inspectie SZW) beschouwd. Tevens zijn de in deze richtlijn opgenomen aanbevelingen relevant voor professionele hulpverleners die mogelijk betrokken zijn bij de psychosociale (na)zorg van zorgprofessionals na ingrijpende

gebeurtenissen, zoals medisch psychologen, bedrijfsartsen, vertrouwenspersonen (intern en extern) en de (Nationale) ombudsman voor professionals in de zorg. Als overige stakeholders van deze richtlijn worden overkoepelende organisaties beschouwd, zoals de Nederlandse zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland, verzekeraars, beroepsverenigingen op het gebied van arbeid en organisatie en patiëntverenigingen.

4. (Type B) Welke wet- en regelgeving is voor de richtlijn van belang?

In de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) staan regels voor werkgevers en werknemers om de gezondheid en veiligheid van werknemers te bevorderen. Een belangrijk kenmerk van de Arbowet is dat het een kaderwet is. Dat betekent dat er geen regels in staan over concrete risico's, maar algemene bepalingen over het Arbobeleid in bedrijven. Het Arbobeleid wordt nader uitgewerkt in het Arbobesluit en de Arboregeling. Een onderdeel van het Arbobesluit is een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) waarin concrete risico's worden uitgewerkt. In het Arbobesluit staan de regels waar zowel werkgever als werknemer zich aan moeten houden om arbeidsrisico's tegen te gaan. De door werkgever en werknemer gemaakte afspraken over veilig en gezond werken kunnen worden vastgelegd in een Arbocatalogus. Deze catalogus geeft overzichtelijk en begrijpelijk de mogelijke oplossingen voor veilig en gezond werken, specifiek toegesneden op de situaties in een sector of branche. Dergelijke afspraken zijn ook van toepassing op de CAO's (collectieve arbeidsovereenkomsten) waarin afspraken worden opgenomen over arbeidsvoorwaarden voor gezond en veilig werken.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- Aanbevolen wordt dat iedere organisatie nagaat waar de verantwoordelijkheid voor de opvang van medewerkers binnen de organisatie ligt en dit vastlegt. De meest recente wetgeving doet namelijk geen duidelijke uitspraak over wie verantwoordelijk is voor de specifieke invulling van het behoud van psychisch welbevinden van de medewerker.
- De organisatie heeft een verantwoordelijkheid voor het continu aandacht besteden aan de bestaande risicofactoren voor het ontwikkelen van beroepsgebonden stressstoornissen na ingrijpende gebeurtenissen. Dit kan zij bijvoorbeeld doen door het psychosociale welzijn of psychosociale arbeidsbelasting deel te laten uitmaken van zowel de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) als het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) ofwel preventief medisch onderzoek (PMO).
- Organisaties dienen arbeidsomstandigheden te creëren die negatieve gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen op de psychische gezondheid van hulpverleners idealiter voorkomen of minstens verminderen. Daarbij dienen risico's zoveel mogelijk uitgesloten te worden (arbeidshygiëne strategie). Als dit niet mogelijk is, dan dient de organisatie de zorgprofessional optimaal te beschermen tegen de risico's. Daarbij speelt het bewerkstelligen van een zorgzame werkomgeving een rol.

5. (Type C) Wat wordt verstaan onder 'stressgerelateerde gezondheidsklachten (met verloop en verzuim als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer', die we proberen te voorkomen met deze richtlijn?

Onder stressgerelateerde gezondheidsklachten worden verstaan: vermoeidheid, uitputting, disfunctioneren, disbalans in werk-privésfeer, morele stress, angst, spanningsklachten, acuut stresssyndroom, posttraumatisch stresssyndroom, ongevoeligheid, emotionele afvlakking, depressieve stoornis, toename middelengebruik, slaapstoornissen, arbeidsconflicten en burn-out, met mogelijk gevolg van toename in ziekteverzuim, verloop en arbeidsongeschiktheid.

Wat voor de een ingrijpend is, hoeft voor de ander niet ingrijpend te zijn. Bovendien kan een gebeurtenis die voorheen nooit ingrijpend was, ineens als ingrijpend ervaren worden. Ook kan de opeenstapeling van meerdere gebeurtenissen als ingrijpend worden ervaren. Een ingrijpende gebeurtenis kan zowel direct als indirect zijn; een gebeurtenis kan als ingrijpend ervaren worden zonder aanwezig te zijn bij de gebeurtenis. De mate van kwetsbaarheid en veerkracht m.b.t. de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen op het werk is afhankelijk van een tal van factoren op zowel werk- als privégebied. Deze beleidsrichtlijn is gericht op psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen in de werkomgeving.

Onder ingrijpende gebeurtenissen op het werk worden verstaan:

- Ongewenst gedrag, zoals pesten, seksuele intimidatie, discriminatie, bedreiging, buitensluiten, agressie en geweld (verbaal of fysiek), zowel door (naasten van) patiënten (extern) als collega's (intern). Ook ongewenst gedrag in (sociale) media.
- Blootstelling aan chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire stoffen (CBRN);
- Patiëntveiligheidsincidenten, calamiteiten of complicaties;
- Gebeurtenissen rondom de zorg voor patiënten met een grote emotionele impact, zoals het vaak meemaken van overlijdensgevallen, onverwacht overlijden, uitzichtloos lijden of overlijden van een jong iemand;
- Ingediende klachten tegen de zorgprofessional (al dan niet terecht) en (mogelijk) tuchtrechtelijke zaken;
- Plotselinge verandering van werkomstandigheden (bijvoorbeeld door een pandemie of een ramp) leidend tot bijvoorbeeld aanhoudende hoge werk- en regeldruk, ongezonder rooster en/of morele stress.

BLOK II: De werkomgeving van zorgprofessionals

6. (Type A/B) Wat zijn factoren op de werkvloer die zorgprofessionals vatbaar maken en factoren die beschermen tegen de mogelijke gevolgen van stress-gerelateerde gezondheidsklachten (met verzuim en verloop als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen?

Kennis uit de literatuurstudie

Zie [Bijlage 4.1](#) voor een samenvatting van de 17 geselecteerde publicaties met daarin genoemd de populatie, het doel van het artikel, de uitkomstmaat, de gevonden factoren en de conclusie van de publicatie. Opvallend is dat er met name publicaties werden gevonden van medisch specialisten en verpleegkundigen en geen publicaties werden gevonden over de gehandicaptensector en ouderenzorginstellingen.

Van de 17 geselecteerde systematische reviews (beoordeeld als zeer relevant en van hoge kwaliteit) voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag, werd slechts één systematische review gevonden waarin wordt gerapporteerd over factoren die zorgprofessionals beschermen of vatbaar maken voor het ontwikkelen van stressgerelateerde klachten, specifiek bij ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer³¹. In deze systematische review van Lawn en collega's is het verband in kaart gebracht tussen de impact van ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer, werkcultuur, werkeisen (*demands*) en de impact op het mentale welbevinden van ambulancepersoneel (waaronder verpleegkundigen).

De overige geselecteerde publicaties rapporteerden over factoren op de werkvloer die samenhangen (correlatie of verklarende rol) met een veelvoud aan uitkomstmaten: welbevinden, werktevredenheid, veerkracht, coping, burn-out, werkgerelateerde stress, morele stress, compassiemoeheid, werkuitval en vervroegd met pensioen gaan. Deze uitkomstmaten komen overeen met wat de projectgroep verstaat onder 'stressgerelateerde klachten (met verloop of verzuim als gevolg)' (hierna 'klachten').

De onderzoekers van ARQ hebben de bevindingen van de 17 geselecteerde systematische reviews gebundeld. Zij concluderen dat de gevonden factoren op de werkvloer die zorgprofessionals vatbaar maken of beschermen voor klachten, zijn te clusteren in 5 thema's: werkeisen, werksfeer, werkplezier, roostering en werk-privébalans. Hieronder zijn de conclusies op basis van de literatuurstudie voor deze 5 thema's weergegeven.

Thema 1: Werkeisen; organisatie van werk en verantwoordelijkheden

Vatbaar makende factoren	Beschermende factoren
Prestatiegerichte doelstellingen (<i>job demands</i>) ³¹⁻³³	Controle over het werk ^{32,33,40}
Werkstress (algemeen) ^{31,34}	Autonomie ^{33,34,37,42}
Grote verantwoordelijkheid ^{35,36}	Goede werkprocedures, geroutineerd kunnen werken ^{33,38}
Hoge verwachtingen ^{36,37}	Rolduidelijkheid ³⁸
Weinig ervaring (zorgprofessionals in opleiding) ³⁶	Goede samenwerking tussen verschillende disciplines (<i>teamwork</i>) ^{33-35,38,39}
Inefficiëntie taken ³⁵	Goede fysieke omstandigheden van de werkomgeving ³⁸
Ambigüiteit van de rollen of rolconflict ^{32,37,38}	
Communicatiebelasting (multitasking, onderbrekingen) ³²	
Tijdsdruk (acute zorg) ^{32,33,39}	
Niet autonoom ^{37,39}	
Administratie druk (en gebrek aan ondersteuning) ^{33,40}	
Snelle transformatie van de werkomgeving ³⁷	
Inadequate faciliteiten en voorzieningen ^{31,40,41}	

Zorgprofessionals kunnen vatbaar zijn voor het ontwikkelen van klachten door hoge werkeisen, zoals prestatiegerichte doelstellingen, hoge verwachtingen, grote verantwoordelijkheid, hoge communicatiebelasting (multitasking en vaak onderbroken worden in het werk) en werken onder tijdsdruk. Daarnaast kunnen inefficiënte taken, veel administratie, inadequate faciliteiten en voorzieningen en rolconflicten een risicofactor zijn. Ook snelle transformatie van de werkomgeving (door reorganisatie, verhuizing, maar ook bij een pandemie of een ramp) correleert met klachten.

Beschermende factoren voor het voorkomen van klachten zijn het creëren van voldoende autonomie, controle over het werk, goede werkprocedures en goede fysieke omstandigheden van de werkomgeving. Duidelijkheid over rollen, goede samenwerking tussen verschillende disciplines (*teamwork en cohesie*), maar ook minder administratiedruk of goede ondersteuning in de administratie kan beschermen tegen het ontwikkelen van klachten.

Thema 2: Werkplezier; kwaliteit van werk

Vatbaar makende factoren	Beschermende factoren
Morele distress ^{38,39}	Betekenis (<i>meaning</i>) ⁴⁰
Zorgen om fouten te maken ³⁵	Zin/doel (<i>purpose</i>) ⁴⁰
Suboptimale zorg moeten leveren ³⁵	Passie om hoogkwalitatieve zorg te leveren ⁴⁴
Niet genoeg tijd voor patiënt ³⁹	Intellectuele voldoening ^{40,45}
Vermoeid en daardoor moeite met goed communiceren met patiënten/collega's ^{36,43}	Goed ethisch klimaat ³⁸
Geweld en aanranding (door collega of patiënt) ³³	Van ervaringen leren (ook incidenten) ^{44,45}
Traumatiserende gebeurtenissen ³³	Goed worden in je werk, ambitieus ⁴⁴
Mogelijke procesvoering ⁴⁰	Persoonlijke doelen behalen ⁴⁰
Gebrek aan erkenning, oneerlijke compensatie ³¹	Positieve interacties met patiënten ³³
	Professionele erkenning en waardering ^{32,33}
	Ondersteuning bij professionele ontwikkeling ³⁷
	Leren omgaan met werkdruk om werkstress te verminderen, weerbaarheidstraining ^{37,42}
	Goede mentoren voor beginnende en jonge verpleegkundigen ³⁷

Morele stress – ofwel klachten die kunnen worden ervaren als zorgprofessionals niet kunnen handelen naar wat zij verstaan onder moreel juist handelen – correleert met de intentie om ontslag te nemen en daadwerkelijk te stoppen met werken. Het moeten leveren van suboptimale zorg, doordat de professional onvoldoende tijd heeft voor een patiënt of de professional zich zorgen maakt om fouten te maken, hangt samen met het ontwikkelen van klachten. Ook gebrek aan erkenning en oneerlijke compensatie voor het maken van overuren werd gevonden als vatbaar makende factor voor het ontwikkelen van klachten.

Ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer zoals mogelijke procesvoering (tuchtzaken), geweld, aanranding of andere traumatiserende gebeurtenissen maken zorgprofessionals vatbaar voor het ontwikkelen van klachten.

Wat kan beschermen tegen het ontwikkelen van klachten is het ervaren van de zin en betekenis van het werk (*meaning en purpose*) en het hebben van positieve interacties met

patiënten. Het halen van intellectuele voldoening uit werk, passie ervaren voor het leveren van hoogkwalitatieve zorg en het halen van persoonlijke doelen, helpt tegen het ontwikkelen van klachten. Werken in een moreel ethisch klimaat is daarbij van belang, net als het ervaren van voldoende professionele erkenning en waardering.

Lering trekken uit ervaringen op de werkvloer (ook van incidenten), om zo nog beter te worden in je werk, kan beschermen tegen het ontwikkelen van klachten. In het verlengde is ondersteuning bij professionele ontwikkeling en leren omgaan met werkdruk en werkstress (weerbaarheidstraining) helpend om klachten te voorkomen of te verminderen. Goede mentoren of supervisors (vooral voor jonge en beginnende zorgprofessionals) zijn van belang.

Thema 3: Werksfeer; contact met collega's, leidinggevenden en management

Vatbaar makende factoren	Beschermende factoren
Competitieve werksfeer	Relatiegerichte leiderschapsstijl ^{37,47}
Een cultuur waarbij je de schuld in andermans schoenen schuift (angst om fouten te maken) ⁴⁵	Steunende context, sociale steun ^{31-33,38-40,42-47}
Stigma problemen ervaren met mentale gezondheid ³¹	Sterke teamidentiteit, cohesie (erkenning voor verschillende rollen) ^{31,33,34,40,42,44,47}
Geen hecht team/goed functionerend team ^{35,37}	Humor onderling ³¹
Boosheid naar collega's omdat zij het incident niet hebben voorkomen ⁴⁶	Waardering ³²
Hiërarchie in klinisch redeneren en daardoor gevoel dat men niet op waarde wordt geschat, negatief effect op patiëntenzorg, leidend tot morele stress ⁴⁵	Elkaar voorzien van feedback en leren van elkaar (een niet-oordelende sfeer, formeel faciliteren) ^{31,35,44}
Autocratische leiderschapsstijl (angst om je uit te spreken, verlies van eigenwaarde) ³⁶	Teambuilding skills leidinggevenden ³⁸
Oneerlijke compensatie ³³ , oneerlijke manier van leiderschap ⁴⁷	Hoge kwaliteit supervisie ³¹
Gebrek aan empathie, betrokkenheid ^{31,36}	Autoriteit om keuzes te maken (<i>decision authority</i>) ^{31,38,42}
Onvoldoende erkenning, waardering vanuit het management ^{31,32}	Adequate reactie na een incident ^{31,38}
Onvoldoende positieve feedback ⁴¹	Erkenning mentale impact incident (het is niet een vast onderdeel van het werk/niet normaal) ^{31,46}

Vatbaar makende factoren	Beschermende factoren
Plagen/pesten (na een incident) ^{31,41,43,46}	Lage drempel om incidenten te melden en om extra zorg te vragen ^{31,38}
	Terugdringen van pesten ³⁷
	Na incident: steun bij audit en tuchtzaken, beveiliging, geleerde lessen in training verwerken, ter voorkoming van geweldsincidenten ^{31,46}

De werksfeer, ofwel hoe zorgprofessionals met elkaar omgaan op de werkvloer, is van invloed op het ontwikkelen van klachten. Hieronder wordt een niet-beschermende en beschermende werksfeer geschetst.

Niet-beschermende werksfeer: in een competitieve werksfeer, waarbij de nadruk ligt op wie schuld heeft bij een incident, kan een zorgprofessional angst hebben om fouten te maken. De drempel kan hoog zijn om melding te maken van een incident (en dus voorkomen dat geleerde lessen in praktijk gebracht kunnen worden). Als er stigma heerst rondom het hebben van mentale klachten, kan dat gepaard gaan met plagen en pesten. In een dergelijke werksfeer is er gebrek aan empathie, betrokkenheid, positieve feedback, waardering en erkenning (tussen collega's maar ook vanuit de leidinggevenden of het management). Bij een autocratische leiderschapsstijl maakt de leidinggevende beslissingen over het werk en behoren de medewerkers te volgen. Hierdoor kunnen zorgprofessionals angst hebben om zich uit te spreken of een gevoel hebben van verminderde eigenwaarde. Als het klinisch oordeel van de ene zorgprofessional zwaarder weegt dan dat van de ander (zogeheten hiërarchie in klinisch redeneren), kan een zorgprofessional zich niet op waarde geschat voelen. Het gevoel dat de eigen beredenering onvoldoende gehoord wordt en dat dit mogelijk leidt tot suboptimale zorg, kan leiden tot morele stress.

Beschermende werksfeer: een steunende context met wederzijdse empathie, waardering en een sterke teamidentiteit (cohesie) is beschermend tegen het ontwikkelen van klachten. In een dergelijke werksfeer kan men elkaar voorzien van constructieve feedback en kan men leren van elkaar. Autoriteit ervaren om keuzes te maken in de beroepsuitoefening (*decision authority*) is beschermend tegen het ontwikkelen van klachten.

Een relatiegerichte leiderschapsstijl – waarbij de leidinggevende streeft naar samenwerking in het team, een sterke teamidentiteit (sociale cohesie) en een steunende context – kan helpen zorgprofessionals te beschermen tegen het ontwikkelen van klachten. Ook onderlinge empathie en betrokkenheid, waardering hebben voor elkaar en het gebruik van humor onderling kan bijdragen. In een werksfeer waarbij men elkaar kan voorzien van feedback zal de drempel tot het melden van incidenten (en dus kunnen leren van zulke situaties) lager zijn. Ook is een goede mix van kwaliteiten en ervaring in het team van belang.

Bij een ingrijpende gebeurtenis zou een adequate reactie van collega's en leidinggevenden zijn: steun bieden bij audits en tuchtzaken, verbeteren van beveiliging (alarmknop, camera's) en geleerde lessen na een incident verwerken in trainingen. Er dient ruimte te zijn om initiatieven te nemen om de veiligheid te verbeteren. Ook werkt het beschermend tegen klachten als er voldoende erkenning op de werkvloer is voor de mentale impact van een ingrijpende gebeurtenissen. Tevens helpt het als een ingrijpende gebeurtenis niet wordt gezien als iets wat nu eenmaal bij het werk hoort en dat ook de impact van het cumulatieve effect van ingrijpende gebeurtenissen wordt erkend.

Thema 4: Roostering

Vatbaar makende factoren	Beschermende factoren
Lange diensten (12u, 24u, maar ook 8-12-urige diensten roterend van dag-, avond- en nachtdiensten) ^{31,34,36}	Herstel na incident ³¹
Geen hersteltijd ³¹	Slaaptekort kunnen inhalen ³¹
Slaapgebrek ^{31,36}	Overwerken voorkomen ³¹
Geen pauze (slechte fysieke conditie tot gevolg) ³¹	Flexibiliteit ³³
Personeelstekort ^{33,34,38}	Goede kwaliteit roosteraars ³³

Roosters met lange diensten, waarbij onvoldoende pauze of hersteltijd wordt ingepland, maken zorgprofessionals vatbaar voor het ontwikkelen van klachten.

Een flexibel rooster, waarbij er herstelperiodes ingepland kunnen worden na een ingrijpende gebeurtenis of na een intensieve periode van werk, werkt beschermend. Roosteraars moeten daarvoor voldoende kwaliteiten in huis hebben om daarop in te spelen en er moet voldoende mankracht zijn om voor elkaar in te vallen.

Thema 5: Werk-privé balans

Vatbaar makende factoren	Beschermende factoren
Inflexibiliteit in zoeken naar juiste werk-privébalans ³⁷	Goede werk-privébalans ^{33,40,41,44}
Wordt beroep gedaan op vrije tijd ³⁵	Goede arbeidsvooruitzichten ^{38,40,41}
Gezinsverantwoordelijkheden ³⁵	Behoorlijk salaris ³³
Moeite met afsluiten van je zorgen (<i>disclosure</i>) ³⁶	Emoties verwerken die door het werk ontstaan ⁴⁴
Ontoereikend salaris (financiële zorgen en nog een baan ernaast moeten hebben) ^{31-33,35}	
Beperkte mogelijkheden voor bijscholing, loopbaanontwikkeling en werkzekerheid ^{32,35,38}	

Disbalans en mogelijke interferentie tussen het persoonlijke leven en beroepsleven, met inbegrip van vrije tijd, gezinsverantwoordelijkheden en invloed van het werk op het persoonlijke leven, hangen samen met klachten zoals burn-out. Er kan bijvoorbeeld door personeelstekort regelmatig een beroep gedaan worden op de vrije tijd of zorgprofessionals hebben moeite met het afsluiten van werkgerelateerde zorgen (*disclosure*).

Inflexibiliteit in het zoeken naar een juiste balans in het werk- en privéleven van de zorgprofessional, correleert met het hebben van klachten.

Daarnaast maakt een ontoereikend salaris en beperkte mogelijkheden tot bijscholing en ondersteuning bij loopbaanontwikkeling, zorgprofessionals vatbaar voor klachten.

Een goede werk-privé balans, goede arbeidsvooruitzichten en een behoorlijk salaris dragen bij aan het beschermen tegen klachten. Het is van belang dat er ruimte is om emoties te verwerken die door het werk ontstaan.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (4) De projectgroep stelt dat psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals begint bij goed werkgeverschap. Hierbij is binnen de organisatie aandacht voor factoren die mentale veerkracht bevorderen, zoals betekenisvolle werkzaamheden, regel- en ontwikkelmogelijkheden, feedback en waardering via teamwerk en inspirerend en dienend leiderschap. Tevens is er aandacht voor het verminderen van risicofactoren, zoals werkdruk, emotioneel zwaar werk en procedurele en relationele onrechtvaardigheid binnen de organisatie.

- (5) De projectgroep benadrukt het belang van het bieden van sociale steun aan zorgprofessionals. Daarbij dient speciaal aandacht te worden gegeven aan:
 - erkenning;
 - de mogelijkheid het verhaal te vertellen;
 - nazorg en opvanggesprekken;
 - informatie over de handelwijze van andere betrokken partijen.
- Tevens dient de zorgprofessional zo goed mogelijk te worden beschermd – o.a. door middel van voorlichting en voorbereiding – voor eventuele (negatieve) reacties uit de omgeving en vervolgonderzoeken, evenals agressie.
- (7) Fysiek letsel, ontstaan bij ingrijpende gebeurtenissen, kan de uiteindelijke psychosociale impact vergroten.
- (8) Wees alert op de effecten van (met name negatieve) berichten van (sociale) media over zorgprofessionals.
- (9) Reeds bestaande protocollen (voor bijv. omgang met agressie, preventie van burn-out) hanteren, voor zover dit binnen de organisatie van toepassing is.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- De projectgroep stelt dat psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals begint bij het creëren van goed werkgeverschap ofwel een zorgzame werkomgeving.
- Belangrijk is om tijd te besteden aan het goed inwerken van nieuwe zorgprofessionals, zodat zij duurzaam inzetbaar zijn. Heb aandacht voor de opname van nieuwe zorgprofessionals in een team.
- Kenmerkend voor een goede werksfeer is volgens de projectgroep ook: het kunnen geven van constructieve feedback, vertrouwen hebben in elkaars intenties om het goede te doen en onderling begrip hebben voor elkaars werk-privébalans.
- Zorg dat iedereen zich onderdeel voelt van het team en erkend en gewaardeerd wordt met zijn/haar eigen expertise. Hiërarchie in een team kan zijn functie hebben, maar dit moet niet ten koste gaan van de sociale cohesie in het team. Zet het teambelang voor eigen belang.
- Heb oog voor de emotionele belasting die kenmerkend is voor werken in de zorgsector.
- Geef ruimte en tijd voor herstel en groei; bied zowel mogelijkheden voor professionele vakinhoudelijke ontwikkeling als leerruimte voor het bevorderen van persoonlijke veerkracht. Zowel aan de zorgprofessional zelf als het gehele team.
- Het bagatelliseren van ingrijpende gebeurtenissen en het beschouwen van ingrijpende gebeurtenissen als aspecten die nu eenmaal horen bij het werk, is een risico-versterkende factor. Als een gebeurtenis als ingrijpend wordt ervaren is de reactie: "het hoort bij het werk, je moet er niet moeilijk over doen, je moet eelt op je ziel krijgen", dat kan klachten en verloop en verzuim uitlokken. Heb oog voor de beleving van de zorgprofessional. Heb oog voor de mens achter de zorgprofessional.
- De projectgroep beschouwt een aantrekkelijke werkplek als een beschermende factor.

Hierbij kan gedacht worden aan aantrekkelijke architectuur en interieur, aan voldoende planten en daglicht, maar ook aan prettige voorzieningen en activiteiten op de werkplek.

- Heb aandacht voor de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Dit kan zowel positief (brengt gezelligheid en lastenverlichting) als negatief (de werkzaamheden worden eenzijdiger) bijdragen aan de werkcontext.
- Het rooster moet aansluiten op het persoonlijke leven van de zorgprofessional. Maak het rooster ruim van tevoren bekend.
- Bied het recht om niet bereikbaar te zijn (aansluitend op de CAO van VVT en NFU).
- Betrek dierbaren van de zorgprofessional (kleine kring) bij het creëren van een goede werk-privébalans. Een ingrijpende gebeurtenis heeft ook impact op de kleine kring en daarmee ook op de zorgprofessional.
- Bied flexibiliteit in het rooster bij onvoorziene omstandigheden door taken (tijdelijk) over te nemen.
- Bied ondersteuning aan leidinggevenden hoe zij het team het beste kunnen begeleiden voor het creëren van een goede werksfeer. Naast taakgericht ook mensgericht leiderschap. Bied intervisie aan managers en leidinggevenden.
- Hoger management of leidinggevenden hebben een voorbeeldrol. Als zij ook hun emoties en kwetsbaarheid tonen, laten ze zien dat dit normaal is, zij zetten de norm.
- Erkenning van de mentale impact van een ingrijpende gebeurtenis op het werk door bestuur en hoger management is van belang.
- Er moet aandacht zijn voor helderheid in normstelling; wanneer is het goed genoeg? Dit om te hoge *peer pressure* en een ongezonde competitieve werksfeer tegen te gaan.
- Tijdens een crisis of ramp moet er naast aandacht ook voldoende tijd zijn voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals en het team.
- Een gezond rooster is ook een rooster waarbij er balans is tussen formatie en productie.

Conclusie uitgangsvraag 6.

Wat zijn factoren op de werkvloer die zorgprofessionals vatbaar maken en factoren die beschermen voor de mogelijke gevolgen van stressgerelateerde gezondheidsklachten (met verzuim en verloop als gevolg) bij ingrijpende gebeurtenissen?

1. Aanbevolen wordt om te streven naar een zorgzame werk- en leeromgeving waarin de kans op de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen zo klein mogelijk is. In een dergelijke zorgzame werk- en leeromgeving kan het bieden van opvang en nazorg, signaleren, monitoren en doorverwijzen naar professionele hulpverlening beter ingebed worden.

Door externe factoren is het ondanks inspanningen niet altijd mogelijk om een optimaal zorgzame werkomgeving te realiseren. Zo kan het in tijden van krapte op de arbeidsmarkt onmogelijk blijken voldoende bevoegd personeel te vinden en een gezond rooster creëren. Dat laat onverlet dat alle onderstaande kenmerken van belang zijn voor het creëren van een optimaal zorgzame werkomgeving.

Een zorgzame werkomgeving heeft de volgende kenmerken:

- a) Er is erkenning voor de mentale impact van ingrijpende gebeurtenissen (ook meerdere ingrijpende gebeurtenissen achter elkaar) op het werk (zowel bij medewerkers, leidinggevenden, opleiders, als het bestuur en hoger management). Het hebben van mentale klachten is bespreekbaar en de impact ervan wordt niet gebagatelliseerd. De drempel tot het melden van een ingrijpende gebeurtenis is laag. Er wordt zowel emotionele als praktische steun geboden na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Geleerde lessen worden ingebed in preventieve trainingen en ruimte en middelen zijn er om initiatieven uit te voeren ter bevordering van de veiligheid op het werk. Er is nazorg, er zijn opvangsgesprekken en er wordt informatie gegeven over hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Tijdens plotselinge verandering van werkomstandigheden (bijvoorbeeld door reorganisatie, verhuizing, maar ook bij een pandemie of een ramp) is er ondanks drukte voldoende aandacht en tijd voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals en het team.
- b) Er is sociale steun op het werk. Dit uit zich in wederzijdse empathie, betrokkenheid, waardering en erkenning.
- c) Er is een open, vertrouwende en lerende cultuur. Men voorziet elkaar van constructieve feedback, is bereid om van elkaar te leren en heeft daartoe de ruimte onder werktijd.
- d) Er is duidelijkheid over de rol die ieder vervult (*teamwork*), de taakverdeling is efficiënt, er zijn duidelijke werkprocedures en er is samenwerking tussen verschillende disciplines. Het team heeft een sterke teamidentiteit (sociale cohesie) en er is een mix van kwaliteiten en ervaring in het team. Beginnende, nieuwe, in opleiding zijnde en/of jonge zorgprofessionals worden ondersteund door mentoren, supervisors, collega's en zorgvuldige inwerkprocedures. Zij worden ingewerkt op zowel taken als sociale cohesie op het werk.

- e) Alle medewerkers in de organisatie (medewerkers, studenten, stagiaires, opleiders, leidinggevendenden, afdelingshoofden, management, raad van bestuur, etc.) ervaren gezamenlijke verantwoordelijkheid om een dergelijke zorgzame werkomgeving met elkaar te creëren en te behouden.
- f) Er is erkenning voor hoge werkeisen die aan zorgprofessionals worden gesteld. Er is duidelijkheid over normstelling ten aanzien van werk- en leerprestaties. Een zorgprofessional krijgt doorgaans te maken met prestatiegerichte doelstellingen, hoge verwachtingen, een grote verantwoordelijkheid, hoge communicatiebelasting (multitasking en vaak onderbroken worden in het werk), emotionele belasting en werken onder tijdsdruk.
- g) Zorgprofessionals ervaren werkplezier. Van belang is het ervaren van zingeving en betekenis van werken in de zorg, mogelijkheden hebben om je professioneel te ontwikkelen en intellectuele voldoening uit het werk halen. Werkplezier kan gestimuleerd worden door het kunnen leveren van hoogkwalitatieve zorg, ethisch verantwoord handelen, voldoende tijd hebben per patiënt, het ervaren van autonomie en controle over het werk.
- h) De werkplek is aantrekkelijk. De fysieke omstandigheden van de werkomgeving voldoen aan Arbo-vereisten (bijv. voldoende daglicht). Er zijn adequate faciliteiten en voorzieningen voor zorgprofessionals om te pauzeren.
- i) Er is sprake van een gezond rooster waarbij er balans is tussen formatie en productie en waarbij voldoende pauze en herstel structureel is ingepland in alle diensten (zie bijvoorbeeld Nachtwerk en gezondheid⁶ en Leidraad voor hersteltijd op het werk^{9,10}).
- j) Er is een goede werk-privébalans voor de zorgprofessional. Indien nodig, wordt er ruimte geboden voor emotionele verwerking bij ingrijpende gebeurtenissen op het werk.
- k) Er is een zo laag mogelijke administratiedruk. Zorgprofessionals worden zoveel mogelijk ontzien van administratieve taken en oneigenlijke (neven)taken.
- l) Er wordt binnen de beschikbare (financiële) middelen een passend salaris, goede arbeidsvooruitzichten, mogelijkheden tot bijscholing en ondersteuning bij loopbaanontwikkeling geboden.

BLOK III: Vormgeven van psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals: preventie, signalering, monitoring en doorverwijzen

Preventie- en organisatiestrategieën

7. (Type A/B) Welke effectieve preventie- en/of organisatiestrategieën zouden zorgorganisaties in kunnen zetten om stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen (met verloop en verzuim als gevolg) op de werkvloer te verminderen voor zorgprofessionals?

Kennis uit de literatuurstudie:

Uiteindelijk zijn 67 systematische reviews geselecteerd als relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18. Uit deze 67 publicaties zijn in totaal 14 publicaties geselecteerd (beoordeeld door 3 onderzoekers) als zeer relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvragen 7 t/m 18. Een uitgebreide beschrijving van de methode van de literatuurstudie staat elders uitgewerkt, evenals een samenvatting van de 14 geselecteerde publicaties.

Het is lastig om eenduidige conclusies te trekken vanwege grote variëteit tussen de interventies (duur van de interventie, frequentie en duur van de oefeningen of opdrachten), uitkomstvariabelen, beroepsgroepen en follow-up-duur in alle onderzoeken⁴⁸⁻⁵³. De kwaliteit van de beschikbare studies in deze systematische reviews werd doorgaans als 'matig' beoordeeld, vanwege het risico op bias dit vanwege het niet rapporteren van groepsgrootte bij de post-interventie meting (drop-out niet geregistreerd) of omdat de nameting direct na afloop van de interventie was (follow-up ontbreekt)⁵⁴⁻⁵⁵. Bovendien kunnen er geen conclusies worden getrokken op het gebied van preventieve interventies ter voorkoming van het ontwikkelen van klachten, omdat vaak een premeting van klachten ontbrak⁵⁶. Daarnaast werd ook opgemerkt dat de definitie van 'veerkracht' niet eenduidig is⁵⁷.

Met deze limitatie in acht genomen, geven wij hieronder een overzicht van de literatuurstudie van veelbelovende organisatiestrategieën voor het verminderen van stressgerelateerde gezondheidsklachten bij ingrijpende gebeurtenissen.

Een preventie- en/of organisatiestrategie voor het verminderen van klachten is het aanbieden van interventies om welbevinden en veerkracht te bevorderen en burn-out en stress te verminderen.

Onder (A) wordt hieronder een overzicht gegeven van veelbelovende interventies die kunnen helpen bij het bevorderen van welbevinden en veerkracht op het werk en het verminderen van klachten zoals werkstress, vermoeidheid en morele stress op het werk.

In het geval een ingrijpende gebeurtenis heeft plaatsgevonden, worden interventies aangeboden waarmee de impact van ingrijpende gebeurtenissen wordt verminderd en je de kans verkleint dat er nogmaals een ingrijpende gebeurtenis plaatsvindt (B).

Als laatste worden bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur gepresenteerd over de implementatie van deze preventie- en/of organisatiestrategieën (C).

(A) Welke interventies lijken veelbelovend voor het bevorderen van welbevinden of het verminderen van werkstress? NB: De publicaties gaan niet over de context van een ingrijpende gebeurtenis, maar over algeheel functioneren op de werkvloer.

Rekening houdend met de matige kwaliteit van de vele studies in de systematische reviews, lijken de volgende interventies veelbelovend in het verminderen van stress-gerelateerde klachten op het werk bij zorgprofessionals:

- Op mindfulness gebaseerde interventies (*mindfulness-based interventions*; MBI) lijken effectief te zijn voor het bevorderen van stressmanagement^{53,55,58-65}, vooral in combinatie met cognitieve herwaarderingstechnieken⁵⁹. MBI's hebben een positief effect op welbevinden⁶⁶⁻⁷⁰ bij zorgprofessionals.
- *Acceptance and commitment therapy* (ACT) lijkt effectief in het verminderen van psychologische stress^{71,72}.
- Psycho-educatie op het gebied van veerkracht, stressbeheersing, zelfzorg en promoten om fysiek actief te zijn en gezond te eten, lijkt effectief in het vergroten van welbevinden⁴⁹.
- Stress management workshops lijken bij te dragen aan het verminderen van stress bij verpleegkundigen⁷³. Tevens dragen stress management interventies bij aan welbevinden, met name stress management interventies met mentale oefeningen⁵⁴.
- Fysieke ontspanning kan werkstress doen verminderen, zoals met yoga⁷⁴⁻⁷⁶, ontspanningstechnieken⁵⁵, Tai chi^{75,76} of qingong⁷⁷.
- Fysieke activiteit kan bijdragen aan vermindering van stress en verbetering in gezond gedrag (Body Mass Index (BMI) etc.).
- Er is geen bewijs gevonden dat aromatherapie, massage of aromatherapie massage effectief is in het verminderen van werkstress⁷⁸.
- Debriefing van 5 minuten na elke dienst en teamactiviteiten lijken welbevinden van zorgmedewerkers te bevorderen⁴⁹.
- Het promoten van gezond gedrag op de werkvloer draagt bij aan het vergroten van welbevinden bij verpleegkundigen⁷⁹.

- Meerdaagse leiderschap interventies met reflectie en interactie in een groepssetting lijken effectief ter bevordering van mentaal welbevinden⁸⁰.
 - Er is matig bewijs voor de effectiviteit van ethiek support zoals morele empowerment programma's, educatie over levensbeëindiging, reflectieve oefeningen via narratief schrijven of groepsdebriefing, multidisciplinaire casus debriefing en morele veerkracht training⁸¹. Er is meer onderzoek nodig om te kunnen concluderen dat ethische casus interventies helpen bij besluitvorming in de klinische zorgpraktijk ter voorkoming van besluitvormingsconflicten en om morele stress te verminderen^{52,82}.
 - *Compassion fatigue* (omschreven als emotionele en fysieke uitputting met als gevolg minder compassie en empathie voelen voor anderen⁸³) komt minder vaak voor op afdelingen waar sprake is van peer support, sociale steun en respect⁸⁴.
 - Op afdelingen waar managers actief op de werkvloer aanwezig zijn en luisteren komt compassion fatigue minder vaak voor⁸⁴.
 - Het leren van collega's (*peer assisted learning*; PAL) is voor leerling-verpleegkundigen van belang voor het vergroten van klinische kennis, leidt tot het gevoel van competentie en vertrouwen en het vermindert stress en angst⁸⁵.
 - Creatieve therapie (*music and art-based interventions*) toonde een verbetering in burn-out en stress en had een grotere impact op welbevinden dan narratieve therapie (*storytelling*)⁸⁶. *Narrative medicine intervention* kan empathie vergroten en daarmee burn-out verminderen⁸⁷.
 - Sociale steun van supervisors en collega's speelt een essentiële rol in het voorkomen van burn-out⁸⁸.
 - *Team-based care* kan burn-outklachten verminderen⁸⁹.
 - Het houden aan de ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) werkuren limiet werd geassocieerd met minder emotionele uitputting en burn-out bij artsen (*resident physicians*)⁹⁰.
 - Ook online kunnen mindfulness, cognitieve gedragstherapie, ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen effectief zijn in het verminderen van burn-out klachten⁹¹.
 - Het bevorderen van zelfzorg lijkt effectief tegen burn-out klachten⁹⁰.
 - Interventies met cognitieve gedragstechnieken lijken positieve effecten op burn-out en stress te hebben^{58,59,92,93}.
 - Op mindfulness gebaseerde therapieën (MBI) lijken effectief te zijn in het verminderen van burn-out klachten^{68,90,94-96}. Maar er is ook een studie waarbij gemixte resultaten worden gevonden van MBI op stress, depressie, vermoeidheid en burn-out bij geneeskunde studenten⁹⁷.
 - Educatieve interventies lijken effectief te zijn bij het verminderen van stress en/of burn-out⁵⁸.
- >>

(B) Hoe wordt de impact van een ingrijpende gebeurtenis verkleind en hoe wordt de kans dat een ingrijpende gebeurtenis plaatsvindt verkleind?

Deze vraag werd beantwoord aan de hand van de geselecteerde systematische reviews waarbij specifiek in de context van ingrijpende gebeurtenissen werd onderzocht welke organisatiestrategieën effectief zijn ter vermindering van klachten^{33,48,56,98-102}. Rekening houdend met de matige kwaliteit van de vele studies in de systematische reviews, hebben wij de volgende interventies gevonden die de impact van ingrijpende gebeurtenissen kunnen bufferen en interventies die de kans verkleinen dat er nogmaals een ingrijpende gebeurtenis plaatsvindt.

- Na het meemaken van een patiëntveiligheidsincident, werden interventies gericht op het aanleren van nieuwe coping strategieën en interventies gericht op het bevorderen van individuele veerkracht (overeenkomend met aspecten van *Safety II*) effectief bevonden in het bevorderen van veerkracht. Er werden positieve effecten voor zorgprofessionals zelf gevonden, maar ook voor de peer supporters die hun rol als uitdagend maar bevredigend beschouwden⁹⁸.
- Interventies na een patiëntveiligheidsincident moeten als volgt aangeboden worden: begeleiding moet zijn gericht op het maken van een interne analyse van de gebeurtenis, leren van de gebeurtenis en het leren omgaan met de negatieve emoties⁹⁹. Dit komt in grote lijnen overeen met de principes van operationele debriefing.
- Veelbelovende leermiddelen ter voorkoming van het opnieuw meemaken van patiëntveiligheidsincidenten en verbetering van zorg waren: *debriefing* waarbij met behulp van reflectieve vragen een incident wordt gedeconstrueerd; simulatie-training waarbij personeel werd gevraagd het incident te herbeleven middels een rollenspel; *crew resource management* gericht op communicatie, leiderschap en besluitvorming; geavanceerde systemen voor het melden van incidenten (deze gaven waardevolle informatie voor veiligheidsberichten na veiligheidsincidenten).¹⁰⁰
- Omgaan met storend gedrag/pestgedrag: weinig bewijs voor effectieve interventies, meer onderzoek nodig¹⁰¹. Een aanpak waarbij de hele organisatie betrokken is (zoals meldingssystemen van ongewenst gedrag en trainingen) lijkt nodig om ongewenst gedrag effectief tegen te gaan¹⁹.
- In het geval van een pandemie moet er ondanks de hoge werkdruk aandacht zijn voor het bewaken en monitoren van symptomen bij zorgprofessionals, tegelijk met ondersteuningsdiensten zoals peer support, ter voorkoming van psychologische klachten^{103,104}.

- Sociale steun van zowel leidinggevenden als collega's heeft een positief effect op posttraumatische stressreacties, psychologische stress, vermoeidheid, somatische klachten en slaapproblemen³³. Het onderhouden van goede relaties met collega's bevordert de samenwerking, versterkt individuele hulpbronnen en verlicht de last van ingrijpende gebeurtenissen³³.
- Sociale steun van collega's maar ook goed opgezette organisatiestructuren en beloningssystemen voor medewerkers kan het negatieve effect van ingrijpende gebeurtenissen bufferen³³.
- Onderzoek naar de effectiviteit van peer support op de werkvloer en crisis-gefocusste psychologische interventies voor het verminderen van *post traumatic stress injury* (PTSI) bij frontlinie zorgprofessionals en andere hoog risico beroepen, is van onvoldoende kwaliteit vanwege het niet kunnen controleren van aanwezige PTSI klachten voorafgaand aan de interventies⁵⁶.
- Er is meer onderzoek nodig om te kunnen concluderen dat ethische casus interventies helpen bij besluitvorming in de klinische zorgpraktijk ter voorkoming van besluitvormingsconflicten en om morele stress te verminderen^{52,82}.
- Om morele stress tegen te gaan bij verpleegkundigen dient ingezet te worden op educatie over het effect van morele stress. Geef hen zeggenschap over hun ethische zorgen en laat hen handelen volgens hun eigen professionele waarden⁸².

(C) Inbedding van organisatiestrategieën om de impact van ingrijpende gebeurtenissen te verminderen (implementatie)

Uit de literatuurstudie komen een aantal adviezen op het gebied van implementatie van psychosociale ondersteuningsdiensten.

- Voor het succesvol implementeren van interventies op het gebied van leren van en voorkomen van patiëntveiligheidsincidenten, is het van belang dat er een cultuur op de werkvloer is waarbij men kan leren van incidenten, anders dan het zoeken en beschuldigen van daders (*blame culture*)⁹⁸.
 - Het is van belang dat er bekendheid is van de beschikbare ondersteuningsprogramma's en dat er voldoende financiële middelen zijn. Meer bekendheid van de ondersteuningsdiensten op de werkvloer kan de drempel doen verlagen en ook meer begrip bewerkstelligen op de werkvloer voor het hebben van psychosociale klachten na een incident⁹⁸.
- >>

- Organisaties wordt aangeraden om de richtlijnen voor *Safety culture* te volgen. Zowel *Safety I* als *Safety II* kunnen effectief zijn. Investeren in support structuren zou een topprioriteit moeten zijn voor zorginstellingen die een systemische benadering van veiligheid hanteren en streven naar een *Just culture*. Hierbij wordt na een incident gevraagd wat er mis ging en niet wie de veroorzaker is geweest van het incident⁹⁸. *Safety I*: is erop gericht om het aantal patiëntveiligheidsincidenten zoveel mogelijk naar beneden te brengen en de consequenties voor de patiënt te verminderen. Het is erop gericht om de risico's en oorzaken van ongewenste voorvallen te identificeren, te leren van fouten en te verbeteren wat fout is gegaan^{105,106}. *Safety II*: is erop gericht om op proactieve wijze sleutelfactoren te identificeren om een werksituatie te creëren waarin zo min mogelijk fouten gemaakt worden. De zorgprofessional wordt gezien als de bron van het leveren van veilige zorg. *Safety II* is er daarom op gericht om veerkracht te bevorderen bij het individu maar ook binnen de organisatie. Door het bevorderen van veerkracht, kan de zorgprofessional snel herstellen van een patiëntveiligheidsincident en kunnen de negatieve consequenties van een incident verminderen^{105,106}.
- Het is van belang dat effectieve leermiddelen om te leren van incidenten worden omarmd op elk niveau van de organisatie¹⁰⁰.
- Er moet een werkcultuur zijn waarbij het melden van ongewenste voorvallen laagdrempelig is⁹⁹.
- De beschikbaarheid van ondersteuning moet snel en laagdrempelig zijn⁹⁹.
- Een aanpak waarbij de gehele werkcultuur en organisatie wordt betrokken, draagt bij aan het bevorderen van de fysieke en mentale gezondheid van zorgprofessionals. Als medewerkers vanaf het begin betrokken worden, is er betere participatie^{48,49}.
- Een duidelijke en consistente organisatorische benadering van storend gedrag van medici wordt aanbevolen¹⁰¹.
- Bij het ontwikkelen van interventies voor stressbeheersing op het werk dient rekening gehouden te worden met specifieke kenmerken van de verschillende werksettings. Zo worden NICU (Intensive Care Neonatologie) medewerkers geconfronteerd met ethische dilemma's die voor morele stress kunnen zorgen. Het is van belang om vanaf de indiensttreding de medewerkers te trainen op zelfbewustzijn met betrekking tot het werken op de NICU-afdeling, zodat stress kan worden voorkomen en beheersbaar blijft⁵¹.
- Belemmerende factoren van het gebruikmaken van psychosociale ondersteuningsdiensten bij zorgprofessionals kunnen zijn: gebrek aan steun van de organisatie, tijdgebrek, vermoeidheid en gevoelens van schuld voor het niet prioriteren van de zorg¹⁰⁸.

Met de matige kwaliteit van de studies opgenomen in de systematische reviews in acht genomen, trekken wij de volgende conclusie o.b.v. de literatuurstudie.

Een preventiestrategie voor het ontstaan van klachten is het aanbieden van interventies om welbevinden en veerkracht te bevorderen en burn-out en stress te verminderen. Verschillende interventies lijken effectief in het bevorderen van welbevinden of het verminderen van stress, morele stress, depressie, vermoeidheid en burn-out op de werkvloer, dit zijn: CGT, MBI, ACT, stress management workshops, fysieke ontspanning, fysieke activiteit, creatieve therapie, zelfzorg, houden aan werkuren limiet, promoten van gezond gedrag en leiderschap interventies.

In het algemeen lijkt sociale steun van leidinggevenden en collega's veelbelovend voor het bufferen van de impact van ingrijpende gebeurtenissen. Specifiek bij het begaan van een patiëntveiligheidsincident lijkt debriefing/simulatietraining (herconstrueren van de gebeurtenis, leren van de gebeurtenis en ruimte voor ervaren van negatieve emoties), het aanleren van nieuwe coping strategieën en bevorderen van veerkracht (=Safety culture) effectief in het verminderen van klachten. Ook moet een organisatie goed ingericht zijn voor het omgaan met ongewenst gedrag (agressie van collega's of patiënten). Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van peer support bij ingrijpende gebeurtenissen. Het leren van collega's (*peer assisted learning*; PAL) is voor leerling-verpleegkundigen van belang voor het vergroten van klinische kennis, leidt tot het gevoel van competentie en vertrouwen en het vermindert stress en angst. Er is matig bewijs voor dat Ethiek Support ondersteunt bij besluitvorming in de klinische zorgpraktijk ter voorkoming van besluitvormingsconflicten en morele stress.

Ondersteuning moet laagdrempelig en snel toegankelijk zijn. Indien ondersteuning niet voldoende is, moet de stap naar doorverwijzing naar professionele hulpverlening klein zijn. De hele organisatie moet betrokken zijn/actief meedoen. Een duidelijke en consistente organisatorische benadering van storend gedrag op de werkvloer wordt aanbevolen.

Kennis uit de verkennende desksearch:

Uit Co-fit rapport⁸:

- Tijdens een crisis zoals de coronacrisis, wordt aangeraden een breed aanbod van laagdrempelige psychologische ondersteuning aan te bieden. Het wordt afgeraden om psychologische interventies breed in te zetten.
- Zorg ervoor dat er iemand (bijv. afdelingsmanager of teamleider) op de afdeling aanwezig is waar professionals even mee kunnen sparren voor/tijdens/na hun dienst en bij wie ze hun verhaal kwijt kunnen¹⁰⁹⁻¹¹³.
- Stimuleer communicatie tussen professionals op de werkvloer (ook bij drukte) en creëer ruimte en tijd voor het vrijblijvend bespreken van positieve en negatieve kanten van de situatie, bijvoorbeeld in de dagelijkse check-ins/check-outs. Creëer ruimte en tijd om stress te reduceren in het team met ruimte voor positieve en negatieve kanten van de situatie^{109,114-119}.

- Moedig gebruik aan van effectieve zelfzorg instrumenten en digitale ondersteuning ter behoud van mentale weerbaarheid en gezondheid.
- Organiseer een efficiënt verwijssysteem voor professionals met klachten zoals vermoeidheid, slapeloosheid, angst, somberheid of depressie; biedt hen de mogelijkheid van snelle psychologische diagnostiek, bijv. d.m.v. de Dutch Global Psychotrauma Screen en bied indien geïndiceerd professionele behandeling^{120,121}.
- Maak een 24/7 telefoonnummer beschikbaar om professionals een luisterend oor te bieden. Deze dienst kan bemand worden door leden van het psychosociaal ondersteuningsteam¹²².
- Maak voldoende middelen/capaciteit vrij voor het vormen van een operationele kern; een multidisciplinair psychosociaal ondersteuningsteam bestaande uit: o.a. opvangteams, peer supporters, psychologen, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers en Arbo-artsen¹²³. Creëer voor het psychosociaal ondersteuningsteam een eenvoudige en wendbare organisatiestructuur met een heldere functionele en hiërarchische aansturing (bijv. regiegroep met voorzitter) van en communicatie richting (en binnen) de operationele kern.

Uit Leidraad voorkómen van mentale klachten bij zorgmedewerkers²⁶:

- In deze leidraad worden 4 stappen omschreven ter voorkoming van mentale klachten bij zorgmedewerkers.
Stap 1: Een effectieve aanpak van mentale gezondheid begint bij de directie: als zij de aanpak niet voorleeft en mogelijk maakt, heeft het bevorderen van mentale gezondheid op de werkvloer geen kans van slagen. Stap 2: Zorg voor goede algemene werkomstandigheden waarin zorgmedewerkers veilig en openlijk kunnen praten over hun mentale gezondheid en waarin de werkdruk hanteerbaar is. Stap 3: Heb oog voor (beginnende) mentale klachten van zorgmedewerkers en maak een tijdig gesprek daarover mogelijk. Stap 4: Reik actief passende interventies aan voor zorgmedewerkers die dat nodig hebben.
- Daarnaast worden adviezen gegeven specifiek voor werkgevers, HRM-managers en ondernemingsraden, maar ook voor professionals in de Arbozorg. Bied zowel (bij voorkeur evidence-based) interventies op team- als organisatieniveau, maar ook op maat gemaakte interventies voor het individu. Bied preventieve interventies. Zorg dat de interventies de zorgprofessionals bereiken en de stap naar die zorg laagdrempelig is (duidelijke informatievervalsing en via verschillende kanalen verspreiden). Evalueer de ingezette interventies en pas zo nodig de strategie aan. Betrek zorgmedewerkers bij de implementatie van de interventies. Overweeg inzet van een gevalideerd Preventief Medisch Onderzoek Psychische Gezondheid (PMO)¹²⁴: programma waarbij spannings- en stressklachten worden gemeten via vragenlijsten en zorgmedewerkers een individuele terugkoppeling en een advies voor individuele interventies krijgen.

Uit Actieplan Veilig werken in de zorg⁶:

- Er is in de afgelopen jaren veel anti-agressiebeleid ontwikkeld en er zijn veel instrumenten voorhanden. Alle branches hebben in de Arbocatalogus richtlijnen en instrumenten opgenomen met betrekking tot ongewenst gedrag. In de door de betrokken branches opgestelde Arbocatalogi staan de branchespecifieke maatregelen en instrumenten om een adequaat veiligheids- en gezondheidsbeleid vorm te geven. Met de maatregelen in het 'Actieplan Veilig werken in de zorg' wordt daarop voortgebouwd. Enerzijds door in te zetten op het voorkómen en beperken van agressief gedrag en anderzijds op het geven van een passende en duidelijke reactie naar de veroorzaker. Ook wordt ingezet op scholing, voorlichting en training van nieuwe medewerkers zodat zij op professionele wijze met agressie kunnen omgaan.
- Een voorbeeld van veelgebruikte richtlijnen op het gebied van agressie en geweld op de werkvloer: NVAB-richtlijnen, zoals Agressie en Geweld¹⁴.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (14) De projectgroep beveelt aan voorbeelden van succesvolle praktijksituaties rond nazorg en collegiale ondersteuning te beschrijven en in te bedden binnen de verschillende organisaties.
- (15) De projectgroep beveelt aan, in het kader van goed werkgeverschap, aandacht te besteden aan periodiek gezondheidskundig onderzoek, preventief medisch onderzoek en/of medewerkerstevredenheidsonderzoek. Daarnaast is een georganiseerde incidentenafhandeling noodzakelijk, waarbinnen met betrekking tot nazorg en collegiale opvang:
 - voorzien wordt in goed getraind en professioneel personeel;
 - de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners vooraf duidelijk zijn vastgelegd;
 - professionele hulp beschikbaar is.
- (17) De projectgroep adviseert te streven naar een steunende context door middel van een 'vorm van collegiale ondersteuning waarbij geprobeerd wordt medewerkers met werkgerelateerde potentieel traumatische ervaringen steun en psychosociale zorg te verlenen om verminderde inzetbaarheid te voorkomen'.
- (18) Om tot optimale (psychosociale) zorg te komen binnen organisaties, beveelt de projectgroep de inzet van collegiale ondersteuning aan en deze optimaal op te zetten en vanuit de organisatie te ondersteunen binnen de in deze richtlijn geschetste aanpak en kaders.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- De projectgroep acht het van belang dat werkgevers en werknemers zich inzetten voor een gezonde leefstijl van zorgprofessionals en zodoende zich inzetten voor het bevorderen van veerkracht en weerbaarheid. Een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) op het gebied van leefstijl en zelfzorg is van belang ter preventie van de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten en werkkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen.

- Een Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO) geeft de werkgever organisatiebreed inzicht in de arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's van de medewerkers om te trachten deze risico's te verminderen.
- Het meten van de veiligheidscultuur (*safety culture*) kan helpen bij het signaleren van een onveilige cultuur.
- De projectgroep ziet in de praktijk dat er vaak wel psychosociale ondersteuning is ingericht bij eenmalige incidenten, maar langdurige stresssituaties (zoals discriminatie, pesten) zijn vaak moeilijker te signaleren en leiden tot uitval. Er moet worden toegewerkt naar een situatie waarin zorgprofessionals hun mentale klachten kunnen delen, ongeacht of deze zijn ontstaan door een eenmalige ingrijpende gebeurtenis of langdurige werkstress. Terugdringen van gespreks- en handelingsverlegenheid, zodat men weet waar men terecht kan.
- De werkgever is verantwoordelijk voor het regelen van contracten en overeenkomsten voor psychosociale ondersteuning. Ook preventieve hulpverlening moet vergoed worden, niet alleen hulp bij langdurig ziekmelden. Ook moet het duidelijk zijn hoe de hulp gevonden kan worden (duidelijke communicatie). Er dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden met Arbo professionals en Arbodiensten. Bedrijfsartsen moeten een proactieve rol hebben bij het verzorgen van psychosociale hulpverlening.
- Sluit het beleid aan op reeds waardevolle handreikingen en richtlijnen?
- Het is van belang dat er wordt ingezet op goed en regelmatig slapen van zorgprofessionals.
- Er zijn ook veelbelovende resultaten op het effect van coaching voor en door artsen. Coaching is gericht op het vergroten van persoonlijke hulpbronnen, het bereiken van doelen en het verminderen van stress- en burn-outklachten en uitval¹²⁵.
- Intervisie is ook een veelgebruikte vorm om veerkracht van zorgprofessionals te bevorderen.
- Toevoegen van strategieën (in lijn met de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden, aanbeveling 21): Psycho-informatie om de zorgprofessional kennis bij te brengen over hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk: a) kennis over wat te doen (en te laten) tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk, b) kennis over welke reacties normaal zijn en wanneer extra ondersteuning geïndiceerd is en c) kennis over welke ondersteuning waar te vinden is indien nodig.

Conclusie uitgangsvraag 7.

Welke effectieve preventie- en/of organisatiestrategieën zouden zorgorganisaties in kunnen zetten om stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval (bij ingrijpende gebeurtenissen) op de werkvloer te verminderen voor zorgprofessionals?

- 1) De projectgroep beveelt aan, in het kader van preventie- en organisatiestrategieën voor stressgerelateerde klachten en werkuitval, aandacht te hebben voor mentale veerkracht, zelfzorg en welbevinden van de zorgprofessionals.

Daartoe kan de werkgever:

- Effectief bewezen (online) interventies bieden op het gebied van welbevinden, veerkracht, zelfzorg en leefstijl (gezond gedrag) en/of het verminderen van werkstress. De interventies kunnen middels psycho-educatie, 1-op-1 coaching, workshops of groepsintervisie worden geboden. Het is van belang dat de interventies aansluiten bij de specifieke kenmerken van de verschillende werksettings. Hoewel de kwaliteit van de wetenschappelijk studies matig is, lijken de volgende interventies veelbelovend: psycho-educatie op het gebied van veerkracht, stressbeheersing en zelfzorg, promoten van gezond gedrag (fysiek actief zijn, gezond eten en fysieke ontspanning) en leiderschap interventies met reflectie en interactie. Ook lijken op mindfulness gebaseerde interventies (MBI) en acceptance and commitment therapy (ACT) welbevinden te bevorderen. Er is matig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van ethiek support zoals morele empowerment programma's, educatie over levensbeëindiging, reflectieve oefeningen via narratief schrijven of groepsdebriefing, multidisciplinaire casus debriefing en morele veerkracht training. Er is meer onderzoek nodig om te kunnen concluderen dat ethische casus interventies helpen bij besluitvorming in de klinische zorgpraktijk ter voorkoming van besluitvormingsconflicten (*decisional conflict*) en om morele stress te verminderen. Advies:
- Psycho-informatie om de zorgprofessional kennis bij te brengen hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk: a) kennis over wat te doen (en te laten) tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk, b) kennis over welke reacties normaal zijn en wanneer extra ondersteuning geïndiceerd is en c) kennis over welke ondersteuning waar te vinden is indien nodig.

>>

- Preventief medisch onderzoek regelmatig aanbieden naast PAGO.
 - Gestructureerde manier bieden van omgaan met patiëntveiligheidsincidenten; melden, operationele debriefing en kunnen leren van incidenten (Safety II).
 - Een duidelijke en consistente organisatorische benadering invoeren bij het omgaan met storend gedrag op de werkvloer.
 - Georganiseerde collegiale ondersteuning bieden bij een ingrijpende gebeurtenis, zoals gesprekken met een collega die daarvoor een opleiding heeft gedaan zoals een peer supporter of collegiaal netwerker.
- 2) De projectgroep adviseert te streven naar een steunende context door middel van een informele vorm van collegiale ondersteuning waarbij geprobeerd wordt medewerkers met werkgerelateerde potentieel traumatische ervaringen steun en psychosociale zorg te verlenen om verminderde inzetbaarheid te voorkomen. Openlijk kunnen praten over de impact van ingrijpende gebeurtenissen en mogelijk mentale klachten. Zorg dat er iemand beschikbaar is op de werkvloer om te benaderen bij een ingrijpende gebeurtenis. Dagelijkse check momenten om vroegtijdig te kunnen signaleren.
- Dit kan door collega's aan elkaar te koppelen (buddy) of regelmatig operationele debriefing of check-in en check-outs rondom diensten.
- 3) Om tot optimale psychosociale zorg te komen binnen organisaties, beveelt de projectgroep de inzet van (formele) collegiale ondersteuning aan. Aanbevolen wordt deze op te zetten en vanuit de gehele organisatie te ondersteunen binnen de in deze richtlijn geschetste aanpak en kaders. (Zie uitgangsvraag 8 t/m 12 hoe collegiale ondersteuning te organiseren).
- 4) Binnen de organisatie van psychosociale ondersteuning dient geregeld te zijn dat bij collegiale ondersteuning:
- voorzien wordt in goed getraind en professioneel personeel;
 - de rollen en verantwoordelijkheden van de ondersteuners vooraf duidelijk zijn vastgelegd;
 - professionele hulp beschikbaar is.
- 5) Ondersteuning moet laagdrempelig en snel toegankelijk zijn (duidelijk wat er is aan aanbod en hoe je het kunt krijgen).
- 6) Indien collegiale ondersteuning niet voldoende blijkt te zijn, moet verwijzing naar professionele hulpverlening laagdrempelig zijn (naast duidelijke informatie-

voorziening moet professionele hulp beschikbaar zijn; contracten geregeld). De hele organisatie moet betrokken zijn bij de implementatie.

- 7) Uit de literatuurstudie kwamen een aantal adviezen op het gebied van implementatie van psychosociale ondersteuningsdiensten. Naast de aanwezigheid van een zorgzame werkomgeving, dienen ondersteuningsdiensten laagdrempelig en snel toegankelijk te zijn (duidelijk wat er is aan aanbod en hoe je het kunt krijgen). De hele organisatie moet actief betrokken zijn bij de implementatie en naleving. De implementatie vraagt om investeringen in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokkenen om deze richtlijn na te leven. Dat kan onder andere door het belang ervan uit te dragen, door ruimte te creëren binnen de werkzaamheden, door knelpunten weg te nemen en door de mate van naleving te controleren. Men moet beschikking hebben over goed getrainde collegiaal ondersteuners en de rollen en verantwoordelijkheden van de ondersteuners dienen vooraf duidelijk te zijn vastgelegd. Ook moet het mogelijk zijn om laagdrempelig verwezen te worden naar professionele psychologische hulpverlening: naast duidelijke informatievoorziening moeten contracten met professionele zorg goed geregeld zijn om meteen beschikbaar te kunnen stellen.

Georganiseerde collegiale ondersteuning

8. (Type A/B) Welke interventies die relevant zijn in het kader van collegiale ondersteuning worden ingezet in de zorg en wat is de effectiviteit ervan?

Kennis uit de literatuurstudie:

- Onderzoek naar de effectiviteit van peer support op de werkvloer en crisis-gefocusste psychologische interventies voor het verminderen van PTSS bij frontlinie zorgprofessionals en andere hoog risico beroepen, is van onvoldoende kwaliteit vanwege het niet kunnen controleren van aanwezige PTSS klachten voorafgaand aan de interventies⁵⁶.
- Er is matig bewijs voor de effectiviteit van ethiek support zoals morele empowerment programma's, educatie over levensbeëindiging, reflectieve oefeningen via narratief schrijven of groepsdebriefing, multidisciplinaire casus debriefing en morele veerkracht training⁸¹.
- Er is meer onderzoek nodig om te kunnen concluderen dat ethische casus interventies helpen bij besluitvorming in de klinische zorgpraktijk ter voorkoming van besluitvormingsconflicten (*decisional conflict*) en om morele stress te verminderen^{52,82}.

Kennis uit de verkennende desksearch:

De volgende collegiale ondersteuningsvormen werden voor deze richtlijn nader onderzocht:

Peer support¹²⁶

Peer support (collegiale opvang) is een laagdrempelige manier om eerste opvang en ondersteuning te bieden na een ingrijpende gebeurtenis. De ondersteuning wordt door collega's aan collega's geboden. Om peer supporter te worden, volgen zorgprofessionals een training en daarna is het bijwonen van intervisiebijeenkomsten en bijscholing noodzakelijk. Er wordt ook supervisie geboden aan peer supporters.

Moreel beraad¹²⁷

Een moreel beraad is een gesprek waarin de deelnemers gezamenlijk een ethische kwestie uit hun werk bespreken. Zij doen dit gestructureerd, aan de hand van een gespreksmethodiek en met behulp van een gespreksleider.

Buddy systeem²²

Bij aanvang van de dienst, of aan het begin van een afgesproken periode, worden twee collega's (buddy's) aan elkaar gekoppeld. Dit kunnen twee collega's zijn die werkzaam zijn binnen hetzelfde team met hetzelfde beroep of een ander beroep, maar er kan ook gekoppeld worden met collega's uit andere teams met hetzelfde of een ander beroep. Tijdens het werk informeren de buddy's elkaar af en toe hoe het gaat. Gesprekken worden kort en praktisch gehouden. Er wordt gewezen op het nemen van pauzes en er wordt benoemd wat er goed gaat en wat beter kan. Er is ruimte om emoties te ventileren, er wordt waardering uitgesproken. Aan het einde van de dienst zoeken de buddy's elkaar weer op, praten even na en vertellen wat zij na het werk gaan doen om zo afleiding te zoeken en te ontspannen. Buddy's die een opleiding of cursus hebben gevolgd op het gebied van collegiale ondersteuning worden ook wel Buddy+ genoemd.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden:

- (20) De projectgroep beveelt aan tijd vrij te maken voor operationele debriefing (nabespreking van de feiten) en dit zo mogelijk multidisciplinair te organiseren. Het is belangrijk dat een operationele debriefing ruimte biedt voor het vertellen van het verhaal en eventuele emoties. Het wordt echter afgeraden om kort na een incident op 'actieve' wijze de gevoelens en emoties uit te vragen (zoals bij psychologische debriefing), want dit kan psychosociale gevolgen verergeren [paragraaf 4.1.2 Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden]. Operationele debriefing is belangrijk voor het weghalen van vraagtekens en om fouten en gebeurtenissen in het vervolg te vermijden; vaak is dit voldoende om daarna weer verder te kunnen werken.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Er is weinig bekend over de effectiviteit van peer support. Zorg dat je peer support in je organisatie hebt. Ook al heb je maar een paar gesprekken, uit de praktijk blijkt dat het erg waardevol is. Hulpverleners maken zulke heftige dingen mee, dat zou er niet 'bij moeten horen'. Het is niet normaal wat ze meemaken, daar is ondersteuning bij nodig. Peer support zou goed kunnen werken in een hiërarchische zorginstelling waar niet iedereen naar zijn leidinggevende durft te stappen als er problemen zijn.

Collegiaal netwerk

- Collegiaal netwerk (uitwerking van het Trauma Risico Management-protocol (TRiM)): groeps gesprekken met verpleegkundigen van dezelfde afdeling na een van de volgende 3 situaties:
 - Na reanimatie van kinderen met slechte afloop/agressie richting verpleging.
 - Na heftige casus aangegeven door zorg coördinator.
 - Na zelf aangegeven heftige casus voor de verpleegkundige persoonlijk.
- De gesprekken vinden na minimaal 72 uur plaats om de zorgverlener eerst alles zelf te laten bezinken.
- De gesprekken worden geleid door verpleegkundigen van de afdeling die hiervoor een opleiding hebben gevolgd.
- Er wordt naar het belevingsniveau gevraagd van de verpleegkundige: *Wat deed het met jou? Wat maakt dat het toch wel impact heeft gehad op jou? Heb je het gevoel dat je genoeg hebt kunnen doen? Wat waren je verwachtingen van de situatie? Heb je er nog last van? Heb je een netwerk/klankbord thuis?*
- Collegiaal netwerkers zijn medewerkers die middels opleiding en psycho-educatie worden ingezet bij incidenten (incidentgestuurd) of belevingsintensieve situaties. Collegiaal netwerkers kunnen poortwachter zijn naar psychologische hulpverlening en soms ook mee gaan naar de eerste gesprekken met een psycholoog.

Buddy systeem

- Het buddy systeem houdt het volgende in: collega's worden aan elkaar gekoppeld en houden één keer per jaar een georganiseerd gesprek. Je kunt een vervolgg gesprek plannen indien daar behoefte aan is. De gesprekken gaan over: *Hoe zit je erbij, hoe gaat het met je? Hoe gaat het thuis? Red je het allemaal (ook met de kinderen thuis nu)? Ben je blij met hoe we hier werken?* Het overlapt een beetje met een functioneringsgesprek, maar dit gesprek is met een collega. Het is ook een manier om stoom af te blazen.
- Uit de praktijk is de ervaring dat het buddy systeem bij Defensie goed werkt: collega's letten op elkaar. Buddy's zorgen ervoor dat collega's tijdig eten, drinken en rusten. Dit komt ten goede aan de inzetbaarheid. Dit principe is ook ingezet voor medisch personeel van Defensie dat tijdens COVID is ingezet. In teams waar ze geen buddy's hebben,

ervaren mensen eerder mentale klachten.

- Bij Defensie worden collegiaal ondersteuners ook wel collegiaal netwerkers of buddy+ genoemd. Buddy's die een opleiding of cursus hebben gevolgd op het gebied van collegiale ondersteuning worden ook wel buddy+ genoemd. Naar de effectiviteit van collegiale ondersteuning is weinig onderzoek gedaan binnen Defensie.
- Via peer support, collegiaal netwerk of buddy+, kan worden doorverwezen naar professionele ondersteuning.
- Ondersteuning naar de medewerkers toe brengen, niet wachten tot ze het zelf vragen.

Moreel beraad

- Eén keer per maand wordt een moreel beraad sessie georganiseerd, volgens de dilemma methode en socratische dialoog. Hierbij wordt een casus ingebracht door een medewerker, waarin vragen worden beantwoord zoals: *Waar zit het hittepunt? Heb je goede zorg geboden? Wat heb je geleerd? Wat heb je ervaren? Wat heb je eraan gehad?* Er is een binnenkring aanwezig van betrokkenen bij de specifieke casus en een buitenkring van toehoorders die ervan willen leren.
- Aanleiding om een casus in te brengen: situatie waarin je je niet begrepen voelde of waarin je je afvraagt of je wel goede zorg hebt geleverd.
- Moreel beraad wordt altijd heel goed ontvangen en het werd gemist toen het niet kon i.v.m. corona.
- Wat biedt het:
 - Biedt reflectie op wat goede zorg is en er kunnen lessen uit worden getrokken.
 - Het vergroot de competentie om zelf aan de slag te gaan met morele stress.
 - Medewerkers leren dat er altijd een kant a en b is van een dilemma, er bestaat geen ideaal antwoord. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat als mensen dat beseffen, ze minder druk ervaren met een dilemma en ook meer steun en begrip in het team. Inherent draagt moreel beraad bij aan het creatief omgaan met stress en problemen (morele vraagstukken) op de werkvloer. Het leert je kijken door de ogen van anderen, advocaat van de duivel zijn.
 - Omdat je samen (verschillende disciplines) aan de slag gaat met de casus en het dilemma, voel je je minder alleen staan in je probleem.
 - Biedt een uitlaatklep, herkenning en wederzijds begrip.
 - Het is een democratische, gelijkwaardige manier van gespreksvoering. Het biedt de tijd om van perspectief te wisselen. Dit kan ten goede komen aan de samenwerking binnen teams.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

Geen

Conclusie uitgangsvraag 8.

Welke interventies (die relevant zijn in het kader van collegiale ondersteuning) worden ingezet in de zorg en wat is de effectiviteit ervan?

- 1) De volgende interventies worden aangeboden in de zorg in het kader van collegiale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen:
 - Peer support
 - Moreel beraad
 - Operationele debriefing
 - Buddy systeem
 - Collegiaal netwerk
- 2) Er is onvoldoende evidentie op wetenschappelijk niveau voor de effectiviteit van bovenstaande interventies. In de praktijk lijken deze interventies wel helpend en waardevol.

9. (Type A/C) Hoe moet collegiale ondersteuning georganiseerd en uitgevoerd worden?

Kennis uit de literatuurstudie:

- Bij het ontwikkelen van interventies voor stressbeheersing op het werk dient rekening gehouden te worden met specifieke kenmerken van de verschillende werksettings. Zo worden NICU (Intensive Care Neonatologie) medewerkers geconfronteerd met ethische dilemma's die voor morele distress kunnen zorgen. Het is van belang om de medewerkers vanaf de indiensttreding te trainen op zelfbewustzijn met betrekking tot het werken op de NICU-afdeling, zodat stress kan worden voorkomen en beheersbaar blijft⁵¹.
- Belemmerende factoren voor het gebruikmaken van psychosociale ondersteuningsdiensten bij zorgprofessionals kunnen zijn: gebrek aan steun van de organisatie, tijdgebrek, vermoeidheid en gevoelens van schuld voor het niet prioriteren van de zorg¹⁰⁸.
- Ondersteuning bieden door collega's (peers), want zij weten wat het werk inhoudt en zijn op de hoogte van het beleid rondom het omgaan met ongewenste voorvallen binnen de organisatie⁹⁹.
- Ondersteuningsprogramma's moeten onmiddellijke emotionele ondersteuning bieden en ondersteuning op de lange termijn, waarbij de focus ligt op coping bij ingrijpende gebeurtenissen, zodat de voortgang gemonitord kan worden⁹⁸.
- Schildmann et al⁵² omschreef hoe ethische casusinterventies uitgevoerd kunnen worden: ethische casusinterventies in de klinische praktijk zijn gericht op het verduidelijken, analyseren en oplossen van ethische conflicten in verband met een specifiek klinisch

geval. Hoewel er verschillende modellen bestaan, werken ethische casusinterventies over het algemeen door middel van een gestructureerd communicatieproces met (ten minste) vier stappen. Dit proces bestaat uit 1) een casusbeschrijving, 2) een definitie van het ethische conflict, 3) een bespreking van de waarden en normen die relevant zijn voor het ethische conflict in kwestie en 4) een aanbeveling om het ethische conflict op te lossen¹²⁸. Het discussieproces vindt plaats tussen een of meer ethische deskundigen, zorgverleners die de patiënt verzorgen en (in sommige gevallen) de patiënt of diens familie.

Kennis uit de verkennende desksearch:

Peer support

- Voor het organiseren van peer support verwijzen we naar "Collegiale opvang: Het peer support-opvangmodel in het OLVG" van Dijkman en Buschbach¹²⁹. In dit artikel dat in A&I verscheen, wordt uitgelegd wat de structuur van peer support in het OLVG is, hoe het driegesprekkenmodel eruitziet (gebaseerd op Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden), wat volgens hen de werkzame elementen zijn van peer support en hoe de training, supervisie, bijscholing en supervisie georganiseerd zijn.

In het OLVG wordt *peer support* aangeboden en de systematiek bouwt voort op de kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden¹ (maar volgt deze niet altijd letterlijk op). Het houdt in dat er op de dag van de ingrijpende gebeurtenis een afspraak met een peer supporter wordt gemaakt. Het 1^e gesprek vindt één tot enkele dagen na de ingrijpende gebeurtenis plaats. Het doel is vooral luisteren en samenvatten en niet doorvragen naar details en emoties. Het tweede gesprek vindt 2 weken na de ingrijpende gebeurtenis plaats. Het doel is samenvatten van het 1^e gesprek en bespreken hoe het de afgelopen weken is gegaan. Er wordt aandacht geschonken aan emoties. Het 3^e gesprek vindt 1 maand na de ingrijpende gebeurtenis plaats. Er wordt samengevat en er wordt teruggekeken op de verwerking van de ingrijpende gebeurtenis. Tijdens de gesprekken wordt de 3-vragen methode gebruikt.

- De 3-vragen methode houdt in dat er middels het stellen van 3 vragen een gesprek op gang komt om emotionele belasting van het werk te verlichten. De methode is ontwikkeld tijdens de COVID-19 pandemie door Collard en Vermeulen¹²⁹. De vragen zijn inleidend bedoeld om laagdrempelig in te zetten en als steun om de juiste onderwerpen aan te kaarten in een gesprek. In de vragen wordt een opbouw gehanteerd, waarbij gestart wordt met een concrete vraag. Vervolgens keert men naar binnen met een vraag naar emoties. De derde vraag richt zich weer naar buiten. Dikwijls zal het stellen van deze vragen genoeg zijn om het gesprek op gang te brengen. 1) *Welke gebeurtenissen van vandaag zijn je bijgebleven?* 2) *Hoe voel je je (lichamelijk en mentaal)?* 3) *Heb je genoeg steun?* Het toepassen van de 3-vragen-methode kan, zowel door een leidinggevende als collega's, proactief (en informeel) in de praktijk, tijdens de koffie- of lunchpauze en overdrachtsmomenten (dag-evaluaties). Het kan ook binnen het onderwijs, tijdens intervisiebijeenkomsten en studieloopbaanbegeleiding worden toegepast. In een onderzoek naar de

3-vragen methode gaven verpleegkundigen (i.o.) aan dat het toepassen van de methode een meerwaarde biedt in het omgaan met deze overbelasting¹³⁰. Verpleegkundigen (werkzaam in een ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg of thuiszorg) werden voor en een jaar na gebruik van de methode geïnterviewd. De verpleegkundigen ervoeren collegiale ondersteuning binnen het eigen team of vanuit de opleiding als positief tijdens hun werkzaamheden in de COVID-19-uitbraak.

- De peer support logistiek is ingebed in de organisatie. Indien er na de drie gesprekken behoefte is aan meer ondersteuning, kan de peer supporter adviseren om contact op te nemen met traumaopvang van de organisatie. Aldaar vinden gesprekken plaats met een coördinator, psycholoog of geestelijk verzorger die gespecialiseerd is in opvang van medewerkers en weet wanneer door te verwijzen naar professionele hulpverlening. Als er daarna behoefte is aan meer ondersteuning, volgt verwijzing naar psychotrauma (behandel)instellingen of de huisarts (gespecialiseerd in diagnostiek, gerichte doorverwijzing en eventueel behandeling van psychische klachten).

Moreel beraad

- Tijdens een moreel beraad wordt – aan de hand van een concreet voorbeeld uit de dagelijkse praktijk – samen gezocht naar een antwoord op de vraag wat in die specifieke situatie goede zorg is. Het doel van moreel beraad is a) het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de context van de casus, b) de toename van professionele morele competenties en c) het verbeteren van de kwaliteit van zorg op het niveau van de organisatie door het stimuleren van een gezamenlijk leerproces en het verbinden van moreel beraad met beleid.

Buddy systeem

- Bij aanvang van de dienst, of aan het begin van een afgesproken periode, worden twee collega's (buddy's) aan elkaar gekoppeld. Dit kunnen twee collega's zijn die werkzaam zijn binnen hetzelfde team met hetzelfde beroep of een ander beroep, maar er kan ook gekoppeld worden met collega's uit andere teams met hetzelfde of een ander beroep. Tijdens het werk informeren de buddy's elkaar af en toe hoe het gaat. Gesprekken worden kort en praktisch gehouden. Er wordt gewezen op het nemen van pauzes en er wordt benoemd wat er goed gaat en wat beter kan. Er is ruimte om emoties te ventileren en er wordt waardering uitgesproken. Aan het einde van de dienst zoeken de buddy's elkaar weer op, praten even na en vertellen wat zij na het werk gaan doen om zo afleiding te zoeken en te ontspannen.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden:

- (21) Ondanks onvoldoende evidentie op wetenschappelijk niveau voor de effectiviteit van voorlichting, beveelt de projectgroep voorlichting middels psycho-informatie aan ter versterking van de mentale veerkracht van de zorgprofessional. Psycho-informatie is

erop gericht de praktische zelfredzaamheid van de zorgprofessional en diens werkcontext te vergroten, door erkenning en herkenning van het meegemaakte, het benadrukken van het belang van aspecten als watchful waiting, het monitoren van de zorgprofessional in diens functioneren en, indien van toepassing, door het bevorderen van adequaat hulpgedrag. Deze vorm van informatie moet niet alleen na een ingrijpende gebeurtenis worden aangeboden, maar al eerder onder de aandacht van de medewerker worden gebracht.

- (22) De projectgroep beveelt aan georganiseerde collegiale ondersteuning als uitgangspunt te nemen. Een dergelijke aanpak is herkenbaar voor de medewerker en werkt drempelverlagend. Vanuit dit generieke uitgangspunt is het aan elke organisatie om te komen tot een structuur die passend is binnen de eigen organisatie.
- (23) De projectgroep beveelt aan dat georganiseerde collegiale ondersteuning als taak heeft de collega's na een ingrijpende gebeurtenis te ondersteunen, waarbij aandacht gegeven dient te worden aan:
 - bieden van praktische hulp;
 - stimuleren van een gezonde verwerking;
 - vroegtijdige signalering en tijdige doorverwijzing;
 - monitoren van het proces van verwerking;
 - mobiliseren van het sociale netwerk;
 - aandacht schenken aan negatieve reacties uit de omgeving.Deze aspecten kunnen per branche worden aangevuld met specifieke aandachtspunten.
- (24) De projectgroep beveelt multidisciplinaire nabespreking (operationele debriefing) aan voor alle zorgprofessionals die betrokken zijn geweest bij een ingrijpende gebeurtenis.
- (25) De projectgroep beveelt de toepassing van vier stappen aan binnen georganiseerde collegiale ondersteuning:
 - 1) constateren van blootstelling of andere aanleiding;
 - 2) inroepen/aanwijzen collegiaal ondersteuner;
 - 3) ondersteunen van collega('s);
 - 4) (indien nodig) advies tot doorverwijzing.
- Het informeren van de leidinggevende dient vanaf de eerste stap te gebeuren en gedurende het proces van collegiale ondersteuning voortgezet te worden. De leidinggevende kan ook zelf georganiseerde collegiale ondersteuning inschakelen, bijvoorbeeld na een operationele debriefing. Door wie de stappen worden uitgevoerd, bepaalt de organisatie zelf.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Om de drempel tot peer support te verkleinen, moet je veel reclame maken.
- Geen blauwdruk; zorg voor aantal ingrediënten waar zorginstelling zelf kan kijken wat al ingebed is.
- Belangrijke stappen voor implementatie peer supportnetwerk:

- Beginnen met prevalentie enquête: hoe vaak maken mensen een incident mee? Daarmee creëer je bewustzijn, een bodem om te gaan bouwen en met die getallen kun je aankomen bij de raad van bestuur.
- Voor wie ga je het inrichten (bijvoorbeeld trapsgewijs; fasering is geen gek idee).
- Wanneer zet je het in (wordt vaak ingezet bij patiëntveiligheidsincidenten).
- Train de peer supporters in gesprekstechnieken en grenzen aangeven.
- Maak duidelijk hoe het proces eruitziet (wanneer meld je je en bij wie).
- Organisaties kunnen van elkaar leren, dus zoek elkaar op.
- Zorg voor een brede vertegenwoordiging van de organisatie in het implementatie team. Bijvoorbeeld een medisch specialist, beleidsadviseur, HR-functionaris, medisch psycholoog en geestelijk verzorger, zodat het project goed landt.
- Er moeten een aantal peer supporters beschikbaar zijn via telefoon of email, of om de drempel te verlagen, die proactief ingezet worden.
- Peer supporters moeten je eigen collega's zijn: verpleegkundigen voor verpleegkundigen, medisch specialisten voor medisch specialisten. Het mogen wel mensen uit een ander team zijn, want je wil een beetje afstand kunnen houden. Een punt van aandacht: ervarings(des)kundigen die zichzelf aanmelden als peer supporter kan leiden tot problemen, omdat deze groep er dikwijls instaat als "wat ik heb meegemaakt, dat mag nooit meer gebeuren". Een dergelijke motivatie geeft niet altijd de beste support. Het liefst wil je dat collega's elkaar naar voren schuiven als geschikte peer supporter.
- Professionele hulpverlening moet ook ingericht zijn.
- Voor peer support is het van belang dat er aandacht is voor jezelf en voor elkaar op de werkvloer; bespreekbaarheid van klachten. Een open cultuur.
- In de organisatie wordt een Pyramide-model toegepast (net als bij Erasmus MC):
 - 1) Informele collegiale ondersteuning: gesprek koffieautomaat, hand op de schouder, stoom afblazen bij elkaar.
 - 2) Formele collegiale ondersteuning oftewel peer support: gesprek met peer supporter. Een peer supporter is iemand met hetzelfde beroep dus die weet goed wat je werk inhoudt, maar een andere afdeling kan nodig zijn voor de nodige afstand. Het gesprek kan proactief geïnitieerd worden, dus de zorgprofessional die een patiëntveiligheidsincident heeft meegemaakt, wordt actief benaderd voor een gesprek met een peer supporter.
 - 3) Psychologische hulpverlening: als de peer supporter het gevoel krijgt dat er meer hulp nodig is (er spelen grotere vragen waar hij/zij niet bij kan helpen) dan adviseert de peer supporter om te worden verwezen naar bijv. een psycholoog. Dit kan een psycholoog van de afdeling medische psychologie zijn van een ander ziekenhuis (afspraken tussen ziekenhuizen) voor de anonimiteit. Daar houdt de rol van de peer supporter op.
- Nadat een zorgprofessional heeft aangegeven peer supporter te willen, neemt de peer supporter contact met de zorgprofessional op.
- Er worden doorgaans 3 gesprekken gevoerd met de peer supporter in 4 weken tijd.

Er is een mogelijkheid tot het voeren van meer gesprekken. Meestal gebeurt dit in een tijdsbestek van 3 weken, dus die tijd moet de peer supporter wel beschikbaar zijn.

- In het eerste gesprek belangrijk om de zorgprofessionals weer het vertrouwen terug te geven dat ze een goede zorgprofessional zijn.
- Maximaal 2 vervolggesprekken (dus 3 gesprekken in totaal).
- Hierna indien nodig doorverwijzing naar psycholoog.
- Er is een aparte peer support groep voor IC-zorgprofessionals vanwege zware incidenten die op die afdeling kunnen plaatsvinden.

Buddy systeem

- Ook is er collegiale ondersteuning voor leidinggevendenden. Hierbij wordt de leidinggevende gekoppeld aan de plaatsvervanger, of 2 leidinggevende uit verschillende teams worden gekoppeld.
- Het is wenselijk om 2 collega's aan elkaar te koppelen die een gelijkwaardige relatie hebben en gelijkwaardige taken.
- Organisatie van buddy: zorg voor een goede take over (check-in, check-out) tijdens shiftwisseling, vragen hoe iemand erbij zit.
- Heb aan het begin van de dag een gesprek hoe het gaat.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- Aanvullend op de figuur vanuit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden (Stappen in collegiale ondersteuning) zou informele sociale steun op de werkvloer aangeduid moeten worden.
- Het informeren van een leidinggevende vanaf de eerste stap is niet altijd wenselijk, want niet elke leidinggevende is hier geschikt voor.
- Het dient nader uitgewerkt te worden hoe om te gaan met het waarborgen van privacy en vertrouwelijkheid, zowel bij doorverwijzen als bij registratie en evaluatie.

Conclusie uitgangsvraag 9.

Hoe moet collegiale ondersteuning georganiseerd en uitgevoerd worden?

- 1) Als basis voor de organisatie van collegiale ondersteuning wordt aangeraden om informele collegiale ondersteuning te houden op de werkvloer zoals check-in/check-out gesprekken tijdens shiftwisseling en vragen hoe het met collega's is. Daartoe kunnen collega's gekoppeld worden (buddy's).

2) Na een ingrijpende gebeurtenis wordt multidisciplinaire nabespreking (operationele debriefing) aangeraden voor alle zorgprofessionals die betrokken zijn geweest bij een ingrijpende gebeurtenis. Het wordt echter afgeraden om kort na een incident op 'actieve' wijze de gevoelens en emoties uit te vragen (zoals bij psychologische debriefing), want dit kan psychosociale gevolgen verergeren [paragraaf 4.1.2 Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden].

3) Binnen een zorgzame werkomgeving (zie uitgangsvraag 6 en 7) wordt collegiale ondersteuning geboden aan collega's na een ingrijpende gebeurtenis. Collegiaal ondersteuners hebben een opleiding gevolgd voor het geven van ondersteuning en hebben kennis tot waar hun ondersteuning gaat en wanneer in overleg met de zorgprofessional te adviseren om doorverwezen te worden naar professionele hulpverlening.

4) Bij het bieden van collegiale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen dient aandacht gegeven te worden aan:

- bieden van praktische hulp;
- stimuleren van een gezonde verwerking;
- vroegtijdige signalering en tijdige doorverwijzing;
- monitoren van het proces van verwerking;
- mobiliseren van het sociale netwerk;
- aandacht schenken aan negatieve reacties uit de omgeving.

Deze aspecten kunnen per branche worden aangevuld met specifieke aandachtspunten.

5) Collegiale ondersteuning kan in vier stappen worden uitgevoerd:

- 1) constateren blootstelling of andere aanleiding;
- 2) inroepen/aanwijzen collegiaal ondersteuner (zie uitgangsvraag 10);
- 3) ondersteunen van collega('s);
- 4) (indien nodig) advies tot doorverwijzing.

10. (Type B/C) Wat zijn de criteria voor de inzet van collegiaal ondersteuners?

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (26) De projectgroep beveelt aan om bij de overweging tot inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning uit te gaan van een gezamenlijke definitie van een ingrijpende gebeurtenis.
- (27) De projectgroep beveelt de volgende gemeenschappelijke (basis)inzetcriteria aan die de diverse organisaties naar eigen inzicht kunnen aanvullen. Collegiale ondersteuning dient in ieder geval te worden overwogen bij incidenten waarbij sprake is van:
 - ernstig letsel of dreiging (met name bij kinderen);
 - betrokkenheid van familie of collega's van de zorgprofessional;
 - onmacht bij de zorgprofessional;
 - een zorgprofessional die zelf aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning;
 - direct geweld tegen de zorgprofessional.
- (28) Georganiseerde collegiale ondersteuning dient in principe alleen te worden ingezet bij werkgerelateerde incidenten. Dit laat onverlet dat op basis van goed werkgeverschap ook niet-werkgerelateerde incidenten aandacht kunnen krijgen vanuit collegiale ondersteuning.
- (29) De projectgroep beveelt zorgorganisaties aan om een eigen lijst van ingrijpende gebeurtenissen met specifieke inzetcriteria voor de eigen hulpverleningsdienst op te stellen.
- (30) De projectgroep beveelt aan om deze basisincidentenlijsten met de verschillende hulpverleningsdiensten te delen. Dit maakt afstemming en uitwisseling van ervaringen en overwegingen mogelijk.
- (31) De leidinggevende kan georganiseerde collegiale ondersteuning inzetten na een operationele debriefing. De projectgroep beveelt aan dat een leidinggevende moet worden gewezen op/opgeleid zijn in zaken waar hij/zij op moet letten om medewerkers met een behoefte aan ondersteuning te signaleren.

Kennis uit de verkennende desksearch:

Geen informatie

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Peer support wordt ook wel proactief ingezet, bijvoorbeeld bij leerling-verpleegkundigen in hun laatste jaar, die voor het eerst heftige gebeurtenissen meemaken.
- Peer support kan worden ingericht voor de hele organisatie. Bij melding van een incident kan er op het formulier worden aangekruist of er behoefte is aan peer support. Voor behoefte aan peer support buiten incidenten om moet de zorgprofessional dit zelf aanvragen.
- Nadat een zorgprofessional heeft aangegeven peer support te willen, neemt de peer supporter contact met de zorgprofessional op.

Buddy systeem

- Een buddy of collegiaal netwerker wordt ingezet bij incidenten of belevingsintensieve situaties om gesprekken te voeren met zorgprofessionals die daar behoefte aan hebben.

Ethiek support

- Eén keer per maand wordt een moreel beraad sessie georganiseerd, volgens de dilemma methode en socratische dialoog. Hierbij wordt een casus ingebracht door een medewerker. Aanleiding om een casus in te brengen: situatie waarin je je niet begrepen voelde of waarin je je afvraagt of je wel goede zorg hebt geleverd.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

Geen

Conclusie uitgangsvraag 10.

Wat zijn de criteria voor de inzet van collegiaal ondersteuners?

- 1) De inzet van een collegiaal ondersteuner kan op aanvraag van de getroffen zorgprofessional. Toch is proactief benaderen van de zorgprofessional gewenst om de drempel te verlagen.
- 2) De volgende gemeenschappelijke (basis)inzetcriteria (ingrijpende gebeurtenissen) worden aanbevolen aan zorgorganisaties, om deze naar eigen inzicht aan te vullen. Collegiale ondersteuning dient in ieder geval te worden overwogen bij ingrijpende gebeurtenissen waarbij sprake is van:
 - ernstig letsel of dreiging (met name bij kinderen);
 - betrokkenheid van familie of collega's van de zorgprofessional;
 - onmacht bij de zorgprofessional;
 - een zorgprofessional die zelf aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning;
 - direct geweld tegen de zorgprofessional.

Eventueel ook specifiek wanneer sprake is van:

- reanimatie van een kind met slechte afloop;
- agressie richting een zorgprofessional;
- een heftige casus (ofwel belevingsintensieve situaties) aangegeven door een coördinator of leidinggevende of door de zorgprofessional persoonlijk;
- patiëntveiligheidsincidenten.

11. (Type B/C) Wat zijn de rollen en taken van eenieder bij georganiseerde collegiale ondersteuning (medewerker zelf, collegiaal opvangteam, leidinggevende, organisatie of management)?

Kennis uit de literatuurstudie:

Geen informatie

Kennis uit de verkennende desksearch:

Geen informatie

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden:

- (32) Het eerste gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning dient enkele dagen na signalering, dus niet onmiddellijk volgend op het incident, te worden aangeboden. Dit laat onverlet dat binnen de organisatie een steunende context moet bestaan waarbinnen desgewenst ruimte is om emoties te kunnen luchten en het verhaal kwijt te kunnen.
- (33) De projectgroep raadt aan bij georganiseerde collegiale ondersteuning de volgende globale fasering aan te houden.
 - Eerste gesprek: enkele dagen na het incident.
 - Tweede gesprek: na 4 tot 6 weken.
 - Derde gesprek: na 3 maanden.
- (34) De projectgroep beveelt aan binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning maximaal 3 gesprekken te voeren volgens bovengenoemde fasering. Daarna dient geadviseerd te worden dat de zorgprofessional contact zoekt met professionele hulpverlening.
- (35) De collegiale ondersteuning heeft naast een ondersteunende ook een signalerende functie.
- (36) Tijdens het contact met het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning dient vertrouwelijkheid te worden geboden, maar onder voorwaarden. Deze voorwaarden zijn:
 - er is geen sprake van 'verschoningsrecht'ⁱⁱⁱ, in de zin dat het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning op grond van zijn relatie met de zorgprofessional het recht heeft om vragen van een rechter onbeantwoord te laten;
 - het lid van de collegiale ondersteuning kan besluiten dat de betrokken zorgprofessional tegen zichzelf of anderen in bescherming moet worden genomen;
 - indien betrokkene verwijtbare, laakbare of strafbare handelingen openbaart, kan dit leiden tot een dilemma bij het lid van de collegiale ondersteuning.

Voorafgaand aan een gesprek met het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning moeten deze voorwaarden duidelijk worden gemaakt aan betrokkene, indien noodzakelijk kan het gesprek stopgezet worden.

- (37) De projectgroep raadt aan een eerste gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning voorrang te geven boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het OM zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Medewerker: kan zelf peer support aanvragen in geval van klachten, maar support proactief aanbieden verlaagt de drempel.
- Leidinggevende en collega's: normaliseren van reacties na ingrijpende gebeurtenis en proactief aanbieden van peer support. Leidinggevende is verantwoordelijk voor signaleren van klachten bij de zorgprofessional. Doorverwijzingen naar peer support worden regelmatig gedaan door een afdelingshoofd.
- Organisatie: goed laten landen van peer support systeem binnen de organisatie. Inzetten op het kenbaar maken dat peer support er is indien nodig (reclame).

Buddy systeem

- Leidinggevende:
 - Voor het goed matchen van collega's dient de leidinggevende de teamleden goed te kennen op werkgebied maar ook privé.
 - Het vraagt specifieke leidinggevende en onderwijskundige kwaliteiten voor het sturen en organiseren van collegiale ondersteuning.
- Medewerker:
 - Heeft de taak om zichzelf goed in de gaten te houden, daar eerlijk over te zijn en aan de bel te trekken als klachten blijven of erger worden. Zorgprofessionals willen soms niet zwak overkomen en niet om hulp vragen bij de leidinggevende. Stigma op klachten en barrières voor het melden van klachten spelen hier een rol.
 - Collega's hebben onderling een verantwoordelijkheid naar elkaar om op elkaar te letten.
 - Gedurende je werk dien je een extra oogje in het zeil te houden bij je buddy, bijvoorbeeld in pauzes vragen hoe het gaat.
- Management/organisatie:
 - Investeren in preventieve strategieën kan uitval op langere termijn voorkomen. Hierdoor houd je mensen *fit for the job* en *fit for life*.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

Geen

Conclusie uitgangsvraag 11.

Wat zijn de rollen en taken van eenieder bij georganiseerde collegiale ondersteuning (medewerker zelf, collegiaal opvangteam, leidinggevende, organisatie of management)?

De rol van de zorgprofessional. Iedere medewerker heeft een eigen verantwoordelijkheid om zijn inzetbaarheid in stand te houden. Dit niet alleen door zijn/haar kennis en beroepsvaardigheden bij te houden, maar ook door zijn/haar gezondheid en psychische gesteldheid in de gaten te houden. Hij/zij moet met enige regelmaat gewezen worden op de mogelijkheden van de beschikbare hulp (proactieve benadering van aanbieden van collegiale ondersteuning).

De rol van de leidinggevende/coördinator. De leidinggevende of coördinator heeft een zeer belangrijke taak in het monitoren van de zorgprofessional. Dit is van groot belang ten aanzien van uitgestelde (lange termijn) reacties of de effecten van een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen (accumulatie). Daarom wordt het aangeraden om de leidinggevende (of coördinator) constant op de hoogte te houden van het welzijn van de zorgprofessional na een ingrijpende gebeurtenis. Echter, soms is het niet wenselijk dat de leidinggevende op de hoogte wordt gehouden in het kader van privacy. Elke organisatie dient nader uit te werken hoe om te gaan met het waarborgen van privacy en vertrouwelijkheid, zowel bij doorverwijzen als bij registratie en evaluatie.

De rol van de organisatie/management. Bij het behouden en vergroten van de veerkracht van zorgprofessionals speelt de organisatie een zeer belangrijke rol. Dankzij een zorgzame werkomgeving zijn veel klachten te voorkomen en wordt de kans op negatieve consequenties van ingrijpende gebeurtenissen verkleind. Dit houdt onder meer in dat de zorgprofessional goed getraind wordt. Ook moet er aandacht zijn voor gezondheidsbeleid en goede organisatiestrategieën voor het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen, met vooraf duidelijk vastgelegde rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners. De organisatie heeft de taak om de aanwezigheid van de ondersteuningsdiensten kenbaar te maken.

12. (Type B/C) Welke kennis en vaardigheden moeten in de training voor collegiaal ondersteuner aan bod komen?

Kennis uit de literatuurstudie:

Geen informatie

Kennis uit de verkennende desksearch:

Geen informatie

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (38) De projectgroep beveelt aan de training voor deelname aan georganiseerde collegiale ondersteuning in te bedden binnen de organisatie. Hierbij dient aandacht te zijn voor gesprekstechnische vaardigheden (individueel en in groepsverband), een basiskennis van psychotrauma, ingrijpende gebeurtenissen en de gevolgen ervan, en het kunnen herkennen van problemen in verwerking.
- (39) Iedere medewerker heeft een eigen verantwoordelijkheid om zijn inzetbaarheid in stand te houden. Niet alleen door zijn kennis en beroepsvaardigheden bij te houden, ook door zijn gezondheid en psychische gesteldheid in de gaten te houden. Hem moet met enige regelmaat gewezen worden op de mogelijkheden van hulpaanvaarding.
- (40) Competenties die van belang zijn voor leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning en die (multidisciplinair) in de opleiding aan bod dienen te komen, zijn:
 - communicatieve vaardigheden;
 - goed kunnen luisteren;
 - invoelend vermogen;
 - robuuste, daadkrachtige persoonlijkheid;
 - zelfstandigheid;
 - betrouwbaarheid.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Gesprekstechnieken.
- Voorbeeldvragen die peer support kan stellen.
- Eigen grenzen kennen als peer supporter.
- Aandachtig luisteren.
- Opleiding voor peer supporters waar aandacht wordt gegeven aan o.a. gesprekstechnieken. Je moet gediplomeerd hulpverlener zijn met het liefst 10 jaar ervaring in de zorg.
- Het werkt goed dat de peer supporter een ervaren zorgverlener is, een vaderlijk/ moederlijk type en het is zeer belangrijk dat hij/zij niet oordeelt maar gewoon luistert.
- Karakteristieken van een peer supporter:
 - goed luisteren;

- benaderbaar;
- niet veroordelend;
- professioneel dichtbij staat en het vak kent.
- Als de peer supporter het gevoel krijgt dat er meer hulp nodig is (er spelen grotere vragen waar hij/zij niet bij kan helpen), dan kan deze adviseren om doorverwezen te worden naar professionele hulpverlening.

Buddy systeem

- Stressmanagement training aan al het personeel geven.
- Trauma-risk management training aanbieden om buddy+ systeem op te zetten.
- Buddy+ inzetten als het hele team een heftig incident heeft meegemaakt. Als de buddy zelf bij incident betrokken was, kan beter een collegiaal netwerker van buiten het team erbij gehaald worden.
- Kwaliteiten die een buddy in huis moet hebben:
 - empathisch vermogen en inlevingsgevoel;
 - goed luisteren;
 - goede zelfkennis en sociaal zijn in de organisatie;
 - vaak iemand die al wat langer in het team zit; ook mogelijk om koppels te maken met meer en minder ervaren medewerkers;
 - voor buddy+ ook kennis over psycho-educatie nodig om ook 'normale' reacties te kunnen onderscheiden van reacties en klachten die verder gaan en eventueel doorverwijzing nodig hebben naar professionele hulp.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

Geen

Conclusie uitgangsvraag 12.

Welke kennis en vaardigheden moeten in de training voor collegiaal ondersteuner aan bod komen?

- 1) In de training van collegiaal ondersteuner dient aandacht te zijn voor gespreks-technische vaardigheden (individueel en in groepsverband), basiskennis van psychotrauma, ingrijpende gebeurtenissen en de gevolgen ervan en het kunnen herkennen van problemen in verwerking.
- >>

- 2) In de training kunnen voorbeeldvragen worden geboden, die de collegiaal ondersteuner kan gebruiken in de ondersteunende gesprekken. Ook dient de collegiaal ondersteuner te weten tot waar zijn/haar hulp gaat en wanneer er moet worden geadviseerd om doorverwezen te worden naar professionele hulpverlening.
- 3) Competenties die van belang zijn voor leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning en die (multidisciplinair) in de opleiding aan bod dienen te komen, zijn:
 - communicatieve vaardigheden;
 - goed kunnen luisteren;
 - invoelend vermogen;
 - robuuste, daadkrachtige persoonlijkheid;
 - zelfstandigheid;
 - betrouwbaarheid.

Het kan helpend zijn als de collegiaal ondersteuner:

- ervaring heeft in werken in de zorgsector;
- gekozen is door andere collega's om collegiaal ondersteuner te worden.

Signalering, monitoring & nazorg

13. (Type A/C) Hoe moet het op de lange termijn signaleren van stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen eruitzien?

Kennis uit de literatuurstudie:

Geen informatie

Kennis uit de verkennende desksearch:

Uit *Co-Fit rapport*

- Houd voortdurend zicht/wees voortdurend alert op de mentale en fysieke gezondheids-toestand van professionals en schaal monitoring op bij toename omvang psychosociale/fysieke problemen en/of aanhoudende crisis¹³¹.
- Monitor frequent maar vrijblijvend de fysieke en mentale toestand van professionals gericht op vroegdetectie van psychosociale/fysieke problemen. Een dagelijkse check-in/check-out (bijv. teambarometer systematiek) is een uitgelezen methode om te peilen hoe iemand ervoor staat, of er iets dwars zit, of er zorgen zijn (ook thuis en in de financiële situatie)¹³¹ (experts interviews).
- Stimuleer frequente intercollegiale checks op de werkvloer.
- Bied professionals (digitale) toegang tot effectieve zelfzorginstrumenten om signalen van stress en coping mechanismen te herkennen, het stressniveau te normaliseren en mentale weerbaarheid en gezondheid te behouden^{118,123}. Overweeg vrijblijvend aanbieden van digitale ondersteuning ter behoud van mentale weerbaarheid en gezondheid voor alle professionals.
- Overweeg vroege identificering van professionals met een hoger risico op psychosociale problemen. Wees extra alert op at-risk groepen: *frontline* direct patiëntencontact, professionals in quarantaine, jonge/onervaren en juist oudere professionals en vrouwen (geen bron). En wees extra alert op zorgprofessionals die andere coping strategieën hebben dan: acceptatie, actieve-coping en positieve framing^{119,132}.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (41) Zodra de georganiseerde collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt in overleg met de betrokkene doorverwijzing naar professionele opvang geadviseerd. Als handvat hierbij kan het lid van de collegiale ondersteuning gebruikmaken van de aandachtspunten zoals genoemd in de aanbeveling⁵⁰.
- (42) De projectgroep beveelt het gebruik van bestaande klinische screeningslijsten met als doel het 'klinisch afturven van klachten' niet aan voor gebruik binnen collegiale ondersteuning. In de vorm van topiclijsten (bespreekpunten) kunnen de screeningslijsten wel dienen als handvat tijdens een collegiaal ondersteuningsgesprek.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Lange termijn gestructureerd signaleren vanuit de organisatie is lastig, want je wil in het kader van het beschermen van de privacy van de getroffen zorgprofessional niet lang data bewaren.
- Soms zijn korte gesprekjes met peer support niet voldoende om problemen/klachten te signaleren.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- Houd rekening met behoefte aan privacy van de betrokkene. Het gesprek met de collegiaal ondersteuner moet in vertrouwen gevoerd kunnen worden.
- De projectgroep verwacht niet dat middels alleen vragenlijsten klachten of problemen aan het licht komen. Informele collegiale ondersteuning waarbij men regelmatig aan elkaar vraagt hoe het gaat, zal wellicht meer inzicht geven.
- Houd rekening met de span of attention van de leidinggevende of coördinator bij wie het signaleren en monitoren van het welbevinden van de zorgprofessionals in een team is belegd. De leidinggevende/coördinator zou bijvoorbeeld bij maximaal 25 personen kunnen signaleren.

Conclusie uitgangsvraag 13.

Hoe moet het op de lange termijn signaleren van stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen eruitzien?

- 1) Op de lange termijn signaleren van klachten na ingrijpende gebeurtenissen komt neer op het in de gaten houden van de zorgprofessional door regelmatig te vragen hoe het gaat.
- 2) Het wordt aangeraden om informele collegiale ondersteuning te houden op de werkvloer zoals check-in/check-out gesprekken tijdens shiftwisseling en vragen hoe het met collega's is. Daartoe kunnen collega's gekoppeld worden (buddy's). Ook kan het signaleren en monitoren een onderdeel zijn van werkoverleg of jaargesprekken met de leidinggevende of coördinator.
- 3) Wanneer te adviseren om contact op te nemen met de huisarts of professionele hulpverlening binnen de organisatie, zie aanbevelingen onder wanneer door te verwijzen naar professionele hulp (uitgangsvraag 16).
- 4) Houd rekening met behoefte aan privacy van de getroffene. Gesprekken met als doel het vroegsignaleren van klachten moeten in vertrouwen gevoerd kunnen worden.

14. (Type A/B) Hoe moet het kennis- en vaardigheidsniveau van de leidinggevende er uit zien zodat de leidinggevende een signalerende functie kan hebben?

Kennis uit de literatuurstudie:

- Sociale steun van zowel leidinggevendenden als collega's heeft een positief effect op posttraumatische stressreacties, psychologische distress, vermoeidheid, somatische klachten en slaapproblemen⁸³.
- Meerdaagse leiderschap interventies met reflectie en interactie in een groepssetting lijken effectief ter bevordering van mentaal welbevinden⁸⁰.

Kennis uit de verkennende desksearch:

Geen informatie

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (43) De projectgroep beveelt aan dat leidinggevendenden een zeker kennis- en vaardigheidsniveau hebben voor de signalering van psychosociale problemen bij zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen. Dit niveau omvat ten minste de aspecten:
 - kennis van de effecten van het meemaken van een traumatische gebeurtenis op de persoon en diens sociale context;
 - vaardigheid om vroegtijdig psychosociale problemen te signaleren;
 - kennis van het verloop van het verwerkingsproces;
 - kennis van het verwerkingsproces beïnvloedende factoren;
 - kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
 - kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim;
 - kennis van praktische en sociale ondersteuning;
 - kennis over nut en eventuele noodzaak tot aanpassing werkzaamheden;
 - kennis van het organisatie-typische hulpverleningscircuit;
 - vaardigheid om de zorgprofessional te ondersteunen;
 - kennis van de taken, organisatie en werkwijze van de collegiale ondersteuning en de wijze waarop deze in te schakelen is;
 - vaardigheid om bij psychosociale problematiek met de zorgprofessional in gesprek te gaan om hem/haar te motiveren tot het zoeken van deskundige ondersteuning.
- (44) De leidinggevende dient rekening te houden met negatieve bijverschijnselen van incidenten en na-onderzoeken (inclusief evaluatieonderzoeken), zoals intern onderzoek, media-aandacht etc. Neem dit effect op in voorlichting en training van het management, leidinggevendenden en leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning.
- (45) De projectgroep beveelt aan dat signalering niet alleen bij ingrijpende gebeurtenissen plaatsvindt, maar ingebed wordt in de dagelijkse routine. Het is belangrijk om de communicatie goed te borgen.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Leidinggevende heeft een rol in voorkomen van uitval, signaleren en doorverwijzen.

Buddy systeem

- Boven collegiaal netwerker staat teamleider/coördinator. Deze teamleider debrieft met de collegiaal ondersteuners na inzet. Ook een signaleringsfunctie, om in de gaten te houden hoe de collegiale netwerkers er zelf bij zitten en eventueel tijdelijk even niet ingezet worden.
- Voor het goed matchen van collega's dient de leidinggevende de teamleden goed te kennen op werkgebied maar ook privé.
- Het vraagt specifieke leidinggevende en onderwijskundige kwaliteiten voor het sturen en organiseren van collegiale ondersteuning.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

Geen

Conclusie uitgangsvraag 14.

Hoe moet het kennis- en vaardigheidsniveau van de leidinggevende eruitzien zodat de leidinggevende een signalerende functie kan hebben?

- 1) Leidinggevendenden dienen een zeker kennis- en vaardigheidsniveau te hebben voor de signalering van psychosociale problemen bij zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen. Dit kennis- en vaardigheidsniveau omvat ten minste de volgende aspecten:
 - kennis van de effecten van het meemaken van een traumatische gebeurtenis op de persoon en diens sociale context;
 - vaardigheid om vroegtijdig psychosociale problemen te signaleren;
 - kennis van het verloop van het verwerkingsproces;
 - kennis van het verwerkingsproces beïnvloedende factoren;
 - kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
 - kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim;
 - kennis van praktische en sociale ondersteuning;
 - kennis over nut en eventuele noodzaak tot aanpassing werkzaamheden;
 - kennis van het organisatie-typische hulpverleningscircuit;
 - vaardigheid om de zorgprofessional te ondersteunen;
 - kennis van de taken, organisatie en werkwijze van de collegiale ondersteuning en de wijze waarop deze in te schakelen is;

- vaardigheid om bij psychosociale problematiek met de zorgprofessional in gesprek te gaan om hem/haar te motiveren tot het zoeken van deskundige ondersteuning.
- 2) De leidinggevende dient rekening te houden met negatieve bijverschijnselen van incidenten en na-onderzoeken (inclusief evaluatieonderzoeken), zoals intern onderzoek, media-aandacht etc. Neem dit effect op in voorlichting en training van het management, leidinggevend en leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning.
 - 3) Signalering dient niet alleen bij ingrijpende gebeurtenissen plaats te vinden, maar dient ingebed te zijn in de dagelijkse routine. Het is belangrijk om de communicatie goed te borgen.
 - 4) Voor het goed matchen van collega's dient de leidinggevende de teamleden goed te kennen op werkgebied maar ook privé.
 - 5) Het wordt aanbevolen om leidinggevend en coördinatoren training te geven in het aansturen van collegiale ondersteuning.
 - 6) De leidinggevende dient ook zicht te hebben op het welzijn van de collegiaal ondersteuners na hun inzet.

Evaluatie

15. (Type B) Hoe wordt de inzet/werking van het collegiaal opvangteam geëvalueerd?

Kennis uit de literatuurstudie:

- (46) De projectgroep beveelt aan dat de taak van coördinatie, het monitoren en evalueren van activiteiten van collegiale ondersteuning wordt vastgelegd door de organisatie. Idealiter wordt deze taak bij één persoon neergelegd.
- (47) Tot de coördinatie van de collegiale ondersteuning behoren de volgende taken:
 - toezicht op vakinhoudelijke aansturing collegiale ondersteuning;
 - toezicht op en verantwoordelijkheid voor kwaliteit collegiale ondersteuning;
 - coaching leden collegiale ondersteuning;
 - facilitering werkzaamheden collegiale ondersteuning;
 - ondersteuning werving voor collegiale ondersteuning;
 - afstemming en onderhoud contacten met andere relevante partners in veld;
 - organisatie opleiding leden collegiale ondersteuning;
 - garanderen bereikbaarheid van de collegiale ondersteuning;
 - periodieke monitoring en evaluatie van de inzet van collegiale ondersteuning (opnemen in certificeringstraject);
 - periodieke verslaglegging over het bovenstaande binnen de organisatie.
- (48) De projectgroep beveelt aan dat, indien er een registratiesysteem wordt opgezet ten dienste van de collegiale ondersteuning, dit gebeurt met zorgvuldige privacyregelingen. Buiten de context van collegiale ondersteuning mag geen gebruik worden gemaakt van (de informatie over individuele personen in) een dergelijk systeem.

Kennis uit de verkennende desksearch:

Uit de Multidisciplinaire Richtlijn voor Psychosociale Hulpverlening¹³³

- In het kader van kwaliteitsverbetering dient de aangeboden zorg geëvalueerd te worden. Via een systematische methode zijn door deskundigen uit wetenschap en praktijk acht evaluatiecriteria voor psychosociale hulpverlening vastgesteld. Vanuit het perspectief van de getroffen komt goede psychosociale hulpverlening tot uiting in¹³⁴:
 - bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffen;
 - bevorderen van sociale steun;
 - zorg op maat: oog voor diversiteit
 - samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties;
 - tijdig verstrekken van incident-gebonden informatie;
 - informatieverstrekking over mogelijke reacties;
 - voorzien in een aanspreekpunt voor praktische vragen van getroffen;
 - monitoren van getroffen en initiëren van eventuele nazorg.

- Kwaliteitscriteria^{133,135-137}:
 - behoeftegericht: bij beslissingen wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met individuele wensen, behoeften en waarden;
 - effectief: gebaseerd op wetenschappelijke kennis, toegespitst op de mensen die daar belang bij hebben, bijdragend aan het doel;
 - efficiënt: minimale verspilling van middelen, ideeën en energie;
 - veilig: voorkomt schade aan mensen, maakt problemen niet erger dan niet ingrijpen;
 - tijdig: gepastheid, minimale wachttijden en vertragingen;
 - gelijk: geen verschillen in kwaliteit op basis van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, leeftijd en etniciteit.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Wordt in de praktijk zelden geëvalueerd vanwege het borgen van de privacy.

Buddy systeem

- Na inzet collegiaal netwerker wordt geëvalueerd.
- Eens in zoveel tijd komen collegiaal ondersteuners bij elkaar om casuïstiek met elkaar te bespreken (skills-dagen/deskundigheidsbevorderingsdagen).

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- De coördinatie, het monitoren en evalueren van activiteiten van collegiale ondersteuning moeten helder beschreven en belegd zijn in elke organisatie. Bij grote organisaties kan de verantwoordelijkheid belegd worden bij één of meerdere personen.
- Aangeraden wordt om ieder die contact heeft gehad met een collegiaal ondersteuner een evaluatieformulier in te laten vullen. De resultaten van deze evaluatie zijn voor intern gebruik en om de organisatie informatie te verschaffen over hoe vaak gebruik wordt gemaakt van collegiale ondersteuning en wat de waardering was van de ondersteuning.
- De leidinggevende dient ook na de inzet van collegiaal ondersteuners regelmatig met hen te evalueren.
- In een opleidingssituatie heeft de opleider op de werkplek, naast contact met de zorgprofessional in opleiding, nauw contact met de leidinggevende/coördinator van de zorgprofessional in opleiding en de opleider van de onderwijsinstelling.

Conclusie uitgangsvraag 15.

Hoe wordt de inzet/werking van het collegiaal opvangteam geëvalueerd?

- 1) In het kader van kwaliteitsverbetering dient de aangeboden zorg geëvalueerd te worden.
- 2) De projectgroep beveelt aan dat de taak van coördinatie, het monitoren en evalueren van activiteiten van collegiale ondersteuning wordt vastgelegd door de organisatie. Idealiter wordt deze taak bij één persoon neergelegd.
- 3) Tot de coördinatie van de collegiale ondersteuning behoren de volgende taken:
 - toezicht op vakinhoudelijke aansturing collegiale ondersteuning;
 - toezicht op en verantwoordelijkheid voor kwaliteit collegiale ondersteuning;
 - coaching leden collegiale ondersteuning;
 - facilitering werkzaamheden collegiale ondersteuning;
 - ondersteuning werving voor collegiale ondersteuning;
 - afstemming en onderhoud contacten met andere relevante partners in veld;
 - organisatie opleiding leden collegiale ondersteuning;
 - garanderen bereikbaarheid van de collegiale ondersteuning;
 - periodieke monitoring en evaluatie van de inzet van collegiale ondersteuning (opnemen in certificeringstraject);
 - periodieke verslaglegging over het bovenstaande binnen de organisatie.
- 4) De projectgroep beveelt aan dat, indien er een registratiesysteem wordt opgezet ten dienste van de collegiale ondersteuning, dit gebeurt met zorgvuldige privacyregelingen. Buiten de context van collegiale ondersteuning mag geen gebruik worden gemaakt van (de informatie over individuele personen in) een dergelijk systeem.

Inzet professionele hulpverlening

16. (Type A/B) Wanneer en hoe moet worden doorverwezen naar professionele hulp?

Kennis uit de literatuurstudie:

Geen informatie

Kennis uit de verkennende desksearch:

Uit Co-Fit rapport

- Organiseer een efficiënt verwijssysteem voor professionals met klachten zoals vermoeidheid, slapeloosheid, angst, somberheid en depressie. Bied hen de mogelijkheid van snelle psychologische diagnostiek, bijv. d.m.v. de Dutch Global Psychotrauma Screen (GPS, 22 item vragenlijst) en bied indien geïndiceerd professionele behandeling^{120,121}.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden:

- (41) Zodra de georganiseerde collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt in overleg met de betrokkene doorverwijzing geadviseerd naar professionele opvang. Als handvat hierbij kan het lid van de collegiale ondersteuning gebruikmaken van de aandachtspunten zoals genoemd in de aanbeveling⁵⁰.
- (42) De projectgroep beveelt het gebruik van bestaande klinische screeningslijsten met als doel het 'klinisch afturven van klachten' niet aan voor gebruik binnen collegiale ondersteuning. In de vorm van topiclijsten (bespreekpunten) kunnen de screeningslijsten wel dienen als handvat tijdens een collegiaal ondersteuningsgesprek.
- (49) In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een ingrijpende gebeurtenis drie groepen getroffen worden: 1) getroffen die geen klachten ontwikkelen, 2) een tussengroep van getroffen die mogelijk klachten zullen ontwikkelen en 3) zij die signalen vertonen die duiden op een verstoorde verwerking (en die daarom direct moeten worden gesignaleerd en doorverwezen). Binnen de collegiale ondersteuning dient het besef te bestaan dat de eerste groep (getroffen zonder klachten) het grootst is. De collegiale ondersteuning dient zich in haar werkzaamheden met name te richten op de laatste twee groepen.
- (50) Onderstaande punten zijn aanwijzingen/signalen van een verstoorde verwerking die mondeling besproken en nagelopen worden tijdens een gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning.
 - het hebben van verontrustende herinneringen aan of dromen over de gebeurtenis;
 - overstuur raken van herinneringen;
 - het hebben van lichamelijke stressreacties;
 - vermijdingsgedrag, verzuim;
 - slaapproblemen;

- verhoogde prikkelbaarheid of agressieregulatie problemen (kort lontje);
 - onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;
 - stemmingsverandering, sombere stemming;
 - concentratieproblemen;
 - toegenomen alcohol- of middelengebruik;
 - functioneringsproblemen (werk en privé);
 - schuld en schaamte.
- (51) Indien een zorgprofessional na de ingrijpende gebeurtenis tijdens een van de gesprekken met de collegiaal ondersteuner een verontrustende hoeveelheid van bovenstaande aanwijzingen/signalen vertoont, is het goed hem of haar te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverlening. Zeker indien deze vier tot zes weken na de ingrijpende gebeurtenis nog steeds aanwezig zijn, is het advies om contact op te nemen met een professionele hulpverlener met deskundigheid op traumagebied. Ook in geval van twijfel is het dan raadzaam de betrokken zorgprofessional te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverleners.
 - (52) Tussen het lid van de collegiale ondersteuning en de zorgprofessional dient geen sprake te zijn van een behandelrelatie.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Als er grote zorgen zijn of als het om een zeer heftig incident ging, kan de zorgverlener doorverwezen worden. In ziekenhuizen gaat dit het best zonder wachtrij naar de medisch psychologen. De drempel naar de psycholoog van de eigen afdeling is vaak hoog.
- Peer support houdt na doorverwijzing naar professionele hulp in principe op. Het is eigenlijk niet de bedoeling dat de ondersteuning dan doorgaat. Peer support is bedoeld als een laagdrempelige "tussenvorm" van ondersteuning.

Buddy systeem

- TRiM methodiek: na een incident na 48-72 uur een eerste keer de thermometer in het systeem zetten. Gaat alles dan oké dan volgt er na een maand het tweede gesprek. Tijdens die maand wel als 'fly on the wall' in de gaten houden. Daarna na drie maanden nog een gesprek. Daarna moet het duidelijk zijn of iemand professionele hulp nodig heeft.
- Deel van deze TRiM-checklist wordt ook gebruikt om stressgerelateerde klachten te signaleren.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- Indien nodig kan in de tweede kring van het Kringenmodel (al dan niet via collegiale ondersteuning) ondersteuning geboden worden door Arbo professionals (zoals bedrijfsarts en taakgedelegeerden, bedrijfsmaatschappelijk werkers en A&O deskundigen) en zij kunnen de stap van de tweede naar derde kring begeleiden.

Conclusie uitgangsvraag 16.

Wanneer moet worden doorverwezen naar professionele hulp?

- 1) Zodra de georganiseerde collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt in overleg met de betrokkene doorverwijzing geadviseerd naar professionele hulpverlening. Onderstaande punten zijn aanwijzingen/signalen van een verstoorde verwerking die mondeling besproken en nagelopen worden tijdens een gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning:
 - het hebben van verontrustende herinneringen aan of dromen over de gebeurtenis;
 - overstuur raken van herinneringen;
 - het hebben van lichamelijke stressreacties;
 - vermijdingsgedrag, verzuim;
 - slaapproblemen;
 - verhoogde prikkelbaarheid of agressieregulatie problemen (kort lontje);
 - onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;
 - stemmingsverandering, sombere stemming;
 - concentratieproblemen;
 - toegenomen alcohol- of middelengebruik;
 - functioneringsproblemen (werk en privé);
 - schuld en schaamte.
- 2) In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een ingrijpende gebeurtenis drie groepen getroffen worden: 1) getroffen die geen klachten ontwikkelen, 2) een tussengroep van getroffen die mogelijk klachten zullen ontwikkelen en 3) zij die signalen vertonen die duiden op een verstoorde verwerking (en die daarom direct moeten worden gesignaleerd en doorverwezen). Binnen de collegiale ondersteuning dient het besef te bestaan dat de eerste groep (getroffen zonder klachten) het grootst is. De collegiale ondersteuning dient zich in haar werkzaamheden met name te richten op de laatste twee groepen.
- 3) Indien een zorgprofessional na de ingrijpende gebeurtenis tijdens een van de gesprekken met de collegiaal ondersteuner een verontrustende hoeveelheid van bovenstaande aanwijzingen/signalen vertoont, is het goed hem of haar te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverlening. Zeker indien deze vier tot zes weken na de ingrijpende gebeurtenis nog steeds aanwezig zijn, is het advies om contact op te nemen met een professionele hulpverlener met deskundigheid

op traumagebied. Ook in geval van twijfel is het dan raadzaam de betrokken zorgprofessional te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverleners.

- 4) Tussen het lid van de collegiale ondersteuning en de zorgprofessional dient geen sprake te zijn van een behandelrelatie.
- 5) Indien nodig kan in de tweede kring van het Kringenmodel (al dan niet via collegiale ondersteuning) ondersteuning geboden worden door Arbo professionals (zoals bedrijfsarts en taakgedelegeerden, bedrijfsmaatschappelijk werkers en A&O deskundigen) en zij kunnen de stap van tweede naar de derde kring begeleiden.

17. (Type A) Welke professionele hulp is effectief bij stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen?

Kennis uit de literatuurstudie:

- Maak gebruik van bestaande protocollen over eerstelijns hulp bij PTSS¹⁰², ondanks beperkende factoren om deze in praktijk te gebruiken.
- Het is van belang om clinici die patiënten met posttraumatische stressklachten behandelen, op te leiden in het aanbieden van *evidence-informed* interventies. Deze clinici moeten zelf vertrouwen hebben in het aanbieden van deze *evidence-informed* interventies, ook indien er sprake is van comorbide aandoeningen bij de patiënt. Ook moeten zij de mogelijkheid hebben om de interventie aan te passen aan de behoeften van de patiënt. Het moet tevens gefaciliteerd worden door de organisatie waar zij werken¹⁰².
- In een studie naar welbevinden bij verpleegkundigen in het Verenigd Koninkrijk (groot vragenlijst onderzoek uitgevoerd onder 6.000 leden van de Royal College of Nursing)^{138,139}, werd geconcludeerd dat anders dan stoppen met werken, het zoeken van ondersteuning buiten de werksetting het meest succesvol was en effectiever dan ondersteuning zoeken bij collega's, managers en medewerkers. Praten met de dader over hun problemen was voor 35% van de participanten ondersteunend, maar voor 20% verslechterde de situatie juist¹⁰¹.

Kennis uit de verkennende desksearch:

Uit Co-Fit rapport

- Focus, vooral in beginfase van een crisis, vooral op ondersteuning door gebruik van natuurlijke copingstrategieën (acceptatie, actieve coping en *positive framing*), maar wees in deze fase terughoudend met brede inzet van psychologische interventies (zoals therapie)^{119,122,132,140}.
- Bied bij professionals met klachten en bij acute situaties wél evidence-based interventies

aan op geleide van formele diagnostiek en behandeling (Cognitieve gedragstherapie/ EMDR etc.) door professionals (niet betrokken bij de professionele context)^{109,141}.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (54) De projectgroep adviseert om gebruik te maken van bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van ondersteuning en psychosociale nazorg.
- (55) De projectgroep vindt het belangrijk dat de organisatie over kennis beschikt van de mogelijke behandelwijzen. Hierover kan bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts worden ingewonnen.

Kennis uit de interviews met experts:

Geen informatie

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- Hierbij kan de bedrijfsarts een proactieve rol spelen. Zie ook Leidraad Verwijzen NVAB¹³.
- De projectgroep adviseert om gebruik te maken van bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van ondersteuning en psychosociale nazorg, bijvoorbeeld:
 - NVAB-richtlijnen, zoals Agressie en Geweld, Werk-Privé balans, Werkdruk, Psychische problemen, Leidraad Verwijzen NVAB^{13,14}.
 - NICE-richtlijn bij posttraumatische stressstoornis¹⁵ over het herkennen, diagnosticeren en behandelen van PTSS bij kinderen, jonge mensen en volwassenen.

Conclusie uitgangsvraag 17.

Welke professionele hulp is effectief bij stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen?

- 1) De projectgroep adviseert om de bedrijfsarts hierin een proactieve rol te laten spelen en zich te baseren op reeds bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van professionele hulpverlening bij werkgerelateerde gezondheidsklachten, bijvoorbeeld:
 - NVAB-richtlijnen, zoals Agressie en Geweld, Werk-Privé balans, Werkdruk, Psychische problemen, Leidraad Verwijzen NVAB^{13,14}.
 - NICE-richtlijn bij posttraumatische stressstoornis¹⁵ over het herkennen, diagnosticeren en behandelen van PTSS bij kinderen, jonge mensen en volwassenen.

18. (Type B/C) Hoe moet een goed doorverwijs systeem naar professionele hulp ingebed worden in de organisatie?

Kennis uit de literatuurstudie:

Geen informatie

Kennis uit de verkennende desksearch:

- Leidraad verwijzen door de bedrijfsarts van de NVAB.

Kennis uit de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerd:

- (53) De organisatie moet een protocol hebben rondom doorverwijzen van zorgprofessionals naar professionele hulpverleners en de georganiseerde collegiale ondersteuning moet daar kennis van hebben.

Kennis uit de interviews met experts:

Peer support

- Het moet duidelijk zijn binnen de organisatie waar die hulp beschikbaar is. In het ziekenhuis is dat vaak de afdeling medische psychologie. Maar dat kan anders ingericht worden in andere organisaties.

Buddy systeem

- Vanuit de eigen organisatie een doorverwijssysteem zou het beste zijn: werkt het best als een interne of externe professional weet heeft van het werk van de zorgprofessional, dit geeft de beste match.

Overige overwegingen vanuit de projectgroep:

- Voor doorverwijsindicaties (wanneer en in welke fase verwijst je door en naar wie?) verwijzen we naar de Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts (2004) van de NVAB. Deze leidraad focust op doorverwijzen door de bedrijfsarts, waarbij specifiek aandacht wordt besteed aan verwijzen bij medewerkers met psychische klachten. Voor de ontwikkeling van deze leidraad is samengewerkt met de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Het wordt aanbevolen dat de bedrijfsarts de samenwerking opzoekt met kerndeskundigen bij het zoeken naar effectieve zorg voor zorgprofessionals: arbeidshygiënist, veiligheidsdeskundigen en A&O deskundigen.
- De projectgroep adviseert om de bedrijfsarts een proactieve rol te laten spelen in welke zorg effectief is bij stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen, dit kan bijvoorbeeld zijn: bijdragen aan onderwijs, leidinggevendend actief benaderen n.a.v. signalen van medewerkers, organisatieveranderingen/-ontwikkelingen of bijdragen aan beleid van de organisatie.

Conclusie uitgangsvraag 18.

Hoe moet een goed doorverwijssysteem naar professionele hulp ingebed worden in de organisatie?

- 1) Er dienen allereerst arbeidsomstandigheden te zijn (zorgzame werkomgeving) waarin het hebben van klachten bespreekbaar is (zie ook uitgangsvraag 6 en 7).
- 2) De organisatie moet een protocol hebben rondom doorverwijzen van zorgprofessionals naar professionele hulpverleners en de georganiseerde collegiale ondersteuning moet daar kennis van hebben. De collegiaal ondersteuner dient een proactieve rol te nemen in het adviseren om door te verwijzen indien deze hier indicaties voor ziet tijdens de gesprekken. Ook heeft de leidinggevende een signalerende rol en de bedrijfsarts kan hierin ook een proactieve rol spelen. Arbo professionals kunnen laagdrempelig ondersteuning bieden en indien nodig doorgeleiden naar professionele hulpverlening.
- 3) Naast duidelijke informatievoorziening over wat de professionele hulp inhoudt, moeten contracten met professionele zorg goed geregeld zijn en moet ook duidelijk zijn hoe deze hulp gekregen kan worden. Zowel binnen de organisatie als buiten de organisatie dienen mogelijkheden te zijn tot het krijgen van professionele hulp. Zo kan de getroffen na een ingrijpende gebeurtenis passende zorg krijgen met gepaste afstand tot de werkvloer indien hier behoefte aan is.
- 4) Voor meer informatie over wanneer en in welke fase de zorgprofessional door te verwijzen, verwijzen we naar de Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts van de NVAB¹³.

Bijlage 4.1 Resultaten literatuurstudie uitgangsvraag 6

Artikel	Populatie	Aantal studies	Doel & uitkomstmaat	Beschermende factoren	Vatbaar makende factoren
Howard 2019 ⁴⁰	Psychiaters	33 (2003-2017)	Factoren die samenhangen met <i>burn-out</i> , <i>werkgerelateerde stress</i> en <i>werktevredenheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> Het hebben van een missie en doel Hoge werktevredenheid Persoonlijke doelen behalen Intellectuele voldoening Goede arbeidsvooruitzichten Sterke team identiteit Controle over het werk Werk-privé balans 	<ul style="list-style-type: none"> Inadequate faciliteiten en budget Agressieve en veeleisende patiënten Administratiedruk Procesvoering Werken in kleine praktijken (weinig contact met collega's) Gebrek hulp bij administratie Snelle doorloop van personeel
Lawn 2020 ³¹	Ambulancepersoneel (waaronder verpleegkundigen)	39 (2000-2018)	Kwalitatieve studies naar ontwikkeling van werkgerelateerde stress (<i>psychologisch, fysiek en sociaal welbevinden</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Gestructureerd herstel na een incident: beter roosteren; slaapttekort/overwerken voorkomen Team en werkkultuur: (informele) steun, positieve werkrelaties met managers/collega's; humor; wij-gevoel; niet-oordelende sfeer; hoge kwaliteit supervisie Erkenning voor mentale impact: begrip cumulatieve effect incidenten; actie vermindering stigma rondom hulp bij mentale gezondheid; laagdrempelige zorg na ingrijpende gebeurtenis Lessen trekken: werkconflicten en incidenten serieus nemen en geleerde lessen onderbrengen in educatie en trainen ter preventie 	<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan materieel: te weinig ambulances en personeel Laag salaris: gedwongen tot baan er naast Slechte roosters: lange diensten; weinig tijd voor herstel; slaapttekort; gebrek aan pauze Hoge werkisen: alles moet snel Gebrek aan hecht team: team erosie, slechte mix van kwaliteiten Onvoldoende erkenning: gebrek aan empathie en betrokkenheid management Reactie management op incidenten: niet goed omgaan met werkstress veroorzaakt door pesten; conflicten; maakt reactie op traumatische gebeurtenis groter Stigma voor zoeken hulp na incident Onvoldoende training omgaan pesten Bevoegdheden ambulance personeel genegeerd Reactie management/collega's bij werkuitval
Zhou 2020 ³⁵	Artsen in opleiding	48 (1989-2018)	Factoren die samenhangen met <i>burn-out</i>	<ul style="list-style-type: none"> Coherente team structuren Goede relatie met supervisor 	<ul style="list-style-type: none"> Werkisen (werkdruk; inefficiënte taken; verantwoordelijkheid) Bezorgdheid over patiëntenzorg (zorgen over fouten) Slechte werk-privé balans

Artikel	Populatie	Aantal studies	Doel & uitkomstmaat	Beschermende factoren	Vatbaar makende factoren
Basu 2017 ³²	Zorg-professionals op de SEH	25 (1992-2015)	Factoren die samenhangen met gezondheidsklachten en werkuitval (<i>burn-out</i> , <i>compassie moeheid</i> , <i>werkuitval en vervroegd met pensioen gaan</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Controle over het werk Steun vanuit management om betere arbeidsverhoudingen tot stand te brengen Waardering 	<ul style="list-style-type: none"> Veel werk/lange dagen Rol ambiguïteit Weinig steun leidinggevende/collega's Ontoereikend salaris Gebrek professionele erkenning Beperkte scholingsmogelijkheden Communicatiebelasting (onderbrekingen; multitasking)
Bronkhorst 2015 ⁴⁷	Werknemers in zorg-instellingen/organisaties	21 (2000-2012)	Onderzoeken welke dimensies van werkcultuur samenhangen met <i>mentale gezondheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ondersteunende sfeer en cohesie onder collega's Relatiegerichte leiderschapsstijl 	<ul style="list-style-type: none"> Perceptie van oneerlijk leiderschap
Lamiani 2015 ³⁹	Zorg-professionals	17 (2005-2014)	Factoren die samenhangen met morele distress		<ul style="list-style-type: none"> Slechte samenwerking verpleegkundigen en artsen Gebrek aan ervaren steun collega's Werken in acute zorg Niet genoeg tijd voor patiënten hebben
Schneider 2018 ³³	Zorg-professionals op de SEH	39 (1997-2017)	Factoren die samenhangen met <i>psychosociale werkgerelateerde factoren en mentale welbevinden</i>	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie Controle Positieve interacties met patiënten Sociale steun collega's/leidinggevende Sociale relaties op het werk (teamwork) Flexibiliteit in rooster Kwaliteit roosteraars en leiding Toereikend salaris Erkenning en waardering van leidinggevende Goede werkprocedures 	<ul style="list-style-type: none"> Geweld en aanranding (collega/patiënt) Hoge werkdruk Tijdsdruk Traumatiserende gebeurtenissen Personeelstekort Administratieve problemen Werk-privé conflicten Oneerlijke compensatie/beloning

Artikel	Populatie	Aantal studies	Doel & uitkomstmaat	Beschermende factoren	Vatbaar makende factoren
Lu 2012 ³⁸	Verpleegkundigen in ziekenhuizen	100 (1974-2011)	Factoren die samenhangen met <i>werktevredenheid</i> onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> Betrokkenheid bij de organisatie Cohesie onder collega's Team building door managers Routine Support onder collega's Goede relatie met collega's Autonomie Support van leidinggevende Mogelijkheid tot promotie Psychologische empowerment Goed ethisch klimaat 	<ul style="list-style-type: none"> Depressie Psychologische stress Werkstress (rolconflict; rolonduidelijkheid) Persoonlijke stress
Singh 2020 ³⁷	Academische verpleegkundigen	16 (2004-2018)	Factoren die samenhangen met <i>werkgerelateerde stress en burn-out</i> onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> Goede mentoren voor beginnende en jonge verpleegkundigen Weerbaarheidstraining voor beginnende verpleegkundigen Ondersteuning in collegiale relaties en terugdringen pesten Hulp voor professionele ontwikkeling Betere ondersteuning en middelen voor toenemende werkdruk Meer empowerment om werktevredenheid te verhogen 	<ul style="list-style-type: none"> Toenemende werkdruk Gebrek aan verbondenheid Niet autonoom Slechte relaties collega's door competitieve werksfeer Niet-zorgzame cultuur Gebrek aan onderwijsondersteuning Pesten Sociaal isolement Slecht werk-privé balans Hoge verwachtingen leidersrol Toxisch organisatieklimaat Rol ambiguïteit
Yu 2019 ⁴³	Verpleegkundigen in ziekenhuizen	38 (2000-2018)	Factoren die samenhangen met <i>veerkracht</i> onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> Coping vaardigheden Zelfvertrouwen Sociale support Werktevredenheid 	<ul style="list-style-type: none"> Stress Burn-out PTSS Pesten Vermoeidheid Angst Depressie

Artikel	Populatie	Aantal studies	Doel & uitkomstmaat	Beschermende factoren	Vatbaar makende factoren
Zhang 2020 ⁴⁶	Verpleegkundigen	10 (2011-2017)	Beschrijven van de ervaring van geweld op de werkvloer door patiënten, families en bezoekers en welke steun daarvoor nodig is	<ul style="list-style-type: none"> Factoren die beschermend zijn na het incident: Steun van familie en vrienden Empathische ondersteuning van collega's Ondersteuning en gezamenlijk meewerken aan voorkomen van geweldsincidenten (bijv. gelijke bejegening naar patiënten) Persoonlijke ondersteuning van managers Emotionele ondersteuning van managers Open en schuldvrije sfeer zodat het rapporteren van geweldsincidenten kan; ook ondersteuning vanuit werkplek bij vervolging (bewijsmateriaal verzamelen) Faciliteiten voor beveiliging (camera's; panieknop) Geweldspreventie trainingen 	<ul style="list-style-type: none"> Factoren die vatbaar maken na incident: Plagen Boosheid tegen collega's omdat zij het incident niet hadden voorkomen
Penconek 2021 ⁴²	Verpleegkundige managers	38 (1990-2019)	Factoren die samenhangen met werktevredenheid	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie Vermogen beslissingen te nemen voor verandering Sociale steun teamleden Teamcohesie (kwalitatieve relaties zowel met directie als verpleegkundigen) Strategieën om werkstress te verminderen 	

Artikel	Populatie	Aantal studies	Doel & uitkomstmaat	Beschermende factoren	Vatbaar makende factoren
Yaow 2020 ³⁶	Artsen in opleiding tot chirurg (AIOS)	19	Beschrijving geven van problemen op de werkvloer, zodat de opleiding verbetert kan worden.		<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan ervaring Autocratische leiderschapsstijl In interactie met collega AIOS, verpleegkundigen en geneeskundestudenten worden AIOS omschreven als egoïstisch, disrespectvol en het slecht behandelen van studenten Moeite met patiënt-communicatie: door vermoeidheid; gebrek aan geduld; slechte communicatievaardigheden Werk-privé balans: lange werkdagen; minder werkplezier; slecht gezinsleven; moeite met afsluiten van zorgen
Gillman 2015 ⁴⁴	Oncologie en palliatieve zorg verpleegkundigen in ziekenhuis of zorginstelling	20 (2007-2013)	Identificeren van persoonlijke en organisatie strategieën die coping en veerkracht in de doelgroep bevorderen	<p>Motivatie en ambitie om specialisme uit te voeren</p> <ul style="list-style-type: none"> Passie voor hoog kwalitatieve zorg Positieve kijk op het werk Bewuste connectie met patiënten <p><i>Persoonlijke coping strategieën:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Goede werk-privé balans Zelfzorg Emoties verwerken Stilstaan bij de dood (rituelen) Van ervaringen leren <p><i>Organisatie strategieën:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Informele steun faciliteren door het bouwen aan goede relaties binnen teams Sociale activiteiten Formele steun faciliteren middels delen van ervaringen 	

Artikel	Populatie	Aantal studies	Doel & uitkomstmaat	Beschermende factoren	Vatbaar makende factoren
Adams 2021 ⁴⁵	Verpleegkundigen op de intensive care unit	11 (2002-2019)	In kaart brengen van problemen op de werkvloer bij werken met geagiteerde patiënten	<ul style="list-style-type: none"> Gezonde en vertrouwende werksfeer Het geeft ook voldoening: het wordt gezien als kans om een connectie te maken met deze patiënten; spannend en inspirerend 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Blaming culture</i> (met als gevolg angst om fouten te maken) Gebrek aan steun van collega's doordat observaties niet serieus genomen worden (geeft gebrek aan macht/kracht) Hiërarchische/communicatieve problemen: gevoel dat klinische redenen van verpleegkundigen niet op waarde worden geschat door artsen; geeft morele distress
Jarden 2021 ⁴¹	Recentelijk afgestudeerde verpleegkundigen	34	Factoren die samenhangen met <i>welbevinden</i> en <i>mentale gezondheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> Structurele empowerment Loopbaantevredenheid Organisatorische commitment 	<ul style="list-style-type: none"> Onbeleeft collega's/leidinggevende Emotionele uitputting Stress Structurele vergelijkingsmodelleringen Ontkenning als coping strategie Gebrek aan middelen Onvoldoende positieve feedback Reactie van verpleegkundigen op persoonlijk leed
Dilig-Ruiz 2018 ³⁴	IC verpleegkundigen	61 (1981-2015)	Factoren die samenhangen met <i>werktevredenheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> Shift work (afwisseling van 8/12 uur diensten; dag- en nachtdiensten) Autonomie Voldoende personeel Teamgevoel en cohesie 	<ul style="list-style-type: none"> Werkstress Burn-out-emotionele uitputting

Bijlage 4.2 Lijst met aanbevelingen

Aanbevelingen n.a.v. uitgangsvraag 6: de werkomgeving van de zorgprofessional

1. Aanbevolen wordt om te streven naar een zorgzame werk- en leeromgeving waarin de kans op de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen zo klein mogelijk is. In een dergelijke zorgzame werk- en leeromgeving kan het bieden van opvang en nazorg, signaleren, monitoren en doorverwijzen naar professionele hulpverlening beter ingebed worden.

Door externe factoren is het ondanks inspanningen niet altijd mogelijk om een optimaal zorgzame werkomgeving te realiseren. Zo kan het in tijden van krapte op de arbeidsmarkt onmogelijk blijken voldoende bevoegd personeel te vinden en een gezond rooster te creëren. Dat laat onverlet dat alle onderstaande kenmerken van belang zijn voor het creëren van een optimaal zorgzame werkomgeving.

Een zorgzame werkomgeving heeft de volgende kenmerken:

- a) Er is erkenning voor de mentale impact van ingrijpende gebeurtenissen (ook meerdere ingrijpende gebeurtenissen achter elkaar) op het werk, zowel bij medewerkers, leidinggevenden, opleiders, als het bestuur en hoger management. Het hebben van mentale klachten is bespreekbaar en de impact ervan wordt niet gebagatelliseerd. De drempel tot het melden van een ingrijpende gebeurtenis is laag. Er wordt zowel emotionele als praktische steun geboden na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Geleerde lessen worden ingebed in preventieve trainingen. Er is ruimte en er zijn middelen om initiatieven uit te voeren ter bevordering van de veiligheid op het werk. Er is nazorg, er zijn opvanggesprekken en er wordt informatie gegeven over hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk. Tijdens plotselinge verandering van werkomstandigheden – bijvoorbeeld door een pandemie of een ramp – is er ondanks drukte voldoende aandacht en tijd voor psychosociale ondersteuning van zorgprofessionals en het team.
- b) Er is sociale steun op het werk. Dit uit zich in wederzijdse empathie, betrokkenheid, waardering en erkenning.
- c) Er is een open, vertrouwende en lerende cultuur. Men voorziet elkaar van constructieve feedback, is bereid om van elkaar te leren en heeft daartoe de ruimte onder werktijd.

- d) Er is duidelijkheid over de rol die ieder vervult (*teamwork*), de taakverdeling is efficiënt, er zijn duidelijke werkprocedures en er is samenwerking tussen verschillende disciplines. Het team heeft een sterke teamidentiteit (sociale cohesie) en er is een mix van kwaliteiten en ervaring in het team. Beginnende, nieuwe, in opleiding zijnde en/of jonge zorgprofessionals worden ondersteund door mentoren, supervisors, collega's en zorgvuldige inwerkprocedures (*onboarding*). Zij worden ingewerkt op zowel taken als sociale cohesie op het werk.
- e) Alle medewerkers in de organisatie (medewerkers, studenten, stagiaires, opleiders, leidinggevenden, afdelingshoofden, management, raad van bestuur enzovoort) ervaren gezamenlijke verantwoordelijkheid om een dergelijke zorgzame werkomgeving met elkaar te creëren en te behouden.
- f) Er is erkenning voor hoge werkeisen die aan zorgprofessionals worden gesteld. Er is duidelijkheid over normstelling ten aanzien van werk- en leerprestaties. Doorgaans krijgt een zorgprofessional namelijk te maken met prestatiegerichte doelstellingen, hoge verwachtingen, een grote verantwoordelijkheid, hoge communicatiebelasting (multitasking en vaak onderbroken worden in het werk), emotionele belasting en werken onder tijdsdruk.
- g) Zorgprofessionals ervaren werkplezier. Daarbij is zingeving ervaren en betekenis halen uit werken in de zorg van belang. De zorgprofessionals hebben mogelijkheden om zich professioneel te ontwikkelen en intellectuele voldoening te halen uit het werk. Werkplezier kan gestimuleerd worden door het kunnen leveren van hoogkwalitatieve zorg, ethisch verantwoord handelen, voldoende tijd hebben per patiënt, het ervaren van autonomie en controle over het werk.
- h) De werkplek is aantrekkelijk. De fysieke omstandigheden van de werkomgeving voldoen aan Arbo-eisen, bijvoorbeeld voldoende daglicht. Er zijn adequate faciliteiten en voorzieningen voor zorgprofessionals om te pauzeren.
- i) Er is sprake van een gezond rooster waarbij er balans is tussen formatie en productie en waarbij voldoende pauze en herstel structureel is ingepland in alle diensten (zie bijvoorbeeld Nachtwerk en gezondheid⁶ en Leidraad voor hersteltijd op het werk^{9, 10}).
- j) Er is een goede werk-privébalans voor zorgprofessionals. Indien nodig wordt er ruimte geboden voor emotionele verwerking van ingrijpende gebeurtenissen op het werk.
- k) Er is een zo laag mogelijke administratiedruk. Zorgprofessionals worden zoveel mogelijk ontzien van administratieve taken en oneigenlijke (neven)taken.

- l) Er wordt binnen de beschikbare (financiële) middelen een passend salaris, goede arbeidsvooruitzichten, mogelijkheden tot bijscholing en ondersteuning bij loopbaanontwikkeling geboden.

Aanbevelingen n.a.v. uitgangsvraag 7: preventie en organisatiestrategieën

- 2. Naast zorgdragen voor een zorgzame werkomgeving (zie aanbeveling 1) is het van belang dat er strategieën worden ingebed in de organisatie ter bevordering van mentale veerkracht en welbevinden van de zorgprofessionals, opdat de kans op negatieve consequenties van ingrijpende gebeurtenissen wordt verkleind. Voorbeelden van strategieën zijn:
 - a) Ondersteuning bieden om veilig en gezond te kunnen werken. Voor het bevorderen van veilig en gezond werken, worden de volgende manieren van ondersteuning aanbevolen:
 - psycho-informatie op het gebied van veerkracht, stressbeheersing en zelfzorg;
 - psycho-informatie om de zorgprofessionals kennis bij te brengen over hoe men zou moeten handelen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk:
 - wat te doen (en te laten) tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis op het werk;
 - welke reacties normaal zijn en wanneer extra ondersteuning geïndiceerd is;
 - welke ondersteuning waar te vinden is indien nodig;
 - promoten van gezond gedrag, zoals gezonde voeding, goed slapen, fysiek actief zijn en fysieke ontspanning;
 - interventies voor stressbeheersing, zoals op mindfulness gebaseerde interventies (MBI) en acceptance and commitment therapy (ACT);
 - groepsintervisie en ethische reflectie om met collega's te reflecteren op wat goede zorg is en daarmee (morele) stress te verminderen en samenwerking en werkplezier te bevorderen.
 - b) Regelmatig een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en preventief medisch onderzoek (PMO) aanbieden bij zorgprofessionals op het gebied van psychosociale arbeidsfactoren, leefstijl en zelfzorg. Dit kan bijdragen aan het vroegtijdig signaleren van de ontwikkeling van stressgerelateerde klachten en/of werkuitval bij ingrijpende gebeurtenissen. Zie ook Leidraad PMO¹¹.
 - c) Volgen van de richtlijnen voor het bewerkstelligen van *Safety culture*. Dit is een gestructureerde manier van omgaan met patiëntveiligheidsincidenten gericht op het

aanleren van nieuwe coping strategieën en het bevorderen van individuele veerkracht van de zorgprofessional, binnen een veilige werkcultuur waarbij men kan leren van elkaar.

- d) Een duidelijke en consistente organisatorische benadering voor het omgaan met ongewenst gedrag op de werkvloer organiseren. Daartoe wordt aangeraden om richtlijnen te volgen voor het omgaan met storend gedrag op de werkvloer, zoals Actieplan Veilig werken in de zorg⁶ en Richtlijn Agressie en Geweld¹².
 - e) Het organiseren van collegiale ondersteuning, waarbij (speciaal hiervoor opgeleide) collega's worden ingezet om te ondersteunen bij ingrijpende gebeurtenissen. Georganiseerde collegiale ondersteuning kan het sociale netwerk mobiliseren, draagt bij aan een open sfeer, vergemakkelijkt het vinden van professionele hulpverlening indien nodig en voorziet in een belangrijke signalerings- en doorverwijsfunctie.
 - f) Indien collegiale ondersteuning niet voldoende blijkt te zijn, moet het mogelijk zijn om laagdrempelig verwezen te worden naar professionele psychologische hulpverlening. Conform de Arbowet kunnen Arbo professionals laagdrempelig ondersteuning bieden voordat professionele hulpverlening wordt ingezet.
3. Voor alle bovenstaande strategieën is in het algemeen van belang dat ondersteuningsdiensten laagdrempelig en snel toegankelijk zijn. Het moet dus duidelijk zijn welk aanbod er is en hoe men er gebruik van kan maken. De hele organisatie is actief betrokken bij de implementatie van ondersteuningsdiensten, dus zowel medewerkers, leidinggevend, opleiders als het bestuur en hoger management. Het is van belang dat interventies en ondersteuningsdiensten aansluiten bij de specifieke kenmerken van de werksetting.

Aanbevelingen n.a.v. uitgangsvragen 8 t/m 12: georganiseerde collegiale ondersteuning

4. Als basis voor de organisatie van collegiale ondersteuning wordt aangeraden om informele collegiale ondersteuning te bewerkstelligen op de werkvloer zoals check-in/ check-out gesprekken tijdens shiftwisseling en vragen hoe het met collega's is. Daartoe kunnen collega's gekoppeld worden (buddy's).
5. Bij ingrijpende gebeurtenissen wordt aanbevolen om georganiseerde collegiale ondersteuning aan te bieden aan collega's. Collegiaal ondersteuners zijn getraind in het geven van ondersteuning en hebben kennis tot waar hun ondersteuning gaat en wanneer te adviseren om door te verwijzen naar professionele hulpverlening.
6. Na een ingrijpende gebeurtenis wordt multidisciplinaire nabespreking (operationele debriefing) aangeraden voor alle zorgprofessionals die betrokken zijn geweest bij een ingrijpende gebeurtenis. Het wordt echter afgeraden om kort na een incident op 'actieve' wijze de gevoelens en emoties uit te vragen (zoals bij psychologische debriefing), want dit kan psychosociale gevolgen verergeren.
7. In het kader van collegiale ondersteuning, blijkt uit de zorgpraktijk dat de volgende interventies helpend en waardevol zijn in het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen:
 - peer support
 - moreel beraad
 - intervisie
 - operationele debriefing (multidisciplinaire nabespreking)
 - buddy systeem
 - collegiaal netwerk
8. Collegiale ondersteuning kan in vier stappen worden uitgevoerd:
 - a) constateren blootstelling of andere aanleiding;
 - b) inroepen/aanwijzen collegiaal ondersteuner;
 - c) ondersteunen van collega('s);
 - d) (indien nodig) advies tot doorverwijzing.
9. De ondersteuning van collega's vindt plaats in drie gesprekken. Het eerste gesprek vindt kort na de ingrijpende gebeurtenis plaats, gevolgd door een tweede en derde gesprek om het welbevinden te monitoren. Afhankelijk van de situatie (zoals type ingrijpende gebeurtenis en werksetting), wordt de timing van het tweede en derde gesprek gekozen.

10. De projectgroep beveelt aan dat bij psychosociale/collegiale ondersteuning na een ingrijpende gebeurtenis aandacht gegeven dient te worden aan:

- bieden van praktische hulp;
- stimuleren van een gezonde verwerking (bevorderen van zelfredzaamheid);
- vroegtijdig signaleren en tijdig doorgeleiden;
- bijdragen aan het monitoren van het proces van verwerking;
- aandacht schenken aan het sociale netwerk en;
- aandacht schenken aan eventuele negatieve reacties uit de omgeving.

Deze taken kunnen per branche worden aangevuld met specifieke aandachtspunten.

11. De volgende verdeling van rollen en taken wordt aanbevolen op het gebied van psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen:

- **De rol van de zorgprofessional.** Iedere zorgprofessional heeft een eigen verantwoordelijkheid om zijn/haar inzetbaarheid in stand te houden. Niet alleen door de kennis- en beroepsvaardigheden op peil te houden maar ook door de eigen gezondheid en psychische gesteldheid in de gaten te houden en zo nodig hulp te zoeken. De zorgprofessional wordt met enige regelmaat gewezen op het belang en de mogelijkheden van de beschikbare hulp.
- **De rol van de organisatie/het management.** In de ondersteuning van zorgprofessionals speelt de organisatie een zeer belangrijke rol. Het management heeft de volgende taken:
 - zorgdragen voor naleving van beleid voor optimale psychosociale ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen en daar zelf een voorbeeldfunctie in vervullen;
 - creëren van een zorgzame werkomgeving;
 - faciliteren van preventie- en organisatiestrategieën voor het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen;
 - kenbaar maken van preventie- en organisatiestrategieën aan de zorgprofessionals en leidinggevendenden, zodat deze laagdrempelig en snel toegankelijk zijn (duidelijk welk aanbod er is en hoe men er gebruik van kan maken);
 - faciliteren van voorlichting en training op het gebied van psychosociale ondersteuning in alle lagen van de organisatie;
 - beleggen van de coördinerende taak en monitoren en evalueren van collegiale ondersteuningsactiviteiten; idealiter wordt deze taak bij één persoon belegd, waarbij rekening gehouden wordt met het borgen van de continuïteit van deze taak.
- **De rol van de leidinggevende, coördinator of opleider.** Deze persoon heeft een voorbeeldfunctie als het gaat om het creëren van een zorgzame werkomgeving. Deze persoon heeft ook een zeer belangrijke taak in het monitoren van de zorgprofessional en wijst de zorgprofessional met enige regelmaat op de mogelijkheden van beschikbare hulp. Het monitoren is van groot belang ten aanzien van uitgestelde (lange termijn) reacties en de effecten van een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen.

Daarom wordt het aangeraden dat deze persoon op de hoogte is van het welzijn van de zorgprofessional na een ingrijpende gebeurtenis. Echter, om collegiale ondersteuning laagdrempelig te houden, is het van belang dat de collegiaal ondersteuner en zorgprofessional afspreken wat wel en niet wordt doorgegeven aan de leidinggevende. Elke organisatie werkt nader uit hoe om te gaan met het waarborgen van privacy en vertrouwelijkheid, zowel bij doorgeleiding naar professionele hulpverlening als bij registratie en evaluatie.

12. Het is van belang om tijdig de noodzaak van de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning te constateren. Collegiale ondersteuning wordt aangeboden indien sprake is van een ingrijpende gebeurtenis en een lijst van gebeurtenissen kan naar eigen inzicht ingevuld worden.

13. De inzet van een collegiaal ondersteuner kan op aanvraag van de getroffen zorgprofessional of diens collega, leidinggevende of coördinator. Daarnaast is proactief benaderen van de zorgprofessional gewenst, om de drempel tot ondersteuning te verlagen.

14. Het blijkt uit de praktijk dat ondersteuning van collega's bij ingrijpende gebeurtenissen werkt, omdat collega's elkaar onderling snel begrijpen en ervaringen herkennen. Het hebben van ervaring met werken in de zorg is daarom gewenst.

15. In de training van collegiaal ondersteuner dient aandacht te zijn voor gesprekstechnische vaardigheden (individueel en in groepsverband), basiskennis van psychotrauma, ingrijpende gebeurtenissen en de gevolgen ervan en het kunnen herkennen van problemen in verwerking.

16. In de training kunnen voorbeeldvragen worden geboden die de collegiaal ondersteuner kan gebruiken in de ondersteunende gesprekken. Ook dient de collegiaal ondersteuner te weten tot waar zijn/haar hulp reikt en wanneer hij/zij de getroffene adviseert om doorverwezen te worden naar professionele hulpverlening.

17. Competenties die van belang zijn voor leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning en die (multidisciplinair) in de opleiding aan bod dienen te komen, zijn:

- communicatieve vaardigheden;
- goed kunnen luisteren;
- invoelend vermogen;
- zelfstandigheid;
- betrouwbaarheid.

Aanbevelingen n.a.v. uitgangsvragen 13 en 14: signalering, monitoring en nazorg

18. Het signaleren van klachten na ingrijpende gebeurtenissen komt neer op het in de gaten houden van de zorgprofessional: vraag regelmatig hoe het gaat. De leidinggevende, coördinator of opleider heeft een zeer belangrijke taak in het signaleren van klachten bij de zorgprofessional. Daarnaast hebben collega's onderling een belangrijke monitorende functie. Signalering vindt niet alleen plaats na ingrijpende gebeurtenissen, maar is ingebed in de dagelijkse routine. Informele collegiale ondersteuning vindt plaats door bijvoorbeeld check-in en check-out gesprekken te voeren tijdens de shiftwisseling. Daarnaast kan de ondersteuning plaatsvinden door het signaleren en monitoren een onderdeel te laten zijn van werkoverleggen of jaargesprekken met de leidinggevende of coördinator.
19. Houd rekening met behoefte aan privacy van de getroffen(e). Gesprekken met als doel het vroegsignaleren van klachten moeten in vertrouwen gevoerd kunnen worden.
20. Leidinggevend(e) dienen een zeker kennis- en vaardigheidsniveau te hebben voor de signalering van psychosociale problemen bij zorgprofessionals na ingrijpende gebeurtenissen. Dit kennis- en vaardigheidsniveau omvat ten minste de volgende aspecten:
 - kennis van de effecten van het meemaken van een traumatische gebeurtenis op de persoon en diens sociale context;
 - kennis van het verloop van het verwerkingsproces;
 - kennis van beïnvloedende factoren op het verwerkingsproces;
 - kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
 - kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim;
 - kennis van praktische en sociale ondersteuning;
 - kennis van nut en eventuele noodzaak tot aanpassen van de werkzaamheden;
 - kennis van het organisatie-typische hulpverleningscircuit;
 - kennis van de taken, organisatie en werkwijze van de collegiale ondersteuning en de wijze waarop deze in te schakelen is;
 - kennis van negatieve bijverschijnselen van ingrijpende gebeurtenissen, media-aandacht en na-onderzoeken, zoals evaluatieonderzoeken en intern onderzoek;
 - vaardigheid om vroegtijdig psychosociale problemen te signaleren (ook bij het team);
 - vaardigheid om de zorgprofessional te ondersteunen en;
 - vaardigheid om bij psychosociale problematiek met de zorgprofessional in gesprek te gaan om hem/haar te motiveren tot het zoeken van professionele hulpverlening.

21. Het wordt aanbevolen om de coördinator van collegiale ondersteuning training te geven in het aansturen van collegiale ondersteuning.
22. De leidinggevende, coördinator of opleider heeft zicht op het welbevinden van de zorgprofessionals en het team. Daarnaast heeft deze ook zicht op het welzijn van de collegiaal ondersteuners, nadat zij zijn ingezet om te ondersteunen. Dit alles met inachtneming en het waarborgen van privacy en vertrouwelijkheid.

Aanbevelingen n.a.v. uitgangsvraag 15: evaluatie collegiale opvang

23. In het kader van kwaliteitsverbetering wordt de aangeboden zorg geëvalueerd.
24. De projectgroep beveelt aan dat de taak van coördinatie, monitoring en evaluatie van activiteiten van collegiale ondersteuning wordt vastgelegd door de organisatie. Idealiter wordt deze taak bij één persoon neergelegd (rekening houdend met het borgen van de continuïteit van deze taak).
25. Tot de coördinatie van de collegiale ondersteuning behoren de volgende taken:
 - toezicht op de aansturing van collegiale ondersteuning;
 - toezicht op en verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van collegiale ondersteuning;
 - coaching van de collegiale ondersteuners;
 - faciliteren van werkzaamheden voor collegiale ondersteuning;
 - ondersteunen van werving van collegiale ondersteuners;
 - afstemming en onderhoud van contacten met andere relevante partners in het veld;
 - organisatie van het opleiden van de collegiale ondersteuners;
 - garanderen van de bereikbaarheid van de collegiale ondersteuning;
 - periodieke monitoring en evaluatie van de inzet van collegiale ondersteuning;
 - periodieke verslaglegging over het bovenstaande binnen de organisatie;
 - duidelijke afspraken maken tussen de coördinator en het management om bovenstaande te realiseren.
26. In een opleidingssituatie heeft de opleider op de werkplek, naast contact met de zorgprofessional in opleiding, nauw contact met de leidinggevende/coördinator van de zorgprofessional in opleiding en de opleider van de onderwijsinstelling.
27. De projectgroep beveelt aan dat, indien er een registratiesysteem wordt opgezet ten dienste van de collegiale ondersteuning, dit gebeurt met zorgvuldige privacyregelingen. Buiten de context van collegiale ondersteuning mag geen gebruik worden gemaakt van (de informatie over individuele personen in) een dergelijk systeem.

Aanbevelingen n.a.v. uitgangsvragen 16 t/m 18: inzet professionele hulp

28. Indien een zorgprofessional na de ingrijpende gebeurtenis een verontrustende hoeveelheid van onderstaande (zie aanbeveling 29) aanwijzingen en signalen vertoont, wordt hem of haar geadviseerd contact op te nemen met professionele hulpverlening met deskundigheid op traumagebied. Zeker indien deze vier tot zes weken na de ingrijpende gebeurtenis nog steeds aanwezig zijn. Ook in geval van twijfel wordt de zorgprofessional geadviseerd contact op te nemen met professionele hulpverleners. De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het inschakelen van professionele hulp; de collegiaal ondersteuner is enkel adviserend hierin. Arbo professionals hebben hierin ook een proactieve rol; zij kunnen laagdrempelig ondersteuning bieden en indien nodig doorgeleiden naar professionele hulpverlening.
29. Onderstaande punten zijn aanwijzingen/signalen van een onvolledige verwerking die mondeling besproken en nagelopen worden tijdens een gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning:
- verontrustende herinneringen hebben aan of dromen over de gebeurtenis;
 - overstuur raken van herinneringen;
 - lichamelijke stressreacties hebben;
 - vermijdingsgedrag;
 - verzuim;
 - slaapproblemen;
 - verhoogde prikkelbaarheid of agressieregulatie problemen (kort lontje);
 - onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;
 - stemmingsverandering, sombere stemming;
 - concentratieproblemen;
 - toegenomen alcohol- en/of middelengebruik;
 - functioneringsproblemen (werk en privé);
 - schuld en schaamte.
30. In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een ingrijpende gebeurtenis drie groepen onderscheiden worden: 1) een groep die geen klachten ontwikkelt, 2) een groep die mogelijk klachten ontwikkelt en 3) een groep die signalen vertoont die duiden op een verstoorde verwerking (en die na signalering van de klachten worden doorverwezen). Binnen de collegiale ondersteuning is het besef dat de eerste groep (personen zonder klachten) het grootst is. De collegiale ondersteuning richt zich in haar werkzaamheden met name op de laatste twee groepen.

31. Professionele hulpverlening wordt vanuit de werkgever aangeboden, meestal via Arbo professionals. Aanbieden kan bijvoorbeeld in de vorm van een providerboog met vaste partners die gericht zijn op de professionele hulpverlening en een korte doorlooptijd na aanmelding hebben.
32. De organisatie heeft een protocol rondom doorgeleiding van zorgprofessionals naar professionele hulpverleners. De georganiseerde collegiale ondersteuning, coördinatoren, leidinggevenden en opleiders hebben daar kennis van. De collegiaal ondersteuner heeft een proactieve rol in het adviseren om door te verwijzen, indien deze hier indicaties voor signaleert tijdens de gesprekken. De leidinggevende en de Arbo professionals hebben hierin ook een proactieve rol.
33. Voor de zorgprofessional is duidelijke informatie voorhanden over wat de professionele hulp inhoudt. Ook is duidelijk voor de zorgprofessional hoe deze hulp verkregen kan worden. Het is mogelijk om zowel binnen als buiten de organisatie professionele hulp te krijgen, zodat de zorgprofessional de keuze heeft om met gepaste afstand tot de werkvloer en met zekere anonimiteit zorg te krijgen indien hier behoefte aan is. De contracten met professionele zorgverleners hiertoe zijn geregeld.
34. De collegiaal ondersteuner ondersteunt de zorgprofessional en signaleert eventuele problemen in verwerking, maar is geen behandelaar. De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het inschakelen van professionele hulp; de collegiaal ondersteuner is enkel adviserend hierin. Arbo professionals kunnen laagdrempelig ondersteuning bieden en indien nodig doorgeleiden naar (meer) professionele hulpverlening.
35. Tussen het lid van de collegiale ondersteuning en de zorgprofessional dient nooit sprake te zijn van een behandelrelatie. De collegiaal ondersteuner ondersteunt de getroffene en signaleert eventuele problemen in verwerking, maar is geen behandelaar.
36. De organisatie betreft de bedrijfsarts proactief bij welke zorg effectief is bij stress-gerelateerde klachten bij ingrijpende gebeurtenissen. Arbo professionals en andere professionele hulpverleners werken volgens de meest recente professionele richtlijnen op het gebied van professionele hulpverlening bij werkgerelateerde gezondheidsklachten, bijvoorbeeld:
- NVAB-richtlijnen, zoals Agressie en Geweld, Werk-Privé Balans, Werkdruk, Psychische problemen, Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts^{13,14};
 - NICE-richtlijn bij posttraumatische stressstoornis¹⁵ over het herkennen, diagnosticeren en behandelen van PTSS bij kinderen, jonge mensen en volwassenen.

Bijlage 5. Verslag bruikbaarheids- testen

Bijlage 5. Verslag bruikbaarheidstesten

Verslag Bruikbaarheidstest 1

Datum: 3 oktober 2022 | Online groepsinterview

Aanwezigen:

Vertegenwoordigers van de VAR (verpleegkundige adviesraad) en het regieteam psychosociale ondersteuning van topklinisch ziekenhuis:

- Algemeen verpleegkundige
- Leidinggevende HR-team, regiegroep zorg voor personeel
- GZ-psycholoog en psychotherapeut Kind & Jeugd, projectgroeplid namens medisch psychologen
- Anesthesie verpleegkundige
- Verpleegkundige acute opname
- VAR-lid, intensive care verpleegkundige & acute zorg

Ingebrachte casussen voor bespreking richtlijn:

- Als het niet goed gaat met een afdeling of team, wanneer zet je ondersteuning in? Zorgprofessionals geven aan dat anderen in het team hulp nodig hebben, maar zichzelf niet.
- Tijdens de coronacrisis was er een casus waarbij er sterke verbale bedreiging was richting verschillende teamleden door een naaste van een patiënt. Dit schaadde het hele team en leidde tot angst en twijfel, bijvoorbeeld over waarom het voorval je zo raakt en of je wel geschikt bent voor dit werk.

Opmerkingen in reactie op de aanbevelingen uit de concept richtlijntekst:

- Een goede werk-privébalans aanhouden is lastig met groepswhatsapp's waarin collega's diensten proberen te ruilen of een dienst van een zieke collega proberen op te vangen. Dit bereikt zorgprofessionals privé. In de projectgroep werd het belang van onbereikbaar kunnen zijn ook benoemd.
- Roosteren is een uitdaging op dit moment, omdat er niet genoeg personeel is en omdat het personeel dat er is soms gewoon niet meer kan (uitgeput is).
- In de toekomst zal er meer zorg nodig zijn dan dat er personeel is, ook dat geeft druk.
- Het tekort aan personeel zorgt voor problemen in veel van de factoren die benoemd worden als beschermende factoren, zoals arbeidsvoorwaarden en arbeidsvooruitzichten. Hier wordt ook nog aan toegevoegd dat er grote verschillen zijn tussen universiteiten en privéklinieken. In privéklinieken zijn de arbeidsvoorwaarden veel beter, maar het werk is naar eigen zeggen

minder leuk: in het ziekenhuis heb je je hechte team. ZZP'ers verdienen meer geld voor hetzelfde werk, dus 'goede arbeidsvoorwaarden' kan frustratie opwekken bij zorgprofessionals. De conclusie is dat goede arbeidsvoorwaarden wel genoemd moeten worden, zodat leidinggevendenden/management en zorgprofessionals hierover het gesprek aan kunnen gaan.

- Er wordt gevraagd of er rekening is gehouden met de vermoeidheid van zorgprofessionals na de coronacrisis. We verwachten in het najaar een nieuwe piek in het aantal besmettingen. Zorgprofessionals weten dat ze binnenkort weer de confrontatie aan moeten gaan over wanneer een mondkapje te moeten dragen, etc. Daarnaast zijn de regels in het ziekenhuis anders dan in de maatschappij (bijvoorbeeld op een festival geen mondkapjes, maar in de spreekkamer wel), waardoor wrijving ontstaat.
- Er wordt toegevoegd dat als er niet voldaan kan worden aan de voorwaarde van voldoende personeel, de organisatie er ook rekening mee moet houden dat dit een effect heeft op de mentale gezondheid van medewerkers.
- Er is op dit moment geen lijst van incidenten waarna ondersteuning aangeboden zou moeten worden, maar er is wel bekend in dit ziekenhuis dat collega's op elkaar letten. Deze lijst blijkt er binnenkort te komen.
- Een lijst met signalen die erop wijzen dat er ondersteuning ingezet zou moeten worden – los van een incident – zou helpen om ondersteuning laagdrempeliger te maken. Dan is het gelegitimeerd om ondersteuning aan te vragen. De medisch psycholoog benoemt daarbij dat je niet te snel hulp moet aanbieden en ook kunt vertrouwen op ieders eigen veerkracht.
- Er zijn debriefings en er is verdere ondersteuning mogelijk als je er als team niet uitkomt. Niet iedereen is van deze route op de hoogte.
- Bij sluimerende werkdruk is het lastig om bij jezelf te signaleren dat het niet meer gaat. Zorgprofessionals geven aan dat ze gebruik zouden willen maken van een peer supporter, als die er zou zijn op hun afdeling.
- Wat betreft de leidinggevende geeft een zorgprofessional aan dat het moeilijk is om hulp te krijgen of te vragen als je geen goede relatie hebt met je leidinggevende. Je hebt dan meer aan een directe collega. Die staat dichterbij en de drempel tot een gesprek is dan lager. Bovendien zijn leidinggevendenden vaak druk en zijn zij moeilijk bereikbaar doordat ze veel aan het vergaderen zijn. Omdat zorgprofessionals flexibel inzetbaar zijn, raken zij het directe contact en de connectie met hun eigen leidinggevende of teamleider kwijt.
- Er wordt toegevoegd dat de leidinggevende een beschermende rol moet hebben wat betreft een veilig klimaat. En dat leidinggevendenden meer vrijgemaakt moeten worden om contact te houden met de werkvloer (verkleinen van de span of support).
- Er ontbreekt nog informatie over hoe je kan helpen om PTSS te voorkomen. Bij de politie bleek dat juist diegenen die geen taak hadden tijdens een incident (zoals opleidingen) extra veel kans hadden op het ontwikkelen van PTSS.
- Er wordt ook gevraagd of deze richtlijn ergens duidelijk en makkelijk beschikbaar komt voor iedereen, zodat zorgprofessionals (als het niet zo goed met ze gaat) deze makkelijk kunnen vinden.

Naar aanleiding van deze bruikbaarheidstest zijn de volgende aanpassingen gemaakt:

- Psycho-informatie over hoe te handelen bij en na ingrijpende gebeurtenissen is toegevoegd.
- De rol van de leidinggevende als ondersteuner, monitor en rolmodel is opgenomen in de richtlijn.
- De richtlijn zal gedrukt worden en in zijn geheel openbaar digitaal beschikbaar worden gesteld.

Verslag Bruikbaarheidstest 2

Datum: 11 oktober 2022 | Online groepsinterview

Aanwezigen:

Vertegenwoordigers vanuit een grote zorginstelling in de thuiszorg, verpleeghuiszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en Jeugd en Revalidatie in de Randstad:

- Programmamanager duurzame inzetbaarheid
- HR-manager
- Ondersteuningsteam
- Manager team vitaliteit en verzuim

Ingebrachte casussen voor bespreking richtlijn:

- Geweldsincidenten, seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Een van de begeleiders was tot 's avonds laat aan het werk. Toen kwam er een familielid van cliënt aan de deur. Voelde intimiderend.
- Een jonge medewerker die voor het eerst 's nachts alleen moest reanimeren.
- Veel cliënten overleden door corona, zeven personen in een nacht.
- Leiding/opdrachtgever wil wegens financiële redenen dat collega opeens op andere tijden gaat werken (rooster).
- Cliënt heeft medewerker neergestoken.
- Medewerkers willen de organisatie aansprakelijk stellen voor blootstelling aan het coronavirus. Er werden veel documenten opgevraagd door verzekeringsmaatschappijen. Een dergelijke procedure tast het gevoel van veiligheid aan. Dit heeft invloed, ook op toekomstige bedrijfsvoering.

Opmerkingen in reactie op de aanbevelingen uit de concept richtlijntekst:

- Een kenmerk van een zorgzame werkomgeving dat nog ontbreekt, is het goed omgaan met angst om dingen fout te doen of te missen. Er wordt echter geconcludeerd dat dit kan vallen onder 'open, vertrouwend en lerende cultuur'.
- Het belang van de steun van de leidinggevende komt nu nog niet genoeg naar voren in

de richtlijntekst. De leidinggevende zit echter zelf ook in een lastige situatie waarin druk van beide kanten (het team en management) wordt gevoeld.

- Het is van belang dat zorgprofessionals weten waar ze terecht kunnen voor psychosociale ondersteuning. Welke ondersteuning is er en hoe komen ze daar terecht?
- De suggestie wordt gedaan om bij de zin 'bieden van interventies voor omgaan met werkdruk', dit laatste aan te passen naar werk in plaats van werkdruk. Daarnaast zouden organisaties naast de strategieën voor het omgaan met werkdruk ook focus moeten hebben op het voorkomen van die werkdruk.
- Er wordt aangegeven dat het organiseren van groepsintervisie belangrijk is en de voorkeur heeft op regelmatige basis plaats te vinden. Het volhouden van intervisie is lastig; veel zorgprofessionals gaan eerst over hun grenzen van belasting heen voordat ze dit als nuttig ervaren. Vaak trekken medewerkers pas aan de bel als er al sprake is van verzuim. Er wordt een drempel ervaren om steun te vragen.
- De kern van alles is bewustwording over hoe je als zorgprofessional zorgt dat je op de been blijft. Ook zijn veel incidenten voor hen onderdeel van het dagelijks werk. Het is dus van belang dat collega's onderling, maar ook leidinggevend, actief uitvragen hoe het met de zorgprofessional gaat. Stimuleer continu bewustzijn van en focus/aandacht op psychosociale ondersteuning.
- Er wordt opgemerkt dat de meldingscultuur ook heel belangrijk is. Veel incidenten of gebeurtenissen zijn niet bekend bij leidinggevend of het management of worden niet gemeld. Het moet duidelijk zijn waar de zorgprofessional terecht kan.
- Er wordt opgemerkt dat de rol van de bedrijfsarts een goede toevoeging is. Bij de organisatie is het nog niet voorgekomen dat de bedrijfsarts meedenkt met het beleid.

Naar aanleiding van deze bruikbaarheidstest zijn de volgende aanpassingen gemaakt:

- Steun direct van de leidinggevende is van belang. Er moet ook erkenning zijn voor de positie waar de leidinggevende in zit, namelijk tussen het team en het management.
- Van belang is om te weten wat het aanbod is aan psychosociale ondersteuning en hoe die te krijgen.
- Interventies voor 'omgaan met werkdruk' is aangepast naar 'ondersteuning bieden om veilig en gezond te werken'.

Bronvermelding

Bronvermelding

1. Te Brake H. Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises, Diemen. 2010.
2. Van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels, JA, Van Barneveld TA, Van der Weijden T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. 2014. doi:10.1007/978-90-368-0267-3.
3. Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen - 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. 2012. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/richtlijn-voor-richtlijnen>.
4. Gersons BPR, Olff M. Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. 2005. doi:10.1007/978-90-313-9340-4_1.
5. Bruggeman FZ, Te Brake H, Dijkhuis R, Van Dijk M, Buurman B, De Pagter APJ. Een hecht team als steun in tijd van crisis. TVZ. 2021;131(2):32-34. PMID: PMC8040011.
6. Ministerie van VWS. Actieplan Veilig Werken in de Zorg. 2012:1-17. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/03/22/actieplan-veilig-werken-in-de-zorg>.
7. Adviescommissie Werken in de Zorg. Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals. 2020:1-24. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/10/behoud-en-betrokkenheid-van-zorgprofessionals>.
8. Schoonhoven L, Trappenburg J, Bleijenberg N, Ten Cate D, De Lange W, De Man-van Ginkel J, Mathijssen E, Rieckert A, Schuit E, Smit L, Stalpers D, Veldhuizen J. Co-fit - Behoud van korte en lange termijn fysieke/mentale gezondheid en inzetbaarheid van zorgprofessionals blootgesteld aan Covid-19 crisis werkomstandigheden. 2020. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://www.lvmp.nl/wp-content/uploads/2020/04/Co-Fit.pdf>.
9. NVAB. Richtlijn nachtwerk en gezondheid - Richtlijn voor bedrijfsartsen. 2020:1-44. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-nvab/richtlijn-nachtwerk>.
10. ISMA. Leidraad werk en hersteltijd. 2021:1-32. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van https://stress-management-nl.org/?page_id=509%20en/of.
11. NVAB. PMO: Leidraad voor preventief medisch onderzoek van werkenden. 2013. Gevonden op 10 augustus 2022, van <https://nvab-online.nl/richtlijnen-en-kennis-documenten/procedurele-leidraden/leidraad-pmo>.
12. Rispens S, Taris T, Van den Bossche S, Gouw A, Gorissen-van der Rijt S, Dogger J, Tweehuysen H, Van de Velde C. Multidisciplinaire richtlijn Agressie en geweld in de werksituatie. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfspsychologie, Utrecht. 2013;1-13

13. Bastiaanssen MHH. Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2004;12:357–359. doi:10.1007/BF03074103
14. NVAB. Kennis & Richtlijnen. Geraadpleegd op 12 augustus 2022, van <https://nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB>.
15. NICE. Post-traumatic stress disorder NICE Guideline [NG116]. Geraadpleegd op 10 augustus 2022, van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
16. BMI-online search blocks. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://blocks.bmi-online.nl>.
17. Bramer WM, Giustini D, De Jonge GB, Holland L, Bekhuis T. De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. Journal of the Medical Library Association. 2016;104(3):240–3.
18. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews. 2016;5(1):210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4.
19. Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. Saf Health Work. Sep 2021;12(3):289–295. doi:10.1016/j.shaw.2021.04.004.
20. Dijkman L, Van Buschbach S. Collegiale opvang Het peer support-opvangmodel in het OLVG. A&I. 2018–12–10 2018;10(4).
21. NFU. Psychosociale Arbeidsbelasting, Arbocatalogus umc's. NFU-13.6410 versie 14 oktober 2013. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van https://www.dokterhoe.nl/fileadmin/user_upload/documents/agressie_en_geweld/psycho-sociale-arbeidsbelasting-arbocatalogus-umcs.pdf.
22. Medisch Centrum Haaglanden. Handreiking Buddy systeem voor artsen en verpleegkundigen in Coronatijd – let een beetje op elkaar. 2020. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van [https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Handreiking%20Buddy-systeem%20voor%20artsen%20en%20verpleegkundigen%20\(Haaglanden%20MC\).pdf](https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Handreiking%20Buddy-systeem%20voor%20artsen%20en%20verpleegkundigen%20(Haaglanden%20MC).pdf).
23. Van de Poel P. Ziekenhuis moet meer oog hebben voor traumatische stress bij artsen – Zorgvisie. 2021. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://www.zorgvisie.nl/ziekenhuis-moet-meer-oog-hebben-voor-traumatische-stress-bij-artsen>.
24. WHO Regional Office for Europe. Supporting the mental health and well-being of the health and care workforce. Technical documents. 2021. Geraadpleegd op 10 augustus 2022, van <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-2150-41905-57496>.
25. Stichting IZZ. Monitor Gezond Werken. 2022. Geraadpleegd op 10 augustus 2022, van <https://www.izz.nl/monitor-gezond-werken-de-zorg>.
26. Menco L, Bransen E, Van den Kieboom M, Nieuwenhuijsen K, Los F, Roseboom M. Leidraad Voorkómen van mentale klachten bij zorgmedewerkers. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2022;30(5), 25–28. doi:10.1007/s12498-022-1511-x.
27. Dückers MLA. Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. Diemen. 2014.
28. Van Nistelrooy I, Molewijk B, De Witte J, Delhaas J, Thalen J, Van Remmerden B. Handreiking implementatie en borging moreel beraad. Platform Moreel Beraad. Geraadpleegd 10 augustus 2022, van http://www.relief.nl/images/downloads/handreiking_implementatie_mei2010.pdf.
29. Van de Camp K, Dijkhoorn F, Brom L, Metselaar S. Kennissynthese – De evenwichtige zorgverlener in de palliatieve zorg. 2021. Geraadpleegd 10 augustus 2022, van https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthese_De_Evenwichtige_Zorgverlener_in_de_Palliatieve_Zorg.pdf.
30. RIVM. Impactvolle determinanten: Psychosociale Arbeidsbelasting. 2021. Geraadpleegd 8 juli 2022, van https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-07/LR_012065_131709_Factsheet%20arbeidsbelasting_V4.pdf.
31. Lawn S, Roberts L, Willis E, Couzner L, Mohammadi L, Goble E. The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: a systematic review of qualitative research. BMC Psychiatry. 2020;20(1):348. doi:10.1186/s12888-020-02752-4.
32. Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. Emergency Medicine Journal. 2017;34(7):441–447. doi:10.1136/emermed-2016-205827.
33. Schneider A, Weigl M. Associations between psychosocial work factors and provider mental well-being in emergency departments: A systematic review. PLoS ONE. 2018;13(6):e0197375. doi:10.1371/journal.pone.0197375.
34. Dilig-Ruiz A, MacDonald I, Demery Varin M, Vandyk A, Graham ID, Squires JE. Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2018;88:123–134. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014.
35. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bower P. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open. 2020;3(8):e2013761. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13761.
36. Yaow CYL, Mok HT, Ng CH, Devi MK, Iyer S, Chong CS. Difficulties Faced by General Surgery Residents. A Qualitative Systematic Review. Journal of Surgical Education. 2020;77(6):1396–1406. doi:10.1016/j.jsurg.2020.06.003.
37. Singh C, Cross W, Munro I, Jackson D. Occupational stress facing nurse academics – A mixed-methods systematic review. Journal of Clinical Nursing. 2020;29(5):720–735. doi:10.1111/jocn.15150.
38. Lu H, Barriball K, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2012;49(8):1017–1038. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009.
39. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. Journal of Health Psychology. 2017;22(1):51–67. doi:10.1177/1359105315595120.

40. Howard R, Kirkley C, Baylis N. Personal resilience in psychiatrists: Systematic review. *BJPsych Bulletin*. 2019;43(5):209-215. doi:10.1192/bjb.2019.12.
41. Jarden RJ, Jarden A, Weiland TJ, Taylor G, Bujalka H, Brockenshire N, Gerdtz MF. New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;121:103997 doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103997.
42. Penconek T, Tate K, Bernardes A, Lee S, Micaroni SPM, Balsanelli AP, de Moura AA, Cummings GG. Determinants of nurse manager job satisfaction: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021;6(118). doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103906.
43. Yu F, Raphael D, Mackay L, Smith M, King A. Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;93:129-140. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014.
44. Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports*. 2015;13(5):131-204. doi:10.11124/jbisrir-2015-1898.
45. Adams AMN, Chamberlain D, Gronkjaer M, Thorup CB, Conroy T. Caring for patients displaying agitated behaviours in the intensive care unit - A mixed-methods systematic review. *Australian Critical Care*. 2022;35(4):454-465. doi:10.1016/j.aucc.2021.05.011.
46. Zhang J, Zheng J, Cai Y, Zheng K, Liu X. Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;30(1-2):28-43. doi:10.1111/jocn.15492.
47. Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg D. Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*. 2015;40(3):254-271. doi:10.1097/HMR.000000000000026.
48. Di Nota PM, Bahji A, Groll D, Carleton RN, Anderson GS. Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 2021;10(1):126. doi:10.1186/s13643-021-01677-7.
49. Brand SL, Thompson Coon J, Fleming LE, Carroll L, Bethel A, Wyatt K. Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS ONE*. 2017;12(12):e0188418. doi:10.1371/journal.pone.0188418.
50. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(20):7645. doi:10.3390/ijerph17207645.
51. Bresesti I, Folgori L, De Bartolo P. Interventions to reduce occupational stress and burn out within neonatal intensive care units: a systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*. 2020;77(8):515-519. doi:10.1136/oemed-2019-106256.
52. Schildmann J, Nadolny S, Haltaufderheide J, Gysels M, Vollmann J, Bausewein C. Ethical case interventions for adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;7(7):CD012636. doi:10.1002/14651858.CD012636.pub2.
53. Ruiz-Fernandez MD, Ortiz-Amo R, Ortega-Galan AM, Ibanez-Masero O, Rodriguez-Salvador MDM, Ramos-Pichardo JD. Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;29(2):127-140. doi:10.1111/inm.12652.
54. Haggman-Laitila A, Romppanen J. Outcomes of interventions for nurse leaders' well-being at work: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(1):34-44. doi:10.1111/jan.13406.
55. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Systematic Reviews*. 2017;6(1):144. doi:10.1186/s13643-017-0526-3.
56. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 2020;17(20):7645. doi:10.3390/ijerph17207645.
57. Venegas CL, Nkangu MN, Duffy MC, Fergusson DA, Spilg EG. Interventions to improve resilience in physicians who have completed training: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019; 14(1):e0210512. doi:10.1371/journal.pone.0210512. Erratum in: *PLoS One*. 2019 Mar 28;14(3):e0214782.
58. Xu H, Kynoch K, Tuckett A, Eley R. Effectiveness of interventions to reduce emergency department staff occupational stress and/or burnout: A systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*. 2020;18(6):1156-1188. doi:10.11124/JBISIR-D-19-00252.
59. Duhoux A, Menear M, Charron M, Lavoie-Tremblay M, Alderson M. Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2017;25(8):597-607. doi:10.1111/jonm.12511.
60. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress & Health*. 2017;33(1):3-13. doi:10.1002/smi.2673.
61. Biber D. Mindful self-compassion for nurses: a systematic review. *Nursing Management*. 2021;14:14. doi:10.7748/nm.2021.e2028.
62. Dharmawardene M, Givens J, Wachholtz A, Makowski S, Tjia J. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ supportive & palliative care*. 2016;6(2):160-169. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000819.
63. O'Driscoll M, Byrne S, Mc Gillicuddy A, Lambert S, Sahm LJ. The effects of mindfulness-based interventions for health and social care undergraduate students - a systematic review of the literature. *Psychology Health & Medicine*. 2017;22(7):851-865. doi:10.10

- 80/13548506.2017.1280178.
64. Alkhaldeh JFMA, Soh KL, Mukhtar FBM, Ooi CP. Effectiveness of stress management interventional programme on occupational stress for nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(2):209-220. doi:10.1111/jonm.12938.
 65. Khan S, Jung F, Kirubarajan A, Karim K, Scheer A, Simpson J. A Systematic Review of Interventions to Improve Humanism in Surgical Practice. *Journal of Surgical Education*. 2021;78(2):548-560. doi:10.1016/j.jsurg.2020.07.032.
 66. Kriakous SA, Elliott KA, Lamers C, Owen R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review. *Mindfulness*. 2021;12(1):1-28. doi:10.1007/s12671-020-01500-9.
 67. Lomas T, Medina JC, Ivtzan I, Rupprecht S, Eiroa-Orosa FJ. A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;74(3):319-355. doi:10.1002/jclp.22515.
 68. Tement S, Ketis ZK, Mirosevic S, Selic-Zupancic P. The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness (PIM) on Empathy, Well-Being, and Reduction of Burnout in Physicians: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 2021;18(21):11181. doi:10.3390/ijerph182111181.
 69. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(5):1017-1034. doi:10.1111/jan.13176.
 70. Eskander J, Rajaguru PP, Greenberg PB. Evaluating Wellness Interventions for Resident Physicians: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*. 2021;13(1):58-69. doi:10.4300/JGME-D-20-00359.1.
 71. Reeve A, Tickle A, Moghaddam N. Are acceptance and commitment therapy-based interventions effective for reducing burnout in direct-care staff? A systematic review and meta-analysis. *Mental Health Review Journal*. 2018;23(3):131-155. doi:10.1108/MHRJ-11-2017-0052.
 72. Prudenzi A, Graham CD, Clancy F, Hill D, O'Driscoll R, Day F, O'Connor DB. Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;295:192-202. doi:10.1016/j.jad.2021.07.084.
 73. Edwards D, Burnard P. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42(2):169-200. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02600.x.
 74. Zhang M, Murphy B, Cabanilla A, Yidi C. Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health*. 2021;63(1):e12243. doi:10.1002/1348-9585.12243.
 75. Cocchiara RA, Peruzzo M, Mannocci A, et al. The Use of Yoga to Manage Stress and Burnout in Healthcare Workers: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(3):26. doi:10.3390/jcm8030284.
 76. Cocchiara RA, Dorelli B, Gholamalishahi S, et al. Tai Chi and Workplace Wellness for Health Care Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 2020;17(1):03. doi:10.3390/ijerph17010343.
 77. Bischoff LL, Otto AK, Hold C, Wollesen B. The effect of physical activity interventions on occupational stress for health personnel: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;97:94-104. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.06.002.
 78. Li H, Zhao M, Shi Y, et al. The effectiveness of aromatherapy and massage on stress management in nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(3):372-385. doi:10.1111/jocn.14596.
 79. Chan CW, Perry L. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(15):2247-2261. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04213.x.
 80. Stuber F, Seifried-Dübon T, Rieger MA, Gündel H, Ruhle S, Zipfel S, Junne F. The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: a systematic review. *International Archives of Occupational & Environmental Health*. 2021;94(2):203-220. doi:10.1007/s00420-020-01583-w.
 81. Imbulana DI, Davis PG, Prentice TM. Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2021;66:103092. doi:10.1016/j.iccn.2021.103092.
 82. Rittenmeyer L, Huffman D. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *JB Library of Systematic Reviews*. 2009;7(28):1234-1291. doi:10.11124/01938924-200907280-00001.
 83. Figley CR. *Treating compassion fatigue*. 2002. Brunner-Routledge.
 84. Kalahar-Levering S. Determinants of compassion fatigue in acute care nursing. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2019;80(8).
 85. Carey MC, Kent B, Latour JM. Experiences of undergraduate nursing students in peer assisted learning in clinical practice: a qualitative systematic review. *JB Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports*. 2018;16(5):1190-1219. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003295.
 86. Phillips CS, Becker H. Systematic Review: Expressive arts interventions to address psychosocial stress in healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*. 2019;75(11):2285-2298. doi:10.1111/jan.14043.
 87. Schoonover KL, Hall-Flavin D, Whitford K, Lussier M, Essary A, Lapid MI. Impact of Poetry on Empathy and Professional Burnout of Health-Care Workers: A Systematic Review. *Journal of Palliative Care*. 2020;35(2):127-132. doi:10.1177/0825859719865545.
 88. Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Gomez-Urquiza JL, Ramirez-Baena L,

- De La Fuente EI, Canadas-De La Fuente GA. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*. 2020;17(1):e12269. doi:10.1111/jjns.12269.
89. DeChant PF, Acs A, Rhee KB, Boulanger TS, Snowdon JL, Tutty MA, Sinsky CA, Thomas Craig KJ. Effect of Organization-Directed Workplace Interventions on Physician Burnout: A Systematic Review. *Mayo Clinic Proceedings Innovations, Quality & Outcomes*. 2019;3(4):384-408. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.006.
90. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*. 2017;9(3):294-301. doi:10.4300/JGME-D-16-00372.1.
91. Pospos S, Young IT, Downs N, et al. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. *Academic Psychiatry*. 2018;42(1):109-120. doi:10.1007/s40596-017-0868-0.
92. Velana M, Rinkenauer G. Individual-Level Interventions for Decreasing Job-Related Stress and Enhancing Coping Strategies Among Nurses: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:708696. doi:10.3389/fpsyg.2021.708696.
93. Alkhalwaldeh JMA, Soh KL, Mukhtar FBM, Peng OC, Anshasi HA. Stress management interventions for intensive and critical care nurses: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. 2020;25(2):84-92. doi:10.1111/nicc.12489.
94. Klein A, Taieb O, Xavier S, Baubert T, Reyre A. The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *Explore: The Journal of Science & Healing*. 2020;16(1):35-43. doi:10.1016/j.explore.2019.09.002.
95. Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *American Journal of Occupational Therapy*. 2016;70(2):1-10. doi:10.5014/ajot.2016.016956.
96. Suleiman-Martos N, Gomez-Urquiza JL, Aguayo-Estremera R, Canadas-De La Fuente GA, De La Fuente-Solana EI, Albendin-Garcia L. The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;76(5):1124-1140. doi:10.1111/jan.14318.
97. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Medical Teacher*. 2018;40(2):146-153. doi:10.1080/0142159X.2017.1394999.
98. Busch IM, Moretti F, Campagna I, Benoni R, Tardivo S, Wu AW, Rimondini M. Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources. *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 2021;18(10):5080. doi:10.3390/ijerph18105080.
99. Kappes M, Romero-Garcia M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*. 2021;68(4):471-481. doi:10.1111/inr.12694.
100. Serou N, Sahota LM, Husband AK, Forrest SP, Slight RD, Slight SP. Learning from safety incidents in high-reliability organizations: a systematic review of learning tools that could be adapted and used in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*. 2021;33(1):17. doi:10.1093/intqhc/mzab046.
101. Rogers-Clark C, Pearce S, Cameron M. Management of disruptive behaviour within nursing work environments: a comprehensive systematic review of the evidence. *JB Library of Systematic Reviews*. 2009;7(15):615-678. doi:10.11124/01938924-200907150-00001.
102. Finch J, Ford C, Grainger L, Meiser-Stedman R. A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*. 2020;263:175-186. doi:10.1016/j.jad.2019.11.143.
103. Ruta F, Dal Mas F, Biancuzzi H, Ferrara P, Della Monica A. Covid-19 and front-line nurses' mental health: a literature review. *Professioni Infermieristiche*. 2021;74(1):41-47. doi:10.7429/pi.2021.741041.
104. Porter B, Zile A, Peryer G, Farquhar M, Sanderson K. The impact of providing end-of-life care during a pandemic on the mental health and wellbeing of health and social care staff: Systematic review and meta-synthesis. *Social Science & Medicine*. 2021;287:e114397. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114397.
105. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(5):418-20. doi:10.1093/intqhc/mzv063.
106. Stone M. Second victim support programs for healthcare organizations. *Nurs Manage*. 2020;51(6):38-45. doi:10.1097/01.NUMA.0000662664.90688.1d.
107. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J, From Safety-I to Safety-II: A White Paper. 2015. Middelfart, Denmark: Resilient Health Care Net. Geraadpleegd op 15 augustus 2022, van <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>.
108. Pascual JSG, Ignacio KHD, Khu KJO. Paving the Path to Wellness: A Systematic Review of Wellness Programs for Neurosurgery Trainees. *World Neurosurgery*. 2021;152:206-213.e5. doi:10.1016/j.wneu.2021.06.047.
109. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine (Lond)*. 2004;54(3):190-6. doi:10.1093/occmed/kqh027.
110. Sin SS, Huak CY. Psychological impact of the SARS outbreak on a Singaporean rehabilitation department. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2004;11(9), 417-424. doi:10.12968/ijtr.2004.11.9.19589.
111. Grace SL, Hershenfield K, Robertson E, Stewart DE. The occupational and psychosocial impact of SARS on academic physicians in three affected hospitals. *Psychosomatics*.

- 2005;46(5):385-91. doi:10.1176/appi.psy.46.5.385.
112. Kang HS, Son YD, Chae SM, Corte C. Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(5):e12664. doi:10.1111/ijn.12664.
113. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26(5):e923549. doi:10.12659/MSM.923549.
114. World Health Organization. Occupational safety and health in public health emergencies: a manual for protecting health workers and responders. 2018. Geraadpleegd 10 februari 2022, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514347>.
115. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7-14. doi:10.3121/cmr.2016.1303.
116. Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J*. 2007;24(1):12-7. doi:10.1136/emj.2006.035089.
117. Liu C, Wang H, Zhou L, Xie H, Yang H, Yu Y, Sha H, Yang Y, Zhang X. Sources and symptoms of stress among nurses in the first Chinese anti-Ebola medical team during the Sierra Leone aid mission: A qualitative study. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(2):187-191. doi:10.1016/j.ijnss.2019.03.007.
118. Poon E, Liu KS, Cheong DL, Lee CK, Yam LY, Tang WN. Impact of severe respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. *Hong Kong Med J*. 2004;10(5):325-30.
119. Wong TW, Yau JK, Chan CL, Kwong RS, Ho SM, Lau CC, Lau FL, Lit CH. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med*. 2005;12(1):13-8. doi:10.1097/00063110-200502000-00005.
120. Chen CS, Wu HY, Yang P, Yen CF. Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatr Serv*. 2005;56(1):76-9. doi:10.1176/appi.ps.56.1.76.
121. Schreiber M, Cates DS, Formanski S, King M. Maximizing the Resilience of Healthcare Workers in Multi-hazard Events: Lessons from the 2014-2015 Ebola Response in Africa. *Mil Med*. 2019;184(Suppl 1):114-120. doi:10.1093/milmed/usy400.
122. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;13;168(10):1245-51. PMID: 12743065.
123. Ministerie van Defensie. Tips en adviezen voor de mentale gezondheid van zorgprofessionals. Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, Ministerie van Defensie. Geraadpleegd op 20 juli 2022, van <https://www.defensie.nl/downloads/publicaties/2020/03/23/tips-en-adviezen-voor-mentale-gezondheid-zorgprofessionals>.
124. Ketelaar S, Nieuwenhuijsen K, Gärtner F, Bolier L, Smeets O, Van Dijk F, Sluiter, J. PMO-module psychische gezondheid verbetert werkfunctioneren in de zorg. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*. 2013;21(9):406-411.
125. Solms L, Van Vianen A, Koen J, Theeboom T, De Pagter APJ, De Hoog M. Turning the tide: a quasi-experimental study on a coaching intervention to reduce burn-out symptoms and foster personal resources among medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open*. 2021;11(1):1-11. doi:10.1136/bmjopen-2020-041708.
126. Dijkman L, Van Buschbach S. Collegiale opvang - Het peer support-opvangmodel in het OLVG. *A&I*. 2018;10(4).
127. VuMC. Wat is Moreel Beraad/ What is Moral Case Deliberation. 2022. Geraadpleegd op 12 aug 2022, van <https://vumc.nl/research/ethiek-recht-humaniora/dienstverlening-support/ethiek-support-ethics-support/wat-is-moreel-beraad-what-is-moral-case-deliberation.htm>.
128. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med*. 2000;133(1):59-69. doi:10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012.
129. Collard R, Vermeulen H. Belangrijk! Deze vragen loodsen je door de coronacrisis. 2022;04:1-4 Geraadpleegd op 1 aug 2022, van <https://venticare.nl/kennisbank/hoe-zorg-je-voor-elkaar-tijdens-de-coronacrisis-1.html>.
130. De Bot CMA, De Vos AJBM. Three-Questions-Method for Coping with the Emotional Burden of Nurses and Nursing Students during COVID-19. Article. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6538. doi:10.3390/ijerph19116538.
131. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G, Miao J, Zhang C, Yang Y, Sun W, Zhu S, Fan Y, Chen Y, Hu J, Liu J, Wang W. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EclinicalMedicine*. 2020;24:100443. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100443.
132. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, Fernandes CM, Goldbloom DS, Gupta M, Hunter JJ, McGillis Hall L, Nagle LM, Pain C, Peczeniuk SS, Raymond G, Read N, Rourke SB, Steinberg RJ, Stewart TE, VanDeVelde-Coke S, Veldhorst GG, Wasylenko DA. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924-32. doi:10.3201/eid1212.060584.
133. Dückers MLA. Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. Impact, Diemen. 2014.
134. Holsappel J, Fassaert T, Dorn T, Te Brake H. Quality of psychosocial care: Eindrapport.

Impact/GGD Amsterdam, Diemen. 2013.

135. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
136. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs*. 2002;21:80-90. doi:10.1377/hlthaff.21.3.80.
137. Eccles M, Armstrong D, Baker R, Cleary K. An implementation research agenda. *Implementation Science*. 2009;4:18. doi:10.1186/1748-5908-4-18.
138. Office of the Public Service. A focus on people: A workforce management strategy for the Queensland public sector. Brisbane, Queensland, 1997.
139. Ball J, Pike G. At breaking point? A survey of the wellbeing and working lives of nurses in 2005. PTRC, University of Leeds, 2006.
140. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, Liu X, Fuller CJ, Susser E, Lu J, Hoven CW. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302-11. doi:10.1177/070674370905400504.
141. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055-7. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055.

Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals

Een handreiking voor de praktijk bij ingrijpende gebeurtenissen

Ongewenst gedrag, calamiteiten of veranderde werkomstandigheden door een pandemie of ramp: vrijwel iedere zorgprofessional kan door dergelijke ingrijpende gebeurtenissen worden opgeschrikt. De juiste en tijdige ondersteuning is essentieel om psychosociale klachten of problemen na een ingrijpende gebeurtenis te voorkomen, signaleren, monitoren en verhelpen.

Deze beleidsrichtlijn geeft richting bij het vormgeven van beleid en het uitvoeren van optimale psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals. Met deze beleidsrichtlijn kunnen onder meer bestuurders en managers in de zorgsector stressgerelateerde gezondheidsklachten bij ingrijpende gebeurtenissen – met verloop en verzuim als gevolg – zoveel mogelijk voorkomen en daarmee de druk op de zorg verminderen.

Deze beleidsrichtlijn is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen een groot aantal vertegenwoordigers van de zorgsector. Daarmee brengt deze beleidsrichtlijn wetenschappelijke kennis en praktijkkennis samen. Dit biedt een standaard voor optimale psychosociale ondersteuning in de zorgsector, met gemeenschappelijke taal, op bewijs gebaseerde inzichten en praktische aanbevelingen.