



Nationaal
Psychotrauma
Centrum

ARQ Kenniscentrum
Impact van Rampen
en Crises

Richtlijn psychosociale ondersteuning binnen hoog-risico beroepen

Herziening van de Richtlijn psychosociale ondersteuning
geüniformeerden **Bijlagen**

Inhoudsopgave Bijlagen

Inhoudsopgave Bijlagen	2
<i>Bijlage 1 Overzicht van deelnemende partijen</i>	4
<i>Bijlage 2 Evidence report</i>	7
Introductie	7
1. Doel en bereik van de herziening van de Richtlijn	8
1.1 (Type C) Wat is het doel van deze Richtlijn?	8
1.2 (Type C) Wat is de doelgroep van deze Richtlijn?	8
1.3 (Type C) Wat verstaan we onder veilig werkgeverschap?	8
1.4 (Type A/C) Wat verstaan we onder duurzame inzetbaarheid en/of functioneren?	9
1.5 (Type C) Welke status zullen de aanbevelingen in de Richtlijn hebben?	9
1.6 (Type B) Welke wet- en regelgeving is voor de Richtlijn van belang?	9
2. Kennis over risicofactoren, beschermende factoren en preventie/organisatie strategieën	10
2.1 (Type A) Wat zijn de psychische en psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen zoals agressie en geweld en rampen voor geüniformeerden?	10
2.2 (Type A) Welke kenmerken van werknemers leiden tot een verhoogd risico op psychische problemen, c.q. vormen juist een bescherming daartegen?	11
2.3 (Type A) Wat zijn risicofactoren en beschermende factoren van de werkomgeving in het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen?	12
2.4 (Type A) Welke evidentie is er voor preventiestrategieën/ organisatiestrategieën bij geüniformeerden?	14
3. Algemene preventie: veilige werkcultuur, selectie, training en monitoring	15
3.1 (Type C) Wat is de rol van de collegiale ondersteuning (BOT/TCO), leidinggevende, bedrijfsartsen en preventiemedewerkers bij algemene preventie van stress-gerelateerde klachten en bevorderen van functioneren/duurzame inzetbaarheid? Welke competenties worden verwacht?	15
3.2 (Type A/C) Wat is een veilige werkcultuur en welke normstelling past bij een preventief werkklimaat?	16
3.3 (Type A/C) Zijn er selectiemethoden voor geüniformeerden die stressklachten en werkuitval na ingrijpende gebeurtenissen kunnen voorkomen en functioneren kunnen bevorderen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen en assessments aan de poort)?	18
3.4 (Type A/B) Welke vormen van monitoren van de gezondheid en het functioneren van geüniformeerden zijn effectief/wenselijk?	19
3.5 (Type B/C) Op welke manier dient het thuisfront van geüniformeerden te worden betrokken en ondersteund?	20
3.6 (Type A/C) Wat is goede voorlichting (psycho-informatie), opleiding, en training op het gebied van psychosociale hulpverlening voor de medewerker?	21
3.7 (Type C) Welke kennis en vaardigheden moeten in training aan bod komen t.b.v. selectie/monitoring (voor medewerkers, BOT, leidinggevendenden, thuisfront)?	22
3.8 (Type C) Hoe moet melden, registreren en monitoren van incidenten (o.a. agressie en geweld) worden ingericht?	24
3.9 (Type B/C) Wanneer houdt de verantwoordelijkheid van de werkgever op?	26
3.10 (Type B/C) Bij wie ligt welke verantwoordelijkheid voor de preventie?	27
3.11. Welke invloed heeft negatieve aandacht in media bij incidenten op het welzijn van geüniformeerden?	28
3.12 (Type B/C) Wanneer houdt de verantwoordelijkheid van de werkgever op?	28
4. Incident-gebonden georganiseerde collegiale ondersteuning	29
4.1 (Type A/B/C) Hoe moet collegiale ondersteuning (BOT/TCO) georganiseerd zijn?	29

4.2 (Type B/C) Welke kennis en vaardigheden moeten in training aan bod komen of aanwezig zijn over psychosociale ondersteuning na incidenten voor geüniformeerden; collegiale ondersteuning; de leidinggevendenden; het management?	38
4.3 (Type C) Welke ondersteuning heeft de georganiseerde collegiale ondersteuning nodig?	38
4.4 (Type C) Hoe moeten leidinggevendenden ondersteund worden bij het ondersteunen van hun medewerkers?39	
4.5 (Type C) Hoe moet de opvang en nazorg worden ingericht wanneer hulpdiensten of andere partijen samenwerken bij een incident?	39
4.6 (Type B/C) Hoe moeten geüniformeerden ondersteund worden bij de nasleep van incidenten (zoals agressie/geweld direct tegen hen gericht)? (Bijvoorbeeld het doen van aangifte, de juridische nasleep en niet-strafrechtelijke instrumenten zoals een stop gesprek.)	39
5. Inzet professionele zorg	41
5.1 (Type A/B/C) Wanneer, hoe en door wie moet worden doorverwezen naar professionele hulp?	41
6. Overige vragen	44
6.1 (Type C) Hoe wordt de kwaliteit inzet/werking van het collegiaal opvangteam en andere verleende zorg en ondersteuning geborgd? Hoe wordt de preventie geëvalueerd?.....	44
6.2 (Type C) Wat is een goede privacy strategie voor de preventieve ondersteuning die vertrouwelijkheid borgt?	45
6.3 (Type B/C) Hoe moet preventie vorm krijgen voor kleine of vrijwillige organisaties? Sommige organisaties hebben specialistische zorg in huis, maar dit is niet voor alle organisaties mogelijk.....	46
6.4 (Type B/C) Wanneer, hoe en door wie moet re-integratie na stress-gerelateerde uitval worden ondersteund/georganiseerd?	47
Bijlage 3 Wetenschappelijke literatuurstudie	48
Literatuurstudie 1: psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen.....	48
Literatuurstudie 2: maatregelen ter preventie van werkgerelateerde stressklachten	59
Methode	59
Resultaten.....	61
Bijlage 4 Verslag bruikbaarheidstesten	75
Bijlage 5 Lijst met afkortingen	80
Bijlage 6 Praktijkvoorbeelden per (soort) organisatie van collegiale ondersteuning.....	81
Politie	81
Ambulance	83
DJI	85
Buitengewoon opsporingsambtenaren (Domein II)	87
Brandweer.....	89
Defensie.....	90
Referenties	96

Bijlage 1 Overzicht van deelnemende partijen

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

Organisatie	Projectgroeplid	Stuurgroeplid
Defensie	<ul style="list-style-type: none"> Luitenant-kolonel drs. Marien Klein, Klinisch Psycholoog/Psychotherapeut & Senior Staf Officier Operationele Zorg, Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) Drs. Pleuni Corton, Stafpsycholoog en Landelijk Coördinator Collegiale Ondersteuningsgroep (COG), Koninklijke Marechaussee Drs. Sandra van Turnhout, Landelijk Coördinator Collegiale Ondersteuningsgroep (COG), Koninklijke Marechaussee 	<ul style="list-style-type: none"> Drs. Patrick Theuns, Senior beleidsadviseur cluster personeelslogistiek, -zorg en -ontwikkeling, Hoofddirectie Personeel
Brandweer	<ul style="list-style-type: none"> Jo van Hoef, Voorzitter Vakgroep Nazorg, Coördinator Team Collegiale Ondersteuning en vertrouwenspersonen bij Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost (VRBZO) Marcel van de Pol, Bedrijfsmaatschappelijk werker, Coördinator BOT en vertrouwenspersonen Brandweer Amsterdam-Amstelland 	<ul style="list-style-type: none"> Wim Kleinhuis, Directeur veiligheidsregio bij Veiligheidsregio Fryslân, Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	<ul style="list-style-type: none"> Joost Paardenkooper, Bedrijfsarts Politie 	<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. Frederieke Schaafsma, Bijzonder hoogleraar voor de Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)	<ul style="list-style-type: none"> Marjolijn Rijnsburger, specialist traumazorg (GZ-psycholoog), PI Rotterdam 	<ul style="list-style-type: none"> Drs. Ineke Veenstra, Manager HR Expertise Tjarda van Geffen, MHBA, Coördinerend beleidsadviseur veilig en gezond werken
Nederlands Veteraneninstituut (NLVi)	<ul style="list-style-type: none"> Willem de Lange, Landelijke Coördinator NuldelijnsOndersteuningSysteem 	<ul style="list-style-type: none"> Berend Berendsen, MD, MBA, Psychiater, Lid Directieraad NLVi

Politie	<ul style="list-style-type: none"> Anja Gerritsen, Bedrijfsmaatschappelijk werker Henri Mols, Landelijk Coördinator TCO 	<ul style="list-style-type: none"> Drs. Tineke van der Gulik, Korpspsycholoog politie, psychotherapeut/GZ-psycholoog
Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV)	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Karin Dangermond, onderzoeker 	<ul style="list-style-type: none"> Albert Gieling, MSc. Manager Centrum Opleiding en Vorming Brandweer
Ambulancezorg	<ul style="list-style-type: none"> Martijn Koopsen, V&VN Nienke Verhoeven, Bestuurslid Nederlandse Vereniging Bachelor Medisch Hulpverlener (NVBMH) Robert de Jong, BOT coördinator Ambulance Amsterdam Daniël Erisman, BOT coördinator Ambulance Amsterdam 	<ul style="list-style-type: none"> Hans Janssen, MA, Directeur-Bestuurder Coöperatie Ambulancezorg Zuid Holland Zuid
Buitengewoon opsporingsambtenaar (BOA)	<ul style="list-style-type: none"> Leon Blokzijl, Boa bij Avri Afvalverwijdering Rivierenland (Avri) en handhaving gemeente Tiel/Culemborg/Zaltbommel Cees Olsthoorn, Staatsbosbeheer BOA 	<ul style="list-style-type: none"> Lieke Sievers, Burgemeester Volendam Edam en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
Ministerie van Justitie en Veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> Drs. Maiko Teuben, senior beleidsadviseur Taskforce 'Onze hulpverleners veilig', Ministerie van Justitie en Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> Drs. Maiko Teuben, senior beleidsadviseur Taskforce 'Onze hulpverleners veilig', Ministerie van Justitie en Veiligheid

Voorzitters

- Dr. Menno van Duin, voorzitter projectgroep, Lector Crisisbeheersing, Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
- Prof. Dr. Niek Klazinga, voorzitter stuurgroep. Hoogleraar Sociale Geneeskunde Amsterdam Universitair Medisch Centrum

ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises

- Dr. Fieke Bruggeman-Everts, senior beleidsadviseur/onderzoeker en projectleider januari 2024 – december 2024
- Dr. Mitzy Kennis, beleidsadviseur/onderzoeker en projectleider mei 2022 - december 2023
- Dr. Hans te Brake, senior beleidsadviseur/onderzoeker
- Esther Feldman, MSc, beleidsadviseur/onderzoeker
- Dr. Joris Haagen, senior beleidsadviseur/onderzoeker
- Charlie Steen, BSc, beleidsadviseur/onderzoeker
- Sam ter Horst, BSc, beleidsadviseur/onderzoeker
- Jonna Lind, senior medewerker kennis- en documentatiecentrum ARQ-Bibliotheek

Taskforce 'Onze hulpverleners veilig' van de Werkgroep Veilig Werkgeverschap

- Drs. Maiko Teuben, senior beleidsadviseur Taskforce 'Onze hulpverleners veilig', Ministerie van Justitie en Veiligheid
- Drs. Fons van Gessel, senior beleidsadviseur Taskforce 'Onze hulpverleners veilig', Ministerie van Justitie en Veiligheid
- Dr. Kitty van Gendt, projectleider Taskforce 'Onze hulpverleners veilig', Ministerie van Justitie en Veiligheid

Bijlage 2 Evidence report

Introductie

Dit Evidence Report is een werkdocument van de projectgroep en bevat alle verzamelde kennis wat de basis heeft gevormd voor de herziene Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden. Het Evidence Report beschrijft de 31 uitgangsvragen, de antwoorden daarop en de conclusies die getrokken kunnen worden. De 31 uitgangsvragen zijn afgeleid van de uitgangsvragen uit de oorspronkelijke Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden en aangepast op basis van een knelpuntenanalyse die geformuleerd zijn in een aantal uitgangsdOCUMENTEN. De uitgangsvragen zijn door de stuur- en projectgroep besproken en vastgesteld (zie paragraaf 1.3 Methode van de Richtlijn).

De uitgangsvragen zijn systematisch beantwoord aan de hand van:

- kennis uit wetenschappelijke literatuurstudies;
- kennis uit de oorspronkelijke Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden;
- kennis uit relevante literatuur en rapporten, zoals wetgeving, grijze literatuur, rapporten en andere richtlijnen;
- kennis uit de praktijk (projectgroepen, stuurgroepen en focusgroepen).

Sectietitels worden in dit Evidence Report alleen gebruikt indien van toepassing, afhankelijk van de beschikbaarheid van relevante informatie.

A priori zijn de uitgangsvragen te onderscheiden in drie types:

Type A: (evidence-based): deze uitgangsvragen zijn te beantwoorden met behulp van wetenschappelijk bewijs of andere bestaande bronnen van informatie.

Type B: (practice-based): deze uitgangsvragen betreffen de huidige gang van zaken in de praktijk. Informatie voor de beantwoording is voornamelijk afkomstig uit wetgeving, 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.

Het kan voorkomen dat bij Type B- of C-vragen wetenschappelijke bronnen zijn gebruikt, dit wordt bij de uitgangsvraag vermeld.

1. Doel en bereik van de herziening van de Richtlijn

1.1 (Type C) Wat is het doel van deze Richtlijn?

De Herziening van de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden (hierna: de Richtlijn) biedt een eenduidige visie en handvatten om de visie vorm te geven over de wijze waarop de psychosociale ondersteuning binnen hoog-risico beroepen georganiseerd dient te zijn. Deze visie en handvatten zullen zo concreet mogelijk worden ingevuld, maar generiek genoeg om voor alle organisaties van toepassing te zijn. Het doel van de Richtlijn is stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij geüniformeerden als gevolg van ingrijpende gebeurtenissen zoals agressie en geweld zo veel als mogelijk te voorkomen en goed functioneren te bevorderen. Met dit laatste geven we een invulling aan de term 'goed werkgeverschap'.

1.2 (Type C) Wat is de doelgroep van deze Richtlijn?

De Richtlijn richt zich in eerste instantie op grote geüniformeerde organisaties in het publieke domein. Dit zijn beroepsgroepen die in het werk ingrijpende gebeurtenissen meemaken en daarmee hoger risico lopen om stressgerelateerde klachten te ontwikkelen of minder duurzaam inzetbaar te zijn. De volgende partijen zijn betrokken bij het ontwikkeltraject: Nationale Politie, Brandweer, Defensie, Koninklijke Marechaussee (KMar), Buitengewoon Opsporingsambtenaren (Boa's), Nederlands Veteraneninstituut (NLVi), Ambulancezorg Nederland, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Nederlands Instituut voor Publieke Veiligheid (NIPV) en Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). In tweede instantie kan de Richtlijn toegepast worden op alle beroepsgroepen met een publieke taak, die, in het contact met burgers, ingrijpende gebeurtenissen mee kunnen maken in het werk, zoals Koninklijke Nederlands Reddingsmaatschappij (KNRM), ProRail (Incidentenbestrijding), douane, Rode Kruis. Maar ook beroepsdoelgroepen die dikwijls te maken krijgen met agressie en geweld, zoals journalisten, beveiligers, rijksrecherche, inspecteurs.

N.B. In de richtlijntekst is gekozen voor de term 'medewerkers met hoog-risico beroepen', omdat dit beter de doelgroep beschrijft dan 'geüniformeerden'. Niet alle medewerkers met een hoog-risico beroep dragen immers een uniform en niet alle geüniformeerden vallen onder medewerkers met een hoog-risico beroep. Desondanks zal in dit evidence report steeds weer de term 'geüniformeerden' terugkeren voor beschrijving van de doelgroep.

1.3 (Type C) Wat verstaan we onder veilig werkgeverschap?

Veilig werkgeverschap is een breed begrip dat alle risico's omvat die in een bepaald vak voor kunnen komen. Voor de fysieke veiligheid van medewerkers zijn al richtlijnen opgesteld (bijv. omgaan met gevaarlijke stoffen, veilige werkplek). Deze Richtlijn is daarom gericht op de ondersteuning van de mentale gezondheid van geüniformeerden. Te denken valt dan aan preventieve maatregelen zoals opleiding en training sociale vaardigen, de-escaleren, of weerbaarheid. En het gaat over maatregelen nadat het feit zich voorgedaan heeft. Ook dat bestrijkt een breed palet zoals het neerzetten van een norm, van het inrichten van een gebruikersvriendelijke manier om incidenten te melden en te registreren, het begeleiden bij een eventuele aangifte, de invulling van de zorg voor de medewerker door collega's, leidinggevende, en niet te vergeten de aandacht voor het thuisfront.

1.4 (Type A/C) Wat verstaan we onder duurzame inzetbaarheid en/of functioneren?

Duurzame inzetbaarheid en/of functioneren is het algemene welzijn en de (mentale) gezondheid van geüniformeerden die nodig is voor een langdurig werkvermogen en inzetbaarheid voor hun taken/eisen/functie. (Dit hangt niet per se samen met het meemaken van potentieel ingrijpende gebeurtenissen). Naast een focus op het voorkomen van klachten, is het wenselijk dat de organisatie duurzame inzetbaarheid en functioneren bevordert, behoudt, continueert, beschermt maar ook herstelt (bijvoorbeeld na werkuitval).

1.5 (Type C) Welke status zullen de aanbevelingen in de Richtlijn hebben?

De Richtlijn geeft geüniformeerden, organisaties en hulpverleners handvatten om kwalitatief hoogwaardige ondersteuning te verlenen en te waarborgen. Dit overzicht is *evidence-based* (volgens de EBRO methodiek): dit houdt in dat de best mogelijke bewijslast wordt gezocht (eerst in de wetenschappelijke literatuur, dan uit de praktijk en tenslotte in consensus). Een richtlijn, de naam zegt het al, geeft richting: daar kan beredeneerd van worden afgeweken als de situatie daarom vraagt. Het is dan wel van belang vast te leggen op welke manier en waarom er wordt afgeweken.

1.6 (Type B) Welke wet- en regelgeving is voor de Richtlijn van belang?

Er bestaan op het moment van publicatie van de richtlijn op verschillende terreinen wet- en regelgeving en relevante richtlijnen en normen over de verantwoordelijkheid voor de mentale gezondheid van (ex)medewerkers met hoog-risico beroepen. Bij de richtlijn is rekening gehouden met de volgende kaders:

Wet- en regelgeving:

- Wet publieke gezondheid
- Arbeidsomstandighedenwet
- Wet veiligheidsregio's
- De politiewet
- Veteranenwet
- Arbeidscatalogi
- Burgerlijk Wetboek (goed werkgeverschap artikel 7:611)
- Wet verbetering poortwachter

Indien ziekte optreedt en/of doorverwezen wordt naar professionele zorg:

- Ziektewet
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG)
- Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Overige relevante richtlijnen en normen:

- Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Complex Posttraumatic Stress Disorder (Australische richtlijn)
- Post-traumatic stress disorder NICE Guideline (NICE richtlijn) Richtlijnen voor psychologische gezondheid en veiligheid op de werkvloer (NEN-ISO 45003)
- Richtlijn morele verwonding Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen

- ISO occupational health and safety (ISO 45001)
- Veilig Publieke Dienstverlening – infographic over omgaan met agressie

2. Kennis over risicofactoren, beschermende factoren en preventie/organisatie strategieën

2.1 (Type A) Wat zijn de psychische en psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen zoals agressie en geweld en rampen voor geüniformeerden?

Deze uitgangsvraag werd beantwoord aan de hand van een wetenschappelijke literatuurstudie. Zie bijlage 3 (literatuurstudie deel 1) voor uitgebreide beschrijving van de methode en resultaten van deze studie. In conclusie, werden 43 overzichtsartikelen gevonden die relevant waren voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag. Hieronder worden mogelijke gevolgen (symptomen) beschreven die samenhangen met ingrijpende gebeurtenissen bij geüniformeerden. Voor de leesbaarheid zijn de symptomen ingedeeld in domeinen zoals somatisch, psychisch, sociaal. Het is belangrijk op te merken dat deze symptomen niet bij alle individuen (direct) optreden en dat de ernst en duur ervan kunnen variëren. Uiteraard zijn de symptomen ook mogelijk een gevolg van andere symptomen, of een gevolg van het ontbreken van tijdige ondersteuning.

Mogelijke gevolgen die samenhangen met ingrijpende gebeurtenissen bij geüniformeerden, geclusterd per categorie:

- **Mentaal:**
 - Stress
 - Angst
 - Ongewenste herbeleving
 - Nachtmeries over de ingrijpende gebeurtenis
 - Posttraumatische stress
 - Depressie
 - Burn-out
 - Emotionele uitputting
 - Afvlakking
 - Compassiemoeheid
 - Lagere kwaliteit van leven
 - Rouwklachten (na een verlieservaring).
- **Lichamelijk:**
 - Slaapproblemen
 - Vermoeidheid
 - Concentratieproblemen
 - Hoge bloeddruk
 - (Hoofd)pijn
 - Aandoeningen (cardiovasculaire, gastro-intestinale, immunologische, neurologische, musculoskeletale en luchtwegen)
 - Lichamelijke reacties bij terugdenken aan de gebeurtenis
 - Niet aangeboren hersenletsel als gevolg van blootstellingen aan o.a. explosieven en valpartijen
- **Gedragsmatig:**
 - Hyperalertheid

- Geïrriteerdheid
- Woede-uitbarstingen
- Agressief gedrag
- Partnergeweld
- Problematische coping (starten met roken, alcohol- en drugsgebruik)
- Suïcide pogingen.
- **Werk gerelateerd:**
 - Werkontevredenheid
 - Arbeidsconflicten
 - Ziekteverzuim
 - Arbeidsongeschiktheid
 - Klachten bij re-integratie.
- **Sociaal:**
 - Onvermogen vriendschappen aan te houden
 - Huwelijkse/relatieve conflicten
 - Opvoedkundige rolproblemen als ouder
 - Vervreemding van de maatschappij.
- **Ethisch, moreel:**
 - Schaamte
 - Schuld
 - Wroeging en verlies van betekenisgeving.
- **Positieve psychologische verandering:**
 - Post-traumatische groei

2.2 (Type A) Welke kenmerken van werknemers leiden tot een verhoogd risico op psychische problemen, c.q. vormen juist een bescherming daartegen?

Deze uitgangsvraag werd beantwoord aan de hand van een wetenschappelijke literatuurstudie. Zie bijlage 3 (literatuurstudie deel 1) voor uitgebreide beschrijving van de methode en resultaten van deze studie. Hieronder volgt een overzicht van kenmerken van werknemers die samenhangen met stressgerelateerde klachten bij geüniformeerden, onderverdeeld in risico's en beschermende kenmerken. Alleen kenmerken die werden genoemd in minstens drie overzichtsartikelen worden vermeld. Hoewel de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd (omdat de kwaliteit van de studies over het algemeen laag was en het voornamelijk cross-sectioneel onderzoek betreft), bieden de bevindingen een leidraad voor wat risico's en beschermende factoren zijn. Demografische kenmerken (zoals leeftijd, geslacht) zijn niet opgenomen vanwege inconsistente onderzoeksuitkomsten.

Kenmerken met risico op psychische problemen

- **Voorgeschiedenis:**
 - Blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen*
 - Mentale gezondheidsproblemen*
 - Aandoeningen
 - Familiegeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen
- **Persoonskenmerken:**
 - Neuroticisme
 - Introversie
 - Negatieve zelfopvatting
- **Ervaren dreiging:**
 - Ervaren van de situatie als (levens)bedreigend

- **Traumatische stress tijdens een gebeurtenis:**
 - Herbelevingen
 - Vermijding
 - Dissociatieve klachten*
- **Levensstijl:**
 - Gebrek aan fysieke activiteit
 - Hogere Body Mass Index (BMI)
- **Passieve/ vermijdende coping:**
 - Het gebruik van zelfafleiding
 - Ontkenning
 - Het niet plannen van zaken
 - Zelfverwijten
 - Anderen verwijten
 - Rumineren/piekeren

Kenmerken die mogelijk beschermen tegen psychische problemen

- **Actieve/probleemoplossende coping:**
 - Een cognitieve reframing
 - Positief herwaarderen
 - Religie
- **Persoonskenmerken:**
 - Dispositie dat alles goed komt
 - Vertrouwen in jezelf hebben
- **Zingeving.**
 - Het hebben van betekenisvol werk
- **Vaardigheden:**
 - Emotie regulerende competenties
 - Zelfvertrouwen
 - Geloof in eigen kunnen
 - Veerkracht*
 - Psychologische hardheid

*Voor dissociatie tijdens een gebeurtenis, een voorgeschiedenis van mentale problemen en blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen is ook vastgesteld dat ze samenhangen met *toekomstige* stressgerelateerde klachten (prospectief onderzoek). Veerkracht bleek geen voorspeller van toekomstige klachten (prospectief onderzoek).

2.3 (Type A) Wat zijn risicofactoren en beschermende factoren van de werkomgeving in het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen?

Deze uitgangsvraag werd beantwoord aan de hand van een wetenschappelijke literatuurstudie. Zie bijlage 3 (literatuurstudie deel 1) voor uitgebreide beschrijving van de methode en resultaten van deze studie. Hier volgt een overzicht van factoren uit de werkomgeving die samenhangen met stressgerelateerde klachten bij geüniformeerden. Alleen kenmerken genoemd in minstens 3 overzichtsartikelen worden vermeld. Hoewel de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd (omdat de kwaliteit van de studies over het algemeen laag was en het voornamelijk cross-sectioneel onderzoek betreft), bieden de bevindingen een leidraad voor wat risico's en beschermende factoren zijn. Demografische kenmerken zijn niet opgenomen vanwege de inconsistente onderzoeksuitkomsten.

Risicofactoren

- **Werklast en organisatie druk:**
 - Hoog ervaren werkdruk en werklast
 - Hoge tijddruk
 - Lange werkdagen en werkweken
- **Organisatiestructuur en cultuur:**
 - Rolonduidelijkheden en rolconflicten
 - Gebrek aan autonomie
 - Oneerlijke behandeling van de medewerker
 - Slechte werkcondities
 - Inzet van onvoorbereide vrijwilligers
 - Hogere aantallen militaire uitzendingen en langere uitzendduur
- **Interpersoonlijke relaties op het werk:**
 - Gebrek aan ondersteuning vanuit de organisatie
 - Collegiale en relationele conflicten
 - Weinig sociale cohesie op de werkplek
 - Discriminatie en seksuele intimidatie
 - Wangedrag op de werkvloer
- **Interpersoonlijke relaties in de privé sfeer die van invloed kunnen zijn op het functioneren:**
 - Disbalans tussen werk en privé
 - Gebrek aan sociale steun vanuit huis
- **Groei en ontwikkeling:**
 - Ervaren van onbalans tussen eigen inzet
 - Organisationele beloning
- **Kenmerken van de blootstelling:**
 - Duur
 - Ernst
 - Frequentie
 - Nabijheid
 - Onvoorspelbaarheid van het werk
 - Gebrek aan controle en invloed op de situatie
- **Type incident:**
 - Blootstelling aan overledenen
 - Slachtoffer worden van intimidatie, wangedrag, geweld en agressie
 - Zelf gewond raken,
 - Deelname aan gevechtshandeling

Beschermende factoren

- **Aanwezige steunbronnen:**
 - Ervaren sociale steun (vanuit management, collega's, vrienden en familie)
- **Groei en ontwikkeling:**
 - Organisatorische rechtvaardigheid
 - Vertrouwen in de organisatie
 - Deelname in besluitvormingsprocessen
- **Training en opleiding:**
 - Goede voorbereiding
 - Training
 - Paraatheid

*Voor sociale steun is samenhang vastgesteld met toekomstige stressgerelateerde klachten (prospectief onderzoek).

2.4 (Type A) Welke evidentie is er voor preventiestrategieën/ organisatiestrategieën bij geüniformeerden?

Deze uitgangsvraag werd beantwoord aan de hand van een wetenschappelijke literatuurstudie. Zie bijlage 3 (literatuurstudie deel 2) voor uitgebreide beschrijving van de methode en resultaten van deze studie. Er werden 22 studies (*randomised controlled trials*) gevonden met een hoogwaardig design over organisationele preventiestrategieën bij geüniformeerden. Deze strategieën bleken ofwel ineffectief (maar niet schadelijkⁱ), ofwel bescheiden effectief in het verhelpen van mentale klachten en/of het verbeteren van de gezondheid of het vermogen van deelnemers met klachten om te gaan en sociale steunbronnen te mobiliseren.

Er zijn 25 verschillende preventiestrategieën onderzocht in 22 RCT-studies uit de periode 2000-2021. Het vaakst zijn *selectieve* preventiestrategieën (N=12) en *universele* preventiestrategieën (N=10) onderzocht – *geïndiceerde* preventiestrategieën veel minder (N=3). De preventiestrategieën zijn hoofdzakelijk uitgevoerd bij militairen (60%, N=15), en in mindere mate bij politieagenten (N=5) en brandweerlieden (N=3).

Alle onderzochte preventiestrategieën zijn geënt op het voorkómen en/of terugdringen van klachten ten gevolge van ingrijpende gebeurtenissen. Bijna de helft (N=12) van de preventiestrategieën richtte zich, naast ingrijpende gebeurtenissen, ook op het voorkómen en/of terugdringen van organisationele stress(klachten).

De volgende componenten van preventiestrategieën zijn in de studies onderzocht:

- Aandachtstraining
- Cognitieve gedragstherapie (CGT)
- Cognitieve herstructurering
- Collegiale sociale ondersteuning
- Creatieve therapie
- *Guided imagery*
- Huiswerk
- Mindfulness
- Ontspanningsoefeningen
- Psycho-educatie
- Psychologische debriefingⁱ
- Realistische scenario's
- Stimuleren sociale steun
- Stimuleren zelfbewustzijn, -vertrouwen, -acceptatie, zingeving
- Stress inoculatie
- Tactische vaardigheden
- Transitievaardigheden van uitzending naar huis
- Zelfzorg

Voor ruim de helft van de preventiestrategieën (N=14) werd gesproken van “*evidentie voor effectiviteit*”. Meestal betekende dat dat er significant minder klachten (PTSS, angst, depressie burn-out, slaapproblemen) in de interventieconditie voorkwamen dan in de controlegroep. Of, dat het vermogen (de ervaren veerkracht, de inzet van probleemgerichte coping strategieën, het aanwenden van sociale steun) om met klachten om te gaan significant hoger was in interventieconditie dan in de controlegroep. Uit de RCT-studies blijkt dat de volgende interventies een voorzichtige evidentie voor effectiviteit hebben: *Psychological debriefing/Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*, *Battlemind debriefing & Battlemind training*, *stress education* (controle), *Battlemind training* en *Hatha yoga*. Zie ook beantwoording uitgangsvraag 4.1.

ⁱ Eén RCT bij militairen na uitzending beschrijft een negatief effect: een kleine toename van PTSS klachten in de groep mét *psychologische debriefing* in vergelijking met de controlegroep (Deahl et al. 2000).

Deze resultaten dienen terughoudend te worden geïnterpreteerd om de volgende redenen:

- doorgaans was de kwaliteit van studies *met* enige evidentie lager dan die van studies *zonder* enige evidentie. Het risico op vertekende studie uitkomsten was dus hoger in studies die positieve resultaten vonden.ⁱⁱ
- de effecten zijn soms dusdanig klein of uitsluitend toepasbaar op een subgroep van de totale onderzochte groep, waardoor het discussieerbaar is in hoeverre ze effectief waren.
- de uitkomsten zijn niet eenduidig. Studies die dezelfde of een soortgelijke preventiestrategie onderzochten kwamen tot gemengde resultaten – soms waren ze effectief, soms niet. Dikwijls bestonden effectieve en ineffectieve preventiestrategieën deels uit dezelfde componenten.
- sommige effectieve preventiestrategieën zijn slechts eenmaal onderzocht. Er is geen replicatie van de uitkomsten en dat maakt de bewijslast mager.
-

3. Algemene preventie: veilige werkcultuur, selectie, training en monitoring

3.1 (Type C) Wat is de rol van de collegiale ondersteuning (BOT/TCO), leidinggevende, bedrijfsartsen en preventiemedewerkers bij algemene preventie van stress-gerelateerde klachten en bevorderen van functioneren/duurzame inzetbaarheid? Welke competenties worden verwacht?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Overweging bij 3.1, p52 originele richtlijn: Ook in de normale dagelijkse routine moet er aandacht zijn voor het welzijn van de medewerker, niet alleen na een schokkende gebeurtenis (zie ook hoofdstuk 4 van originele Richtlijn).
- Overweging bij 3.1, p52 originele richtlijn: Leidinggevendenden moeten een werkcontext, een bedrijfscultuur creëren waarin medewerkers zich veilig voelen en om hulp durven te vragen.
- Aanbeveling 14: De projectgroep beveelt aan voorbeelden van succesvolle praktijken rond nazorg en collegiale ondersteuning te beschrijven en in te bedden binnen de verschillende organisaties.
- Aanbeveling 39: Iedere werknemer 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.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Er is consensus over dat de leidinggevende een rol speelt bij het signaleren en ondersteunen van geüniformeerden, maar er is diversiteit wat betreft de andere betrokkenen. Bij verschillende organisaties worden de volgende personen ingezet, evenals het kringenmodel: zorgprofessionals (bedrijfsartsen, psychologen op de werkvloer), professionele begeleiding (BMW en GV) en ondersteuning (buddy, collega's etc.). Er wordt gezegd te streven naar een cultuur waarin elke collega kan ondersteunen waar nodig.

ⁱⁱ Van de 14 'effectieve' preventiestrategieën was de kwaliteit van de studies laag in de helft van de gevallen (N=7).

Van de 11 'ineffectieve' preventiestrategieën was de kwaliteit van de studies laag in een-op-de-vijf van de gevallen (N=2).

3.2 (Type A/C) Wat is een veilige werkcultuur en welke normstelling past bij een preventief werkklimaat?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur

- Bij het creëren van een veilige werkcultuur kan rekening worden gehouden met zowel risicofactoren als beschermende factoren in de werkomgeving (zie Bijlage 3 literatuurstudie deel 1):

Risicofactoren

- **Werklast en organisatie druk:**
 - Hoog ervaren werkdruk en werklast
 - Hoge tijddruk
 - Lange werkdagen en werkweken
- **Organisatiestructuur en cultuur:**
 - Rolonduidelijkheden en rolconflicten
 - Gebrek aan autonomie
 - Oneerlijke behandeling van de medewerker
 - Slechte werkcondities
 - Inzet van onvoorbereide vrijwilligers
 - Hogere aantallen militaire uitzendingen en langere uitzendduur
- **Interpersoonlijke relaties op het werk:**
 - Gebrek aan ondersteuning vanuit de organisatie
 - Collegiale en relationele conflicten
 - Weinig sociale cohesie op de werkplek
 - Discriminatie en seksuele intimidatie
 - Wangedrag op de werkvloer
- **Interpersoonlijke relaties in de privé sfeer:**
 - Disbalans tussen werk en privé
 - Gebrek aan sociale steun vanuit thuis
- **Groei en ontwikkeling:**
 - Ervaren van onbalans tussen eigen inzet
 - Organisationele beloning
- **Kenmerken van de blootstelling:**
 - Duur
 - Ernst
 - Frequentie
 - Nabijheid
 - Onvoorspelbaarheid van het werk
 - Gebrek aan controle en invloed op de situatie
- **Type incident:**
 - Blootstelling aan overledenen
 - Slachtoffer worden van intimidatie, wangedrag, geweld en agressie
 - Zelf gewond raken,
 - Deelname aan gevechtshandeling

Beschermende factoren

- **Aanwezige steunbronnen:**
 - Ervaren sociale steun (vanuit management, collega's, vrienden en familie).
- **Groei en ontwikkeling:**
 - Organisatorische rechtvaardigheid
 - Vertrouwen in de organisatie

- Deelname in besluitvormingsprocessen
- **Training en opleiding:**
 - Goede voorbereiding
 - Training
 - Paraatheid

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Overweging bij 3.1, p52: Leidinggevendenden moeten een werkcontext, een bedrijfscultuur creëren waarin medewerkers zich veilig voelen en om hulp durven te vragen.
- Aanbeveling 16: De projectgroep beveelt aan meer (kwalitatief) onderzoek te verrichten naar de effecten van een gezond preventiebeleid op het voorkómen van klachten onder geüniformeerden.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- Algemene aandachtspunten voor psychologische gezondheid en veiligheid op de werkvloer kunnen worden gehaald uit de *ISO richtlijn Occupational health and safety management — Guidelines for managing psychosocial risks* ¹.
 - In een veilige werkcultuur is het van belang dat relevante partijen de bevoegdheid en kennis hebben om maatregelen te nemen die nodig zijn voor de preventie van psychosociale risico's [paragraaf 7.2.1].
 - De werkgever dient een systematische aanpak voor monitoring vast te stellen en te implementeren met betrekking tot het beheersen van de gezondheid en veiligheid [paragraaf 9.3.1].
- Vanuit de *Taskforce onze hulpverleners veilig* is normstelling in het kader van agressie en geweld als volgt benoemd: Als eerste is het aan de werkgever (en medewerkers) om de norm te stellen dat geweld en agressie (inclusief verbale agressie en intimidatie bedreiging, ook via social media kanalen) niet normaal is. Het in de onderlinge cultuur tussen medewerkers (en leidinggevendenden) bespreekbaar maken dat intimidatie, agressie en geweld niet vanzelfsprekend bij je werk hoort. Dat het wat met je kan doen op lichamelijk en geestelijk vlak en dat het belangrijk is daar over te praten. Uiteraard is, zeker in de handhavende beroepen, intimidatie, agressie en geweld door burgers ook een realiteit. Dat laat onverlet dat we dat niet belonen door het normaal te vinden. Zie bijvoorbeeld de norm weerbaar bestuur ². Een veilige interne werkcultuur die hierbij hoort omvat ongewenst gedrag, agressie en geweld onderling bespreekbaar maken en minimaliseren.
- De *Richtlijn morele verwonding Landelijk Zorgstelsel voor Veteranen* is gericht op het ondersteunen van veteranen die kampen met morele verwondingen als gevolg van hun dienst. De richtlijn biedt handvatten met als uiteindelijke doel het bevorderen van het welzijn van de veteranen ³. Een morele verwonding kan zich voordoen wanneer een veteraan geconfronteerd wordt met situaties of handelingen die in strijd zijn met zijn of haar persoonlijke morele overtuigingen of waarden. Dit kan variëren van het deelnemen aan gewelddadige conflicten tot het getuige zijn van schendingen van de mensenrechten. Dergelijke ervaringen kunnen diepgaande emotionele en psychologische gevolgen hebben en kunnen leiden tot gevoelens van schuld, schaamte, woede en morele verwarring.

Kennis uit de focusgroep Caribische Nederlanden

- Een aantal eilanden in het Caribisch gebied hebben kleinere gemeenschappen; de kans dat hulpverleners de getroffen personen kennen is groot. Het is onder elkaar vanzelfsprekend dat de medewerker niet naar het incident hoeft en gewisseld wordt. Een knelpunt hierbij is echter de

beperkte omvang van het team, wat het moeilijk maakt om snel vervanging op het eiland zelf te vinden. Hoewel hulpverleners van andere eilanden kunnen bijspringen, vergt dit tijd.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- De aanpak van ingrijpende gebeurtenissen wordt in de praktijk door verschillende mensen uitgevoerd, wat leidt tot gefragmenteerde benaderingen. Er is door de projectgroep benadrukt dat een samenhangende aanpak nodig is, waarbij algemene preventie niet los staat van de geïndiceerde preventie.
- Het voorkomen van onnodige blootstelling aan traumatische gebeurtenissen wordt door de projectgroep als belangrijk beschouwd. De campagne 'wat je niet ziet hoeft je ook niet te vergeten' is genoemd als een mogelijke aanpak.
- Het is opgemerkt dat het zelden voorkomt dat iemand wordt aangesproken na een 'uitdagende gebeurtenis'. Het gebruik van termen zoals 'schokkend' of 'ingrijpend' is meer passend. Het belang van het onderscheid tussen persoonlijke traumatische ervaringen en gebeurtenissen die schokkend kunnen zijn voor anderen werd benadrukt. Het voorstel werd gedaan om een lijst met ingrijpende gebeurtenissen op te nemen in de richtlijn, gebaseerd op de DSM-5-definitie van potentieel traumatische ervaringen, inclusief morele dilemma's ³.
- Het voorstel is om binnen geüniformeerde organisaties specifieke erkenning, aandacht, tijd en beleid te hebben voor (potentieel) ingrijpende gebeurtenissen, waarbij de persoonlijke beleving van wat schokkend is, centraal staat. Er is voorgesteld om als voorbeeld uit te gaan van de definitie zoals gedefinieerd in de DSM-5. Daarnaast werd voorgesteld om ook de DSM-beschrijving van blootstelling op te nemen (bijv. dat je gebeurtenissen kan hebben gezien bij een ander, zelf hebt ervaren, of ervan gehoord).
- Er is aangegeven dat de normstelling soms informeel plaatsvindt en niet op papier staat. Een voorbeeld is gegeven waarbij personeel direct wordt gewisseld als ze de betrokken persoon kennen tijdens een reanimatie.
- Het is belangrijk om hersteltijd in te calculeren voor reflectie.

3.3 (Type A/C) Zijn er selectiemethoden voor geüniformeerden die stressklachten en werkuitval na ingrijpende gebeurtenissen kunnen voorkomen en functioneren kunnen bevorderen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen en assessments aan de poort)?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur

- Op basis van een herziening van de literatuur in de oorspronkelijke richtlijn is er geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van selectiemethoden, zoals aanstellingskeuringen en assessments aan de poort, voor het voorspellen van gezondheidsuitkomsten voor verschillende geüniformeerde doelgroepen ⁴⁻⁷.
- Een enkele studie (uit de oorspronkelijke richtlijn) beschrijft dat arbeids- en opleidingsprestaties wel voorspeld konden worden door cognitieve testen bij de brandweer. Deze kunnen daarom mogelijk gebruikt worden om vast te stellen of men geschikt is voor het beroep van brandweerman ⁸.

Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Overweging bij 3.1, p51: De projectgroep maakt een onderscheid tussen selectie en screening. Selectie gebeurt eenmalig, namelijk bij het aanstellen van de geüniformeerde. Screening kan in principe steeds opnieuw plaatsvinden (tenminste, zolang een adequaat instrument voorhanden is).

- Overweging bij 3.1, p51: Selectie is onmisbaar, alleen al omdat er anders geen informatie beschikbaar zou zijn over de achtergrond van de kandidaten. Er is geen consensus over specifieke instrumenten. Benoemd is dat selectie vaak een medische/psychologische of stressbestendighedsdeel heeft.
- Aanbeveling 13: De projectgroep stelt vast dat er onvoldoende evidentie is om screening vooraf – met als doel het verminderen van de incidentie van psychische klachten of verminderde arbeidsprestaties – aan te bevelen.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Hoewel de huidige selectiemethoden enig effect lijken te hebben binnen organisaties, kan er niet specifiek gezegd worden dat ze PTSS kunnen voorkomen. Ze kunnen echter wel van invloed zijn op andere uitkomsten, zoals uitval en functioneren, evenals de communicatie met collega's.
- Er zijn verschillen opgemerkt tussen verschillende geüniformeerde beroepen. Bijvoorbeeld, iedereen kan ambulanceverpleegkundige worden zonder psychologische assessments en er is onduidelijkheid over hoe de keuzes worden gemaakt tussen chauffeur en verpleegkundige. Momenteel zijn er geen psychologische testen voor deze functies.
- In de praktijk worden verschillende selectiemethoden gebruikt voor specifieke taken, maar er is geen duidelijke evidentie of consensus over de beste aanpak.

3.4 (Type A/B) Welke vormen van monitoren van de gezondheid en het functioneren van geüniformeerden zijn effectief/wenselijk?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur

- Er is (nog steeds) geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor de werking van de screeningsinstrumenten bij geüniformeerden als signaleringsinstrumenten voor gezondheidsklachten of gerelateerde functioneringsproblematiek ⁹. Wel zijn resultaten van het gebruik van screeningsinstrumenten beschreven in het kader van vroegdiagnostiek.

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

Aanbeveling 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 met betrekking tot nazorg en collegiale opvang noodzakelijk, waarbinnen:

- voorzien wordt in goed getraind en professioneel personeel;
- de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners vooraf duidelijk zijn vastgelegd;
- professionele hulp beschikbaar is.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- De Australische richtlijn (2021) adviseert systematisch screening bij geüniformeerden om acute stressstoornis (ASS) of PTSS tijdig te onderkennen, maar wijst ook op het feit dat de symptomen pas laat kunnen optreden. Een jaarlijkse screening zou daarbij nuttig kunnen zijn ¹⁰. De NICE richtlijn PTSS (2018) adviseert screening via een kort screeningsinstrument een maand na de gebeurtenis, met een follow-up-contact een maand later ¹¹.
- De Arbowet benoemt in het kader van algemene preventie medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO/MeMo), hierdoor kan de organisatie snel op de hoogte zijn als er iets speelt en op gepaste

wijzen ingrijpen wanneer nodig. Op dit moment is volgens de Arbowet een MTO niet wettelijk verplicht. Wel kan het zijn dat in de CAO afspraken zijn gemaakt met betrekking tot een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) en kan het MTO hier een onderdeel van uitmaken (artikel 5).

- De werkgever is verplicht om een RI&E te maken met betrekking tot de arbeidsomstandigheden en de risicobeperkende maatregelen die er binnen een te bepalen termijn zullen worden genomen (Arbowet artikel 5, lid 1 en 3). Uit de RI&E volgt de frequentie en inhoud van het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO). De uitvoering van het PAGO ligt bij de arbodienst en deelname is vrijwillig voor medewerkers. Individuele medewerkers krijgen advies van de verpleegkundige of arts van de arbodienst n.a.v. het PAGO onderzoek. Indien uit de analyse organisatiebreed blijkt dat relatief veel medewerkers gezondheidsklachten ervaren, dient dit als signaal voor het ontwikkelen van een plan van aanpak om risicofactoren in het werk aan te pakken.
- In de ISO Occupational health and safety management – *Guidelines for managing psychosocial risks* staat een richtlijn voor psychologische gezondheid en veiligheid op de werkvloer ¹. Hier staan ook richtlijnen in over het opzetten van systemen en processen om de psychologische gezondheid en veiligheid op de werkplek regelmatig te monitoren. Bijvoorbeeld door gebruik van vragenlijsten, feedbackprocedures, incidentrapportagesystemen en andere relevante methoden voor monitoring te allen tijde.

Kennis uit de focusgroep met preventiemedewerkers

- Uit de focusgroep blijkt dat het uitvoeren van *best-practices* zoals continu monitoren en te allen tijde proactief handelen belangrijk zijn. Voorbeelden hiervan zijn het Buddy systeem bij de Nationale Politie, Mental Check Ups en Zelfscreeners (een online instrument dat in kaart brengt wat medewerkers energie geeft in het werk en wat stress oplevert (thuis of op het werk) en hoe men daarmee omgaat).

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Sommige organisaties benoemen dat ze regelmatig medische/bio-psychosociale check-ups inzetten of overwegen om in te zetten omdat dat mogelijk vroeg kan signaleren of er sprake is van verminderde duurzame inzetbaarheid of klachten.

3.5 (Type B/C) Op welke manier dient het thuisfront van geüniformeerden te worden betrokken en ondersteund?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur

- Sociale steun wordt als beschermende factor benoemd. De werk-privé balans komt naar voren als stressor (zie bijlage 3, literatuurstudie deel 1).

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Het thuisfront behoort tot de meest naaste kring in het kringenmodel en vormt daarmee een essentiële eerste steunbron voor een medewerker.
- Het thuisfront wordt in de originele richtlijn benoemd onder de taken collegiale ondersteuning (ingezet na incidenten): collegiale ondersteuning heeft als doel de arbeidsomstandigheden en het welzijn van de geüniformeerde te bevorderen. De richtlijn zegt daarover:
 1. Mobiliseren van het sociale netwerk. De familie en de sociale omgeving (zoals collega's) zijn een belangrijke steun voor een normaal verwerkingsproces. Deze hulp wordt door collegiale

ondersteuning zo goed mogelijk geactiveerd. Het thuisfront wordt hierover indien nodig geïnformeerd, maar ook de medewerkers worden aangemoedigd om thuis en op het werk hun ervaringen te delen, en zo veel mogelijk dagelijkse activiteiten te handhaven. In veel gevallen zal dit voldoende zijn om de schokkende gebeurtenis adequaat te verwerken.

2. Bijsturen van negatieve reacties uit de omgeving. Kwetsende reacties en adviezen door het sociale netwerk of collega's werken negatief op het verwerkingsproces. Tijdens opvanggesprekken wordt nagegaan of negatieve reacties worden ervaren.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- Het is bekend dat klachten van geüniformeerden effect hebben op hun naasten, bijvoorbeeld zoals beschreven in het Dutchbat III onderzoek ¹².

Kennis uit de focusgroep Caribisch gebied

- Er is besproken dat het thuisfront belangrijk is bij het signaleren van problemen en klachten. En ook in het ondersteunen en de algemene preventie.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- De projectgroep vindt het betrekken van het thuisfront belangrijk.
- Gezondheid van het thuisfront wordt momenteel niet formeel geregeld, behalve bij Defensie waar het beperkt is tot werkgerelateerde kwesties rondom uitzendingen.
- Er is geconcludeerd dat organisaties moeten faciliteren en mogelijk maken dat het thuisfront wordt geïnformeerd over het signaleren. Aandacht voor het thuisfront moet ook in de doorgeleiding naar professionele zorgverlening worden opgenomen.

3.6 (Type A/C) Wat is goede voorlichting (psycho-informatie), opleiding, en training op het gebied van psychosociale hulpverlening voor de medewerker?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur

- Training en opleiding (voorbereidend en paraat) lijken beschermende factoren voor het ontwikkelen van stress gerelateerde klachten na ingrijpende gebeurtenissen (zie bijlage 3, literatuurstudie deel 1).
- Er is geen eenduidige evidentie voor de effectiviteit van preventiestrategieën. Algemene preventiestrategieën die een klein positief effect lieten zien in vergelijking met een controle groep waren: psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, mindfulness, stress inoculatie, aandachtstraining, realistische scenario's, tactische vaardigheden, guided imagery en huiswerk ¹³⁻¹⁷. Er zijn echter ook studies die geen verschil lieten zien tussen deze preventiestrategieën en een controle conditie (zie bijlage 3, literatuurstudie deel 2). Er kan daarom geen specifieke strategie worden aangeraden.
- Toch wordt het gebruik van preventiestrategieën aanbevolen gezien er geen *negatieve* effecten van preventiestrategieën zijn gevonden.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- De beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals benadrukt dat het verkrijgen van psycho-informatie ⁱⁱⁱ op het gebied van veerkracht, stressbeheersing en zelfzorg van belang is voor het bevorderen van een veilige en gezonde werkomgeving.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Er is consensus dat de organisatie passende voorlichting (psycho-informatie), opleiding en training moet bieden aan de medewerkers en leidinggevenden.
- De meeste projectgroepleden zijn het eens dat organisaties een eigen kost-baten afweging dienen te maken voor de inzet van algemene preventiestrategieën.
- Er is opgemerkt dat preventiestrategieën lastig meetbaar zijn (kwaliteit en daadwerkelijk gebruik/inzet), en dat een kosten-baten afweging niet altijd zelf gemaakt kan worden.

3.7 (Type C) Welke kennis en vaardigheden moeten in training aan bod komen t.b.v. selectie/monitoring (voor medewerkers, BOT, leidinggevenden, thuisfront)?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden:

- Overweging bij 4.2.4, p82: Men moet bewust en uit eigen overweging kiezen voor een functie als collegiale ondersteuner, bereid zijn om hulp te verlenen en aan de vereiste competenties kunnen voldoen. Deelname is niet verplicht en hoort ook niet verplicht te zijn.
- Overweging bij 4.2.4, p82: Er dient een voorziening te worden gecreëerd voor multidisciplinaire uitwisseling van ervaringen tijdens de opleiding en daarna.
- Overweging bij 4.2.4, p82: Er dient aandacht voor deze competenties te zijn binnen de opleiding van leden collegiale ondersteuning.
- Aanbeveling 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;
 - schokkende gebeurtenissen en de gevolgen ervan;
 - en het kunnen herkennen van problemen in verwerking.
- Aanbeveling 43: De projectgroep beveelt aan dat leidinggevenden een zeker kennis- en vaardigheidsniveau hebben voor de signalering van psychosociale problemen bij geüniformeerden na schokkende 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;

ⁱⁱⁱ Psycho-informatie versus psycho-educatie: Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde (vaak herhaalde) informatie en training aan getroffen en wordt soms in cursusvorm gegeven. Doel is om verandering te bereiken in traumagerelateerd gedrag met behulp van voorlichting en psychosociale strategieën (Richtlijn Rampen en Crises). Voorlichting over psychosociale gevolgen wordt in tegenstelling tot psycho-educatie niet gestructureerd of herhaald gegeven, en heeft als doel het geruststellen van getroffen en het geven van uitleg over normale reacties (Richtlijn Rampen en Crises). Dergelijke voorlichting wordt in de oorspronkelijke richtlijn en deze herziening psycho-informatie genoemd. Psycho-informatie vindt vaak los van gesprekken met collegiale ondersteuning plaats via opleidingstrajecten, maar kan ook deel uitmaken van collegiale ondersteuning zelf.

- kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
 - kennis van de handelwijze bij trauma gerelateerd 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 geüniformeerde te ondersteunen;
 - kennis van de taken, organisatie en werkwijze van de collegiale ondersteuning en de wijze waarop deze in te schakelen;'
 - vaardigheid om bij psychosociale problematiek met de geüniformeerde in gesprek te gaan om hem/haar te motiveren tot het zoeken van deskundige ondersteuning.
- Aanbeveling 45. De projectgroep beveelt aan dat signalering niet alleen bij calamiteiten plaatsvindt, maar ingebed wordt in de dagelijkse routine. Het is belangrijk de communicatie goed te borgen.
 - Aanbeveling 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.
 - Aanbeveling 47. Bij 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 inzet van collegiale ondersteuning (opnemen in certificeringstraject);
 - periodieke verslaglegging over het bovenstaande binnen de organisatie.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- Conform de Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals heeft de leidinggevende, coördinator of opleider het beste zicht op het welbevinden van de zorgprofessionals en het team ¹⁸. Daarnaast heeft deze ook zicht op het welzijn van de collegiaal ondersteuners, nadat zij zijn ingezet om te ondersteunen. Dit alles dient te gebeuren 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.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- De meeste organisaties vinden dat ten behoeve van algemene preventie (selectie, opleiding, monitoring, signaleren) het van belang is dat de betreffende sleutelpersonen de juiste competenties in huis hebben. Dit relevante kennis- en vaardighedenniveau 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 trauma gerelateerd 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 geüniformeerde te ondersteunen;
 - kennis van de taken, organisatie en werkwijze van de collegiale ondersteuning en de wijze waarop deze in te schakelen;
 - vaardigheid om bij psychosociale problematiek met de geüniformeerde in gesprek te gaan om hem/haar te motiveren tot het zoeken van deskundige ondersteuning.
- Hierbij is een aantal kanttekeningen:
 - Er moet opgepast worden dat kennis en scholing afbreuk kunnen doen aan het begrip ‘collegiaal’;
 - Er mist kennis hebben van de cultuur. Bijvoorbeeld; Brandweermensen zoeken bij voorkeur hulp bij professionals in de geestelijke gezondheidszorg die bekend zijn met de brandweercultuur.
 - Er moet per doelgroep aandacht zijn voor specifieke organisatorische stressoren zoals ploegendiensten, werkcultuur en werkdruk.
 - Er dient een focus te liggen op het versterken van de sociale ecologie/steunende context – zoals mindset, lokale verbondenheid en ervaring (in plaats van op universele oplossingen die de stress verminderen).

3.8 (Type C) Hoe moet melden, registreren en monitoren van incidenten (o.a. agressie en geweld) worden ingericht?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Als gezondheidsmonitoring van geüniformeerden toegepast wordt, is het van groot belang dat de organisatie in een zo vroeg mogelijk stadium na een schokkende gebeurtenis een registratie aanlegt. Hierbij dient dan aangegeven te worden welk personeel aanwezig was en op welke wijze en welk tijdstip zij werden ingezet. Dit is belangrijk om de mate van blootstelling (exposure) te kunnen bepalen ¹⁹.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- In de Arbowet wordt het onderwerp van agressie en geweld behandeld binnen de context van psychosociale arbeidsbelasting. Op basis van deze wet moeten werkgevers een beleid implementeren dat gericht is op het voorkomen of beperken van deze vorm van werkgerelateerde belasting. Het Arbobesluit verduidelijkt deze verplichting in afdeling 4, artikel 2.15 en vereist dat werkgevers de risico's in kaart brengen in een Risico-inventarisatie en -evaluatie.
- Volgens de Arbowet - Psychosociale arbeidsbelasting (PSA) is van agressie en geweld sprake wanneer een werknemer verbaal of fysiek wordt lastiggevallen, bedreigd of aangevallen. Dit kan ontstaan door individuen die deel uitmaken van de organisatie, zoals collega's en leidinggevenden, maar ook door externe partijen zoals klanten, cliënten en patiënten. In beide gevallen moet de werkgever stappen ondernemen om deze situaties te voorkomen.

- Volgens de Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals vereist effectief omgaan met ongewenst gedrag op het werk een duidelijke organisatorische benadering, zoals richtlijnen en collegiale ondersteuning. Een relatiegerichte leiderschapsstijl, samenwerking en een ondersteunende werkcultuur dragen bij aan het beschermen van werknemers. Het creëren van een laagdrempelige meldcultuur is daarbij essentieel.
- Onderzoek “*Meer dan een vinkje: Een onderzoek naar het versterken van de bereidheid van ambtenaren om agressie en geweld te melden en te registreren*” beschrijft factoren m.b.t. agressie en geweld die de bereidheid tot melden en registreren kunnen vergroten. Deze factoren zijn gebaseerd op literatuuronderzoek en interviews, en omvatten: normeren, protocolleren en informeren, een laagdrempelig, veilig, duidelijk en efficiënt meld- en registratieproces, leidinggevenden stimuleren een rol te nemen, belang van melden en registreren onder de aandacht brengen, en melden en registreren moet lonend zijn ²⁰.
- Het onderzoek “*Indicatoren van agressie en geweld - Een verkenning van indicatoren van agressie en geweld jegens politieambtenaren, brandweelieden en buitengewone opsporingsambtenaren (Boa’s)*” biedt handvatten hoe de aard en omvang van agressie en geweld tegen geüniformeerden te kunnen monitoren ²¹. Zo is het essentieel om eenduidigheid te verkrijgen over welke indicatoren er worden gebruikt om het aantal incidenten te meten. En bovendien dat registratie van incidenten niet tot onnodige administratieve lasten leidt. Er wordt in het rapport beschreven dat een incident niet altijd als zodanig wordt ervaren en daarom niet wordt gemeld. Daarom zou men de aard van het incident kunnen loskoppelen van de beleving (gevolgen) van het incident. Zo kunnen trends in de incidentie landelijk in beeld gebracht worden, en incidentie beter vergeleken worden tussen de verschillende beroepsgroepen
- M.b.t. melden en registreren van incidenten, zijn er over agressie en geweld en vanuit de *Taskforce onze Hulpverleners Veilig* wat aanbevelingen geformuleerd:
 - Het is aanbevolen dat de werkgever actief benadrukt en communiceert dat medewerkers worden aangemoedigd om situaties met agressie en geweld, inclusief gevallen op *social media* te melden en te registreren. Hiermee draagt de werkgever bij aan het vergroten van de aangifte- en meldingsbereidheid.
 - De werkgever faciliteert dit op een laagdrempelige wijze. Bijv. door laagdrempelige en eenvoudige manieren van registreren aan te bieden.
 - De werkgever maakt periodiek de resultaten zichtbaar voor medewerkers en communiceert ook regelmatig over de maatregelen die genomen worden naar aanleiding van deze resultaten.
 - De werkgever is bereid om periodiek informatie te verstrekken voor vergelijking en analyse doeleinden met andere organisaties.
 - Ondersteuning bieden om (anoniem) aangifte te doen bij de politie.
 - Ondersteuning bieden bij civielrechtelijke aanpak.
 - De werkgever ondersteunt medewerkers bij het civielrechtelijk aanklagen van bekende daders en het vragen van een schadevergoeding.
 - De werkgevers zetten indien mogelijk, publiekrechtelijke instrumenten in tegen bekende daders/verdachten (bijv. stop brief).
 - De werkgever acht het zijn plicht medewerkers goed opgeleid en getraind, weerbaar en voorzien van de juiste middelen en back up processen hun werk te laten doen.
- Het *Handelingskader doxing* biedt werkgevers handvatten voor het omgaan met doxing. Met als doel om de impact van doxing op medewerkers met een publieke taak te verminderen ²². Ook

kunnen leidinggevenden en medewerkers kennis ontlenen aan dit handelingskader. Doxing wordt ook wel omschreven als intimidatie met persoonsgegevens. Dit handelingskader beschrijft drie fases bij doxing: 'preventie', 'handelen bij doxing' en 'nazorg'.

- Agressie en intimidatie is niet normaal en hoort niet geaccepteerd te worden. Daarom hebben het Netwerk Weerbaar Bestuur en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties een collectieve norm voor decentrale politieke ambtsdragers tegen externe agressie en intimidatie ontwikkeld. Er is voor een bredere doelgroep: ambtenaren, medewerkers en organisaties die te maken krijgen met agressie op de werkvloer, een nieuwe collectieve norm gelanceerd 'Stop Agressie Samen'²³. Dit geeft medewerkers, leidinggevenden en werkgevers duidelijke handvatten om nee te zeggen tegen agressie.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- In de projectgroep is er consensus over het belang van melden, registreren en monitoren van incidenten om enige grip/overzicht te krijgen en te houden op de risico's die ontstaan. Daarbij kan rekening gehouden worden met de duur, frequentie en intensiteit van de ingrijpende gebeurtenis.
- Er is consensus dat de werkgever registreren op een laagdrempelige wijze faciliteert en het zijn plicht acht medewerkers goed opgeleid en getraind, weerbaar en voorzien van de juiste middelen en back up processen hun werk te laten doen.
- Daarnaast vinden de meeste organisaties dat de werkgever:
 - Melden en registreren aanmoedigt (vergroten van de aangifte- en meldingsbereidheid).
 - Periodiek de resultaten zichtbaar maakt voor medewerkers en regelmatig over de maatregelen die genomen worden n.a.v. deze resultaten communiceert.
 - Periodiek informatie verstrekt voor vergelijking en analyse doeleinden met andere organisaties.
 - Ondersteuning biedt bij civielrechtelijke aanpak.
- Er is onduidelijkheid binnen de projectgroep of de werkgever:
 - (Anoniem) aangifte doen bij de politie ondersteunt.
 - Medewerkers ondersteunt bij het civielrechtelijk aanklagen van bekende daders en het vragen van een schadevergoeding.
 - Publiekrechtelijke instrumenten inzet tegen bekende daders/verdachten (bijv. stop brief).

3.9 (Type B/C) Wanneer houdt de verantwoordelijkheid van de werkgever op?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- De huidige richtlijn beschrijft het beleid rond het welzijn van werknemers zoals dat geldig is gedurende het functioneel werkgever/werknemerschap. De richtlijn doet geen uitspraken over de verantwoordelijkheden voor het welzijn van werknemers zodra zij geen relatie met de werkgever meer hebben (post-actieven).

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- In overeenstemming met de Arbowet zijn werkgevers primair verantwoordelijk voor de arbeidsomstandigheden in de organisatie.
- De Veteranenwet stelt dat Defensie verantwoordelijk is voor de nazorg van veteranen die op een officiële uitzending zijn geweest, ook na de diensttijd.

- De Wet verbetering poortwachter helpt zieke werknemers zo spoedig mogelijk te laten terugkeren naar het werk.

3.10 (Type B/C) Bij wie ligt welke verantwoordelijkheid voor de preventie?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- De originele Richtlijn heeft vier doelgroepen: (1) geüniformeerden zelf; (2) georganiseerde collegiale ondersteuning; (3) direct operationeel leidinggevenden; (4) het management. De uitgangspunten van de Richtlijn zijn geordend op basis van deze doelgroepen.
 - geüniformeerden zelf: (aanbeveling 39) Iedere werknemer 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.
 - georganiseerde collegiale ondersteuning (aanbeveling 23): De projectgroep beveelt aan dat georganiseerde collegiale ondersteuning tot taak heeft de collega's na een schokkende gebeurtenis te ondersteunen, waarbij aandacht gegeven dient te worden aan:
 - bieden van praktische hulp;
 - stimuleren van een gezonde verwerking;
 - vroegtijdige signalering en tijdige doorgeleiding naar professionele zorgverlening;
 - monitoren van het proces van verwerking;
 - mobiliseren van het sociale netwerk.
 - aandacht schenken aan negatieve reacties uit de omgeving.
 Deze aspecten kunnen per hulpverleningsdienst worden aangevuld met specifieke aandachtspunten.
 - direct operationeel leidinggevenden (aanbeveling 43): De projectgroep beveelt aan dat leidinggevenden een zeker kennis- en vaardigheidsniveau hebben voor de signalering van psychosociale problemen bij geüniformeerden na schokkende gebeurtenissen.
 - het management (aanbeveling 4): De projectgroep stelt dat psychosociale ondersteuning van geüniformeerden begint bij goed werkgeverschap. Hierbij is binnen de organisatie aandacht voor factoren die mentale veerkracht bevorderen, zoals een aansprekende missie, regel- en ontwikkelmogelijkheden, sociale steun, 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.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Er is geen eenduidige consensus over de morele versus formele verantwoordelijkheid van directe collega's. De projectgroep vindt dat het gedrag en de houding van collega's invloed kunnen hebben op de algemene werkcultuur en individuele ervaringen.
- Verschillende aanpakken van organisatorische verantwoordelijkheid zijn besproken, waaronder het creëren van een positief klimaat door het management, kijken naar leefregelsrichtlijnen en het verbeteren van gespreksvaardigheden onder leidinggevenden.
- Niet alleen signalering, maar ook veilige werkcultuur stimuleren en gespreksvaardigheden hebben om ook moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken. Belangrijk is om stigma te verminderen. Normaliseren en voldoende kennis over de sociale kaart bij (operationeel) leidinggevenden.

- Bedrijfsmaatschappelijk werker heeft een preventieve taak: voorlichting en training, signaal functie (bij KMar en brandweer), vroegtijdig signaleren van psychosociale problematiek (bij politie). Ook psychologen hebben een preventieve zorgtaak.
- Er is consensus dat onnodige blootstelling zoveel mogelijk vermeden moet worden. Er zijn wel specifieke redenen zoals trainingen maar alleen wat noodzakelijk is. Er moet daarom bewustwording komen dat je niet automatisch met z'n allen naar een incident gaat terwijl dat niet nodig is.

3.11. Welke invloed heeft negatieve aandacht in media bij incidenten op het welzijn van geüniformeerden?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Aanbeveling 8. Mediaberichtgeving (met name negatieve berichtgeving) verdient een plek in de nazorg aan geüniformeerden. De projectgroep raadt organisaties aan alert te zijn op de effecten van berichten in de media na schokkende gebeurtenissen in relatie tot de gezondheid van betrokken geüniformeerden.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- Het *Handelingskader doxing* biedt werkgevers handvatten voor het omgaan met doxing. Met als doel om de impact van doxing op medewerkers met een publieke taak te verminderen ²². Ook kunnen leidinggevenden en medewerkers kennis ontlenen aan dit handelingskader. Doxing wordt ook wel omschreven als intimidatie met persoonsgegevens. Dit handelingskader beschrijft drie fases bij doxing: 'preventie', 'handelen bij doxing' en 'nazorg'.

Kennis uit de focusgroep met preventiemedewerkers

- Tijdens de focusgroep is het belang van zowel interne als externe communicatie naar voren gekomen. Er werd benadrukt dat de wijze waarop incidenten gecommuniceerd worden, een preventieve werking kan hebben. Een voorbeeld hiervan is de communicatieafdeling van de politie, die ervoor zorgt dat verhalen van medewerkers intern (online) beschikbaar zijn waarin psychosociale kwesties worden besproken. Daarnaast houdt het communicatieteam in de gaten of er online zaken spelen die relevant zijn voor de politie, zowel intern als extern. Deze communicatie wordt op een manier uitgevoerd die de sociale steun voor medewerkers bevordert. Bij de politie wordt deze aanpak gestuurd door de leidinggevenden. Het is de bedoeling dat de leidinggevende dit signaleert en doorspeelt naar de communicatieafdeling. In de praktijk kan het echter voorkomen dat de communicatieafdeling zelf zaken oppikt en deze vervolgens in kaart brengt voor de leidinggevende.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- In het kader van netvliesvervuiling, is er opgemerkt dat veel mensen direct na een gebeurtenis online veel informatie proberen te vinden. Een voorbeeld hiervan is een incident, waarbij een documentaire werd uitgebracht en alle collega's actief betrokken waren, er is toen besloten om gezamenlijk de documentaire te bekijken. Meerdere organisaties hebben een vergelijkbare ervaring gehad.

3.12 (Type B/C) Wanneer houdt de verantwoordelijkheid van de werkgever op?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- De huidige richtlijn beschrijft het beleid rond het welzijn van werknemers zoals dat geldig is gedurende het functioneel werkgever/werknemerschap. De richtlijn doet geen uitspraken over de verantwoordelijkheden voor het welzijn van werknemers zodra zij geen relatie met de werkgever meer hebben (post-actieven).

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- In overeenstemming met de Arbowet (artikel 3, 5 en 15) zijn werkgevers primair verantwoordelijk voor de arbeidsomstandigheden in de organisatie ²⁴. De bedrijfsarts speelt daarbij een belangrijke rol.
- De Veteranenwet stelt dat Defensie verantwoordelijk is voor de nazorg van veteranen die op een officiële uitzending zijn geweest, ook na de diensttijd (levenslang) ²⁵.
- De Minister van Defensie heeft een zorgplicht voor veteranen en hun relaties, waarbij zij goed worden begeleid na afloop van de inzet. Ter uitvoering hiervan worden regels gesteld, zoals het voorzien in sociaal medische begeleiding, ondersteuning bij het vinden van een nieuwe betrekking na militair ontslag, het organiseren van nazorgbijeenkomsten en het faciliteren van deelname aan nazorgbijeenkomsten (Artikel 4) ²⁵.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Er is consensus binnen de projectgroep dat de werkgever idealiter verantwoordelijkheid neemt wanneer de werknemer klachten krijgt die werkgerelateerd zijn. Maar ook voor klachten die ontstaan na pensionering.
- Bij de politie spreekt men straks niet meer van een erkende beroepsziekte, maar van beroepsgerelateerde gezondheidsklachten. Als de klachten ook maar enigszins met het werk te maken hebben, dan kan de medewerker gebruik maken van zorg, begeleiding en ondersteuning. Pas na vaststelling medische eindsituatie, wordt gekeken of de klachten door het werk komt. Een erkenning zoals dat nu wordt toegepast, is dan niet meer relevant.

4. Incident-gebonden georganiseerde collegiale ondersteuning

4.1 (Type A/B/C) Hoe moet collegiale ondersteuning (BOT/TCO) georganiseerd zijn?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur

- De literatuurstudie (bijlage 3, literatuurstudie deel 2) liet zien dat er weinig hoge kwaliteit evidentie is voor een specifieke strategie. De 12 *randomized controlled trials* (RCTs) die werden gevonden, beschrijven dat incident-gebonden preventiestrategieën positieve effecten hebben voor geüniformeerden in vergelijking met een controlegroep (N=5), of dat er geen verschil is tussen de groepen (N=7). Er is één RCT geïdentificeerd bij militairen na uitzending die een kleine toename van PTSS klachten beschrijft in de groep mét *psychologische debriefing* in vergelijking met de controlegroep ²⁶.
- Er zijn aanwijzingen dat preventiestrategieën vooral effectief zijn bij deelnemers die in hoge mate zijn of worden blootgesteld aan ingrijpende gebeurtenissen. De verwachting is dat in deze groepen de meeste problemen optreden waar preventieve aanpakken baat hebben.

- Preventiestrategieën die na incidenten zijn ingezet bij geüniformeerden die met (een) RCT(s) zijn onderzocht en positieve/gemixte (en geen negatieve) effecten laten zien:
 - **Attention Bias Modification training (ABMT):** is ontworpen om de cognitieve verwerking van ingrijpende gebeurtenissen te verbeteren door deelnemers te trainen om hun aandacht en waakzaamheid voor potentieel uitzendgerelateerde (kleine) dreigingen te verhogen ¹⁷.
 - **Battlemind training:** richt zich op het versterken van mentale kracht, stressbeheer en presteren onder druk om beter om te kunnen gaan met spanning en uitdagingen tijdens gevechtssituaties en uitzendingen. De interventie is bedoeld om militairen te helpen bij de re-integratie na uitzending en het bevorderen van sociale ondersteuning voor, tijdens en na uitzending (inclusief ondersteuning door collega's en management) ²⁷⁻²⁹.
 - **Groepscohesie training:** coöperatieve spellen spelen of de woorden die ze het liefst privé willen zeggen, te vertellen of te schreeuwen in het openbaar ³⁰.
 - **Groepstherapie:** is een vorm van psychotherapie waarbij een therapeut een kleine groep individuen begeleidt om samen te praten in een veilige omgeving over hun emotionele en psychologische uitdagingen. Existentiële therapie, kunsttherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) en psycho-informatie worden hierbij ingezet ³¹.
 - **Hatha yoga:** is een vorm van yoga met een focus op fysieke houdingen en specifieke ademhalingstechnieken ³²;
 - **Mindfulness-Based Resilience Training (MBRT):** combineert mindfulness technieken met CGT, helpt bij het bewust worden van gedachten en emoties ³³.
 - **Psycho-informatie:** is voorlichting over (normale) stressreacties en mogelijke klachten en heeft vaak als doel het geruststellen van geüniformeerden na incidenten en het geven van uitleg over normale reacties. Psycho-informatie wordt vaak in combinatie met andere strategieën toegepast. In de RCTs was psycho-informatie ook vaak een controleconditie ^{27,29,34-36}.
 - **Third location decompression (TLD):** dit programma bevat zowel psycho-informatie als gelegenheid voor rust en ontspanning. Deze activiteiten vinden plaats op een locatie die niet in het uitzendgebied of thuis is; het wordt daarom aangeduid als een derde locatie ²⁹.
- Ondanks dat er geen wetenschappelijke evidentie is gevonden voor de inzet van collegiale ondersteuning, is er vanuit de literatuur wel bekend dat sociale steun een belangrijke factor is om de impact van een ingrijpende gebeurtenis op het werk te verminderen ¹².

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- De update van de literatuur uit de originele Richtlijn met recente reviews bracht geen grote vernieuwende inzichten (bijlage 3, literatuurstudie deel 2). Strategieën die in de originele Richtlijn worden benoemd en in de praktijk worden toegepast na incidenten zijn:
 - **Operationele debriefing** houdt in dat (al dan niet groepsgewijs) een incident wordt nabesproken met betrokken medewerkers, kort nadat dat incident heeft plaatsgevonden, waarbij het achterhalen van de feiten centraal staat. Het gaat om het uitwisselen van informatie over wat er is gebeurd, het verantwoorden van tactische beslissingen en bespreken van de uitvoering. De beleving van het incident en wat het met de medewerkers gedaan heeft, staat niet centraal. Operationele debriefing wordt aanbevolen, omdat het kan helpen onduidelijkheden weg te nemen, aanknopingspunten kan geven om van te leren, en vertrouwen kan bieden voor volgende situaties en om te kunnen leren van een gebeurtenis. Vaak is een dergelijke feitelijke nabespreking ook voldoende om weer verder te kunnen werken ^{37,38}. Psychologische debriefing (eenmalig semigestructureerd gesprek, waarin het ophalen, herbeleven of herinneren van de

- gebeurtenis en daaropvolgende emotionele reacties centraal staan) wordt in het algemeen afgeraden na incidenten ^{30,34,36,39}. Specifiek voor geüniformeerden medewerkers is er één RCT geïdentificeerd bij militairen na uitzending die een kleine toename van PTSS symptomen beschrijft in de groep mét psychologische debriefing in vergelijking met de controlegroep ²⁶. Ook in andere doelgroepen werden negatieve effecten van psychologische debriefing gevonden.
- **Psychological first aid (PFA)** is een *first responder* preventiestrategie die gericht is op het ondersteunen van individuen in een crisis, zonder direct diep in te gaan op de ingrijpende gebeurtenis of het bespreken ervan. PFA heeft als doel stresssymptomen te verminderen en te helpen bij een gezond herstel na een ingrijpende gebeurtenis. Het doel is om individuen te helpen zich veilig en gekalmeerd te voelen en indien nodig door te verwijzen naar verdere professionele hulp en ondersteuning ⁴⁰.
 - **Trauma Risk Management (TRiM)** maakt gebruik van speciaal opgeleide collega's (peer-led), om begeleiding te bieden aan medewerkers die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt en bespreekt tien voorspellers van stressgerelateerde klachten ⁴¹.
 - Strategieën die in de originele Richtlijn worden benoemd en in de praktijk worden **afgeraden** na incidenten zijn:
 - **Psychologische debriefing/Critical Incident Stress Debriefing (CISD)**: een eenmalig semigestructureerd gesprek met een persoon die kort daarvoor is getroffen door een ingrijpende gebeurtenis, waarin het ophalen, herbeleven of herinneren van de gebeurtenis en daaropvolgende emotionele reacties centraal staan ³⁹. Specifiek voor geüniformeerden is er één RCT geïdentificeerd bij militairen na uitzending die een kleine toename van PTSS klachten beschrijft in de groep mét *psychologische debriefing* in vergelijking met de controlegroep ²⁶. Deze bevinding en negatieve effecten gevonden in andere doelgroepen hebben geleid tot het algemeen afraden van *psychologische debriefing* voor geüniformeerden ^{30,34,36,42}.
 - Aanbeveling 17. De projectgroep adviseert te streven naar een steunende context door middel van een 'vorm van collegiale ondersteuning waarbij geprobeerd wordt werknemers met werkgerelateerde potentieel traumatische ervaringen steun en psychosociale zorg te verlenen om verminderde duurzame inzetbaarheid te voorkomen'. Deze collegiale ondersteuning sluit aan bij de werkwijze zoals die op dit moment geboden wordt door de geüniformeerde organisaties.
 - Aanbeveling 18. Om tot een 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.
 - Aanbeveling 19. De projectgroep beveelt aan de termen operationele debriefing en psycho-informatie te gebruiken en het gebruik van de term psychologische debriefing te mijden.
 - Aanbeveling 20. De projectgroep beveelt aan tijd vrij te maken voor operationele debriefing en dit zo mogelijk multidisciplinair te organiseren, waarbij niet nadrukkelijk aandacht wordt ingeruimd voor emoties.
 - Aanbeveling 21. Ondanks onvoldoende evidentie op wetenschappelijk niveau voor de effectiviteit van voorlichting, beveelt de projectgroep voorlichting middels psycho-informatie aan ter versterking van het functioneren/duurzame inzetbaarheid van de geüniformeerde. Psycho-informatie is erop gericht de praktische zelfredzaamheid van de geüniformeerde en diens werkcontext te vergroten, door erkenning en herkenning van het meegemaakte, het benadrukken van het belang van aspecten als *watchful waiting*, monitoring van de geüniformeerde in diens functioneren en indien van toepassing door het bevorderen van adequaat hulpgedrag. Deze vorm van informatie moet niet

alleen na een incident worden aangeboden, maar al eerder onder de aandacht van de werknemer worden gebracht (zie Hoofdstuk 3 originele Richtlijn).

- Aanbeveling 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.
- Aanbeveling 23. De projectgroep beveelt aan dat georganiseerde collegiale ondersteuning tot taak heeft de collega's na een schokkende gebeurtenis te ondersteunen, waarbij aandacht gegeven dient te worden aan:
 1. Bieden van praktische hulp.
 2. Stimuleren van een gezonde verwerking.
 3. Vroegtijdige signalering en tijdige doorgeleiding naar professionele zorgverlening.
 4. Monitoren van het proces van verwerking.
 5. Mobiliseren van het sociale netwerk.
 6. Aandacht schenken aan negatieve reacties uit de omgeving.

Deze aspecten kunnen per hulpverleningsdienst worden aangevuld met specifieke aandachtspunten.

- Aanbeveling 25. De projectgroep beveelt de toepassing van vier stappen aan binnen georganiseerde collegiale ondersteuning:
 1. Constateren blootstelling of andere aanleiding.
 2. Inroepen/aanwijzen collegiale ondersteuner.
 3. Ondersteunen van collega('s) (de zes taken).
 4. (Indien nodig:) advies tot doorgeleiding naar professionele zorgverlening.

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.

- Aanbeveling 26. De projectgroep beveelt aan om bij de overweging tot inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning uit te gaan van de definitie van een schokkende gebeurtenis zoals is beschreven in aanbeveling 1.
- Aanbeveling 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 geüniformeerden.
 - Onmacht bij de (geüniformeerde) hulpverlener.
 - Een geüniformeerde die zelf aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning.
 - Directe agressie, intimidatie of geweld tegen de hulpverlener.
- Aanbeveling 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.
- Aanbeveling 29. De projectgroep beveelt geüniformeerde organisaties aan om een eigen basisincidentenlijst met specifieke inzetcriteria voor de eigen hulpverleningsdienst op te stellen, waarin de bovenstaande aandachtspunten en overwegingen terugkeren.

- Aanbeveling 30. De projectgroep beveelt aan om deze basisincidentenlijsten onder de verschillende hulpverleningsdiensten te delen. Dit maakt afstemming en uitwisseling van ervaringen en overwegingen mogelijk.
- Aanbeveling 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.
- Aanbeveling 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.
- Aanbeveling 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 vier tot zes weken
 - Derde gesprek: na drie maanden
- Aanbeveling 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 geüniformeerde contact zoekt met professionele zorgverlening.
- Aanbeveling 35. De collegiale ondersteuning heeft naast een ondersteunende ook een signalerende functie.
- Aanbeveling 37. De projectgroep raadt aan een eerste gesprek met georganiseerde collegiale ondersteuning voorrang te geven boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het OM zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.
- Aanbeveling 41. Zodra de georganiseerde collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt in overleg met de betrokkene doorgeleiding geadviseerd naar professionele zorgverlening. Als handvat hierbij kan het lid van de collegiale ondersteuning gebruikmaken van de aandachtspunten zoals genoemd in de aanbeveling 50.
- Aanbeveling 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; screeningslijsten kunnen als diagnostisch instrument alleen worden ingezet door professionele hulpverleners. In de vorm van topiclijsten (bespreekpunten) kunnen de screeningslijsten wel dienen als handvat tijdens een collegiale-ondersteuningsgesprek.
- Aanbeveling 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.
- Aanbeveling 47. Bij 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 inzet van collegiale ondersteuning (opnemen in certificeringstraject)
- Periodieke verslaglegging over het bovenstaande binnen de organisatie
- De stappen in de collegiale ondersteuning (en mogelijke doorgeleiding) zijn in de originele Richtlijn weergegeven in een algemeen stroomschema.



Figuur 1. Stappen in collegiale ondersteuning (en mogelijke doorgeleiding/doorverwijzing)

Stap 1: *Constateren* kan plaatsvinden na een specifieke gebeurtenis, maar ook na een periode van ‘stapeling’ van stress of ingrijpende gebeurtenissen (cumulatie). Om stapeling te kunnen signaleren, is monitoring nodig. Signalering kan plaatsvinden via de leidinggevende, bijvoorbeeld na een operationele debriefing of registratie van gezondheids- of functioneringsproblematiek.

Stap 2: *Inroepen van collegiale ondersteuning* houdt in dat leden van de collegiale ondersteuning worden benaderd en ingeschakeld. Het kan gaan om een aangewezen persoon en om meerdere personen.

Stap 3: *Uitvoeren van collegiale ondersteuning* vergt direct contact met de collega. De collegiale ondersteuner zet zich in. Hij of zij biedt gelegenheid om ‘stoom af te blazen’, biedt een luisterend oor en staat klaar om de collega op te vangen. Ook houdt de collegiale ondersteuner vanuit de organisatie een vinger aan de pols. Dat kan op afstand, maar in het bijzonder door gesprekken aan te gaan. Daarbij kan worden gedacht aan individuele of groepsgesprekken, formeel of informeel. Indien een dergelijk gesprek is gewijd aan de reconstructie van een gebeurtenis of *fact-finding*, dan wordt ook wel gesproken van een *operationele debriefing*.

Stap 4: *Advies tot doorverwijzen* houdt in dat de organisatie aanstuurt op verwijzing naar professionele hulpverleners. Op Defensie na – daar beschikt men over een eigen geestelijke gezondheidszorg – betekent doorgeleiding dat geüniformeerde door professionele zorgverlening, binnen of buiten de eigen organisatie, wordt opgevangen en behandeld. Doorgeleiding naar professionele zorgverlening gebeurt echter maar bij een relatief klein deel van de medewerkers die collegiale ondersteuning ontvangen. In de meeste gevallen is doorgeleiding niet nodig en houdt het schema bij stap 3 op. In figuur 1 wordt dit door middel van een stippellijn weergegeven.

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- Het stroomschema is (onder andere) uitgewerkt voor de National Politie in het *Handboek Team Collegiale Ondersteuning* (2013)⁴³. Dit praktijkvoorbeeld wordt in Figuur 2 en 3 weergegeven.

Kennis uit de focusgroep kleine en vrijwillige organisaties

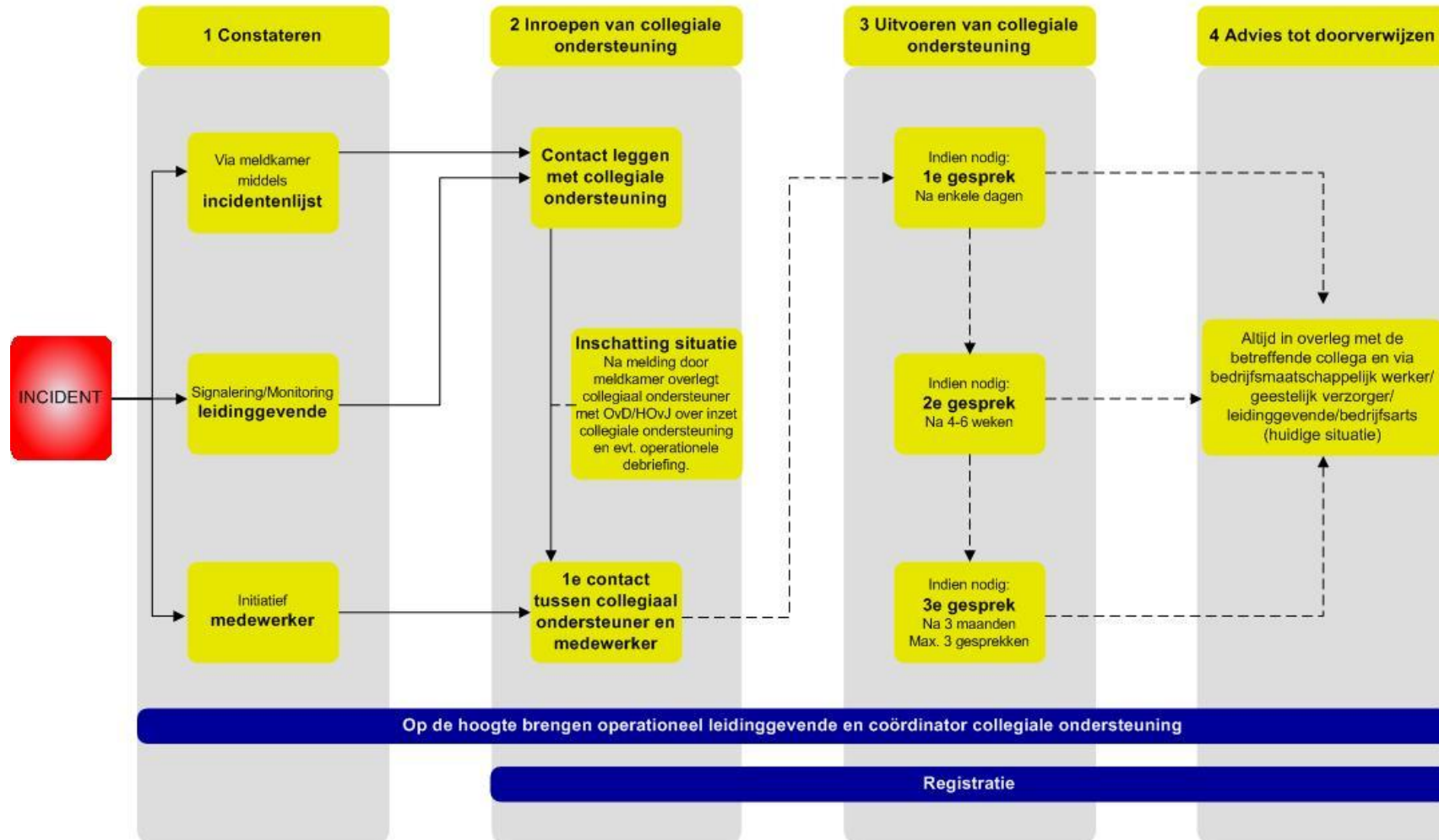
- Georganiseerde collegiale ondersteuning werd gedragen als goede uitwerking van een steunende context organiseren in de tweede kring. De leidinggevende is ook benoemd als sleutelfiguur in de monitoring over langere perioden (langer dan 4 weken na het incident), die getraind dient te zijn in signaleren (bijv. signalen als kort frequent verzuim, vakantiedagen opnemen). Betrekken van HRM en verzuimcoördinatoren werd ook opgemerkt. Ook hier werd de periodieke incheck benoemd. Dit kan bijvoorbeeld door een getrainde collega, geestelijke verzorger of HRM/verzuim als iemand frequent uitvalt. Als oplossing werd ook een multidisciplinair 24/7-loket benoemd voor alle

(kleine/vrijwillige) geüniformeerde organisaties, zoals eerder het politieloket bij het Nederlands Veteraneninstituut. Als laatste werd oog voor het groepsproces benadrukt. Nazorg gebeurt nu vaak individueel, terwijl het effect op een heel team kan hebben.

Overige overwegingen uit de projectgroep

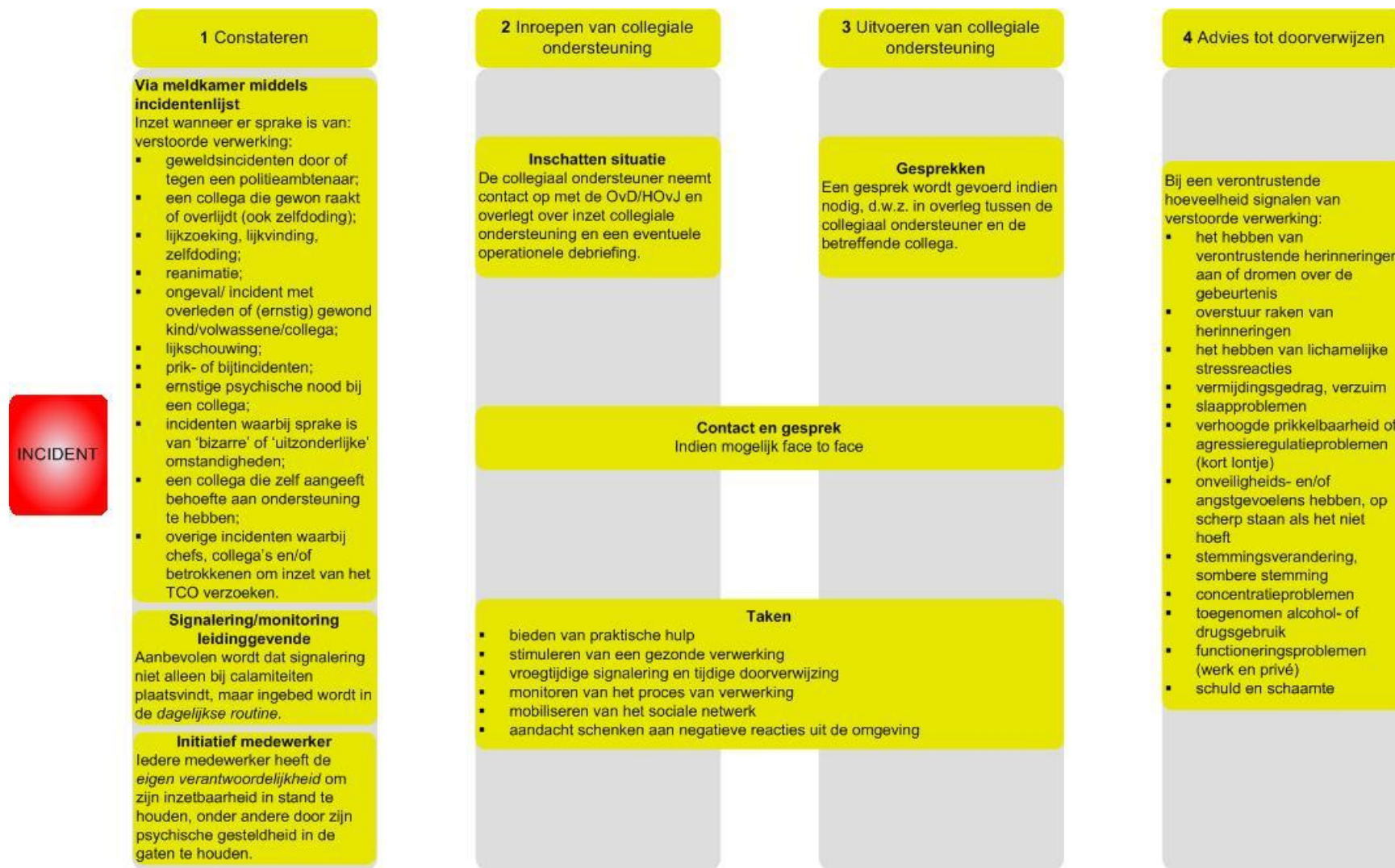
- Het advies van de projectgroep is om twee gesprekken te hebben: eerste contact binnen 24 uur na het incident, het 1^e gesprek enkele dagen na het incident, en het 2^e gesprek kan enkele weken na het incident plaatsvinden.

Stroomschema proces collegiale ondersteuning



Model gebaseerd op de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden februari 2013

Figuur 2. Praktijkvoorbeeld Nationale Politie: Stroomschema proces collegiale ondersteuning (Concept Handboek Team Collegiale Ondersteuning, Nationale Politie(2013))



Model gebaseerd op de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden februari 2013

Figuur 3. Praktijkvoorbeeld Nationale Politie: Toelichting op de activiteiten in het proces van collegiale ondersteuning (Concept Handboek Team Collegiale Ondersteuning, Nationale Politie (2013))

4.2 (Type B/C) Welke kennis en vaardigheden moeten in training aan bod komen of aanwezig zijn over psychosociale ondersteuning na incidenten voor geüniformeerden; collegiale ondersteuning; de leidinggevenden; het management?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Aanbeveling 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, schokkende gebeurtenissen en de gevolgen ervan, en het kunnen herkennen van problemen in verwerking.
- Aanbeveling 39. Iedere werknemer 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.
- Aanbeveling 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
 - Robuust, daadkrachtige persoonlijkheid
 - Zelfstandigheid
 - Betrouwbaarheid

Overige overwegingen uit de projectgroep

- De rol van de hulpverlener is besproken, inclusief de rol van collegiale ondersteuning, intervisie, supervisie en de rol van de coördinator. Er is benadrukt dat samenhang en praktijkvoorbeelden belangrijk zijn.

4.3 (Type C) Welke ondersteuning heeft de georganiseerde collegiale ondersteuning nodig?

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Het belang van de rol van de hulpverlener in de ondersteuning van collegiaal ondersteuners zelf is benadrukt. Personen met zorgtaken binnen de organisatie moeten een actieve rol spelen in de ondersteuning van hun collega's. Dit kan worden bereikt door middel van intervisie en supervisie.
- Verschillende instanties, zoals de politie, brandweer, en de KMar, hebben diverse methoden om het welzijn van hun teams te waarborgen en ondersteunen elkaar op verschillende manieren bij incidenten. Aanbevelingen voor verbetering omvatten het gebruik van deskundigheidsdagen, supervisie, intervisie, buddy-systemen (TCO'ers die elkaar ondersteunen) en het bevorderen van zorg voor elkaar door middel van training, jaarlijkse gesprekken en praktijkvoorbeelden. Daarnaast zijn coördinatoren als belangrijk bestempeld bij het ondersteunen van de collegiale ondersteuning: 'Gewoon samen zijn en met elkaar dingen kunnen delen. Elkaar weten te vinden is belangrijk'.

4.4 (Type C) Hoe moeten leidinggevenden ondersteund worden bij het ondersteunen van hun medewerkers?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Aanbeveling 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, leidinggevenden en leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning.
- Aanbeveling 45. De projectgroep beveelt aan dat signalering niet alleen bij calamiteiten plaatsvindt, maar ingebed wordt in de dagelijkse routine. Het is belangrijk de communicatie goed te borgen.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- De projectgroep vindt dat leidinggevenden inzicht moeten hebben in het proces.
- Er is benadrukt dat een ervaren COGer die goed samenwerkt met de leidinggevende bepaalde taken kan oppakken en zo de leidinggevende kan ondersteunen. Ook zijn maatschappelijk werkers, psychologen, geestelijk verzorgers en het sociaal medisch team waardevol bij het nadenken over wat handig is wanneer nodig.

4.5 (Type C) Hoe moet de opvang en nazorg worden ingericht wanneer hulpdiensten of andere partijen samenwerken bij een incident?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Aanbeveling 24. De projectgroep beveelt multidisciplinaire nabespreking (operationele debriefing) aan voor geüniformeerde hulpdiensten die gezamenlijk betrokken zijn geweest bij een schokkende gebeurtenis.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Er is besproken dat er bij BOT gesprekken (bijvoorbeeld bij de ambulancedienst) manieren worden gezocht om niet alle informatie van incidenten te delen, om te voorkomen dat steeds meer mensen onnodig betrokken raken bij de ingrijpende gebeurtenis en er secundaire traumatisering optreedt. Vanuit dit perspectief lijkt het wenselijk om alleen met verschillende partijen samen te werken na een incident wanneer het strik noodzakelijk is.

4.6 (Type B/C) Hoe moeten geüniformeerden ondersteund worden bij de nasleep van incidenten (zoals agressie/geweld direct tegen hen gericht)? (Bijvoorbeeld het doen van aangifte, de juridische nasleep en niet-strafrechtelijke instrumenten zoals een stop gesprek.)

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- In het stappenplan *Melding en aangifte voor politieke ambtsdragers* is een collectieve norm opgesteld met als uitgangspunt: melden helpt⁴⁴. De praktische stappen die men kan nemen bij een agressie of geweldsincident zijn: 1) meld het incident intern; 2) verzamel zoveel mogelijk feiten; 3) maak een afspraak met de politie 4) doe een melding of aangifte bij de politie; 5) bescherm privégegevens; 6) meld dat je een publieke taak hebt; 7) controleer de melding of aangifte 8) vervolg van de melding of aangifte (wel of niet vervolging); en 9) nazorg (gefaciliteerd) vanuit de organisatie.

- Factsheet *Veilig Publieke Taak* en (gedeeltelijke) anonimiteit in het strafproces: Dit document biedt informatie voor werknemers met een publieke taak die te maken krijgen met agressie en geweld en voor hun werkgevers ⁴⁵.
- Het Kadaster is bronhouder van de Basisregistratie Kadaster ("BRK") en Topografie ⁴⁶. Een persoon kan bij het Kadaster persoonsgegevens uit de Basisregistratie Personen opvragen (eigendomsinformatie), zoals woonadres (waar iemand woont) of objectadres (waar een pand staat en van wie het is, en waar de eigenaar woont). Dat is vaak hetzelfde. Personen die vallen onder de Politiewet (artikel 42 lid 1 onderdeel c) of personen die in het stelsel Bewaken en Beveiligen zijn opgenomen (die bedreigd worden), kunnen een verzoek doen voor afscherming in de BRK. Dan is zowel het woonadres als het objectadres afgeschermd. Alleen notarissen, deurwaarders en bestuursorganen kunnen in aanmerking komen om de afgeschermd gegevens toch in te zien. of je moet toestemming geven aan anderen om het in te zien.
- In het protocol *Veilig Publieke Taak Veiligheidsregio Haaglanden 2020*, staat een procedure beschreven voor de stappen die gezet worden na agressie en geweld tegen medewerkers ⁴⁷. In het kort houdt het in dat de medewerker melding maakt van een incident bij de organisatie, zodat alle incidenten in kaart worden gebracht en procedures na incidenten kunnen worden geëvalueerd. Als er sprake is van een strafbaar feit wordt ook aangifte gedaan bij de politie. De werkgever of de medewerker kan aangifte doen. De werkgever is verantwoordelijk voor het verlenen van nazorg en het nemen van maatregelen indien er sprake is van agressie en geweld tegen de medewerkers.
- In een recent rapport van het NIPV is onderzocht hoe collegiale ondersteuning (TCO) binnen de brandweer is georganiseerd in welke mate de georganiseerde collegiale ondersteuning overeen kwam met de Richtlijn Geüniformeerden, en hoe brandweermensen de georganiseerde collegiale ondersteuning ervaren ⁴⁸. Er zijn grote verschillen in de manier waarop TCO is ingericht. Meestal vindt een eerste gesprek direct na het incident plaats en volgt operationele debriefing, maar blijft het tweede en derde gesprek uit. TCO wordt als waardevol ervaren, omdat de gesprekken gestructureerd zijn, ruimte bieden om ervaringen en emoties te delen, praktische hulp en ondersteuning bieden, informatie geven over en handvatten voor verwerking van het incident, en ook ondersteuning bieden aan leidinggevenden. Redenen om TCO minder vaak te benutten wordt toegeschreven aan een 'machocultuur'. Leeftijd en attitude van de operationeel leidinggevende spelen daarbij mede een rol. Ook eerdere ervaringen met TCO, en bekwaamheid en klik met de TCO'er zijn mede bepalend. In sommige regio's wordt brede implementatie van TCO bemoeilijkt door gebrek aan support, middelen en capaciteit vanuit de organisatie.

5. Inzet professionele zorg

5.1 (Type A/B/C) Wanneer, hoe en door wie moet worden doorverwezen naar professionele hulp?

Kennis uit de wetenschappelijke literatuur en kennis uit relevante literatuur en rapporten

- Hieronder wordt een beknopt overzicht gegeven van behandelstrategieën waar in richtlijnen naar wordt verwezen, net als in de oorspronkelijke richtlijn. Deze zijn gebaseerd op de algemene populatie en betreffen dus niet alleen geüniformeerden.
- Specifiek voor geüniformeerden zijn positieve effecten van vergelijkbare behandelingen beschreven. Alshahrani, Johnson, Prudenzi & O'Connor (2022) concludeerden in een systematische review en meta-analyse dat de inzet van interventies (met name CGT) een positief effect heeft op PTSS en depressieklachten in eerstehulpverleners (brandweer, politie/wetshandhavingsfunctionarissen, zoek- en reddingspersoneel en ambulanceteams). Er werd geen effect gevonden voor stressklachten.

Box 4. Behandelwijzen met sterke (waar RCTs naar zijn gedaan) of voorwaardelijke (waar bv interventie met geen interventie is vergeleken) aanbevelingen voor individuen met PTSS-symptomen (in de eerste drie maanden na ingrijpende gebeurtenis).

Vroege interventie (<3 maanden na incident)	Wetenschappelijke evidentie	Uitleg
Stepped/collaborative zorgmodel	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰	De benadering omvat voortdurende monitoring van mensen die meer symptomen ervaren of een verhoogd risico lopen, waarbij steeds intensievere interventies worden geleverd
Cognitieve gedragstherapie*	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰	CGT helpt individuen traumatische ervaringen te verwerken door middel van blootstelling aan en emotionele verwerking van herinneringen, waaronder technieken zoals langdurige blootstelling en cognitieve herstructurering. De behandeling omvat opdrachten en elementen zoals psycho-educatie, blootstellingsoefeningen en ontspanningstechnieken, met variaties afhankelijk van de specifieke benadering.
EMDR*	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰	Eye Movement Desensitization and Reprocessing

*Deze therapie wordt voorwaardelijk aanbevolen versus geen enkele vorm van interventie.

Box 5. Behandelwijzen voor een PTSS diagnose waarvoor sterke en voorwaardelijke wetenschappelijke aanbevelingen voor zijn.

Therapie	Wetenschappelijke evidentie
Cognitieve verwerkingstherapie (cognitive processing therapy (CPT))	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	NICE richtlijn, 2018 ¹¹
Cognitieve therapie	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	Roberts et al. 2019 ⁴⁹

	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰
Cognitieve gedragstherapie	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	Alshahrani, Johnson, Prudenzi & O'Connor, 2022 50
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	Roberts et al. 2019 ⁴⁹
	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰
Langdurige blootstelling (prolonged exposure (PE))	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰
Trauma-gerichte CGT (TF-CBT)	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰
	Roberts et al. 2019 ⁴⁹
Internet-based trauma-focused CGT*	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰
<i>Narrative exposure therapy</i> (NET)**	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰
Present-centred therapy (PCT)*	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
<i>Stress inoculation training</i> (SIT)*	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
Groeps Trauma-gerichte CGT *	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
Farmacotherapie	Australische richtlijn, 2021 ¹⁰
	NICE richtlijn, 2018 ¹⁰

* Voor volwassenen met PTSS, waar TF-CBT of EMDR niet beschikbaar of niet gewenst zijn.

**Voor volwassenen met PTSS, waarbij het trauma is gelinkt aan genocide, burgerconflict, marteling, politieke detentie, of verplaatsing.

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Aanbeveling 49. In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een schokkende 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.
- Aanbeveling 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 agressieregulatieproblemen (kort lontje);
 - onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;

- stemmingsverandering, sombere stemming;
 - concentratieproblemen;
 - toegenomen alcohol- of drugsgebruik;
 - suïcide pogingen
 - functioneringsproblemen (werk en privé);
 - schuld en schaamte.
- Aanbeveling 51. Indien een geüniformeerde na de schokkende gebeurtenis tijdens een van de gesprekken met de collegiale ondersteuner een verontrustende hoeveelheid van bovenstaande aanwijzingen/signalen vertoont, is het goed hem of haar te adviseren contact op te nemen met professionele zorgverlening. Zeker indien deze vier tot zes weken na de schokkende gebeurtenis nog steeds aanwezig zijn, is het advies om contact op te nemen met een professionele hulpverlener met deskundigheid op traumagebied geïndiceerd. Ook in geval van twijfel is het dan raadzaam de betrokken geüniformeerde te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverleners.
 - Aanbeveling 52. Tussen het lid van de collegiale ondersteuning en de geüniformeerde dient geen sprake te zijn van een behandelrelatie.
 - Aanbeveling 53. De organisatie moet een protocol hebben rondom doorverwijzen van geüniformeerden naar professionele hulpverleners en de georganiseerde collegiale ondersteuning moet daar kennis van hebben.
 - Aanbeveling 54. De projectgroep adviseert om gebruik te maken van bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van ondersteuning en psychosociale nazorg (bv. de Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement ⁵¹).
 - Aanbeveling 55. De projectgroep vindt het belangrijk dat de organisatie over kennis beschikt van de mogelijke behandelwijzen. Hierover kan bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts of psycholoog worden ingewonnen.

Kennis uit de focusgroep met preventiemedewerkers

- Een voorbeeld van *best-practices* bij de politie is een initiatief na incidenten genaamd FIT@NP, bestaande uit een sportonderdeel en een gespreksonderdeel (in groepen en/of individueel).
- Het NLVI heeft een lotgenotengroep. Dit wordt gezien als een vorm van therapie aangezien het wordt begeleid door een zorgprofessional, maar kan mogelijk wenselijk zijn voor specifieke doelgroepen zoals het thuisfront.

Kennis uit de Focusgroep Zorg Professionals

- Organiseer regelmatig overleg tussen multidisciplinaire teams (bijv. sociaal medisch team) uit verschillende kringen van de organisatie (bijv. Leidinggevenden, TCO coördinator, ARBOteam/HRM, huisarts, bedrijfsarts, BMW, GV, psycholoog, psychiater), om de lijntjes kort te houden.
- Zorgprofessionals werken bij voorkeur intern. Indien dat niet mogelijk is, is het wenselijk te werken met vaste inkoop professionals met kennis van de werkcultuur en de sociale kaart/zorgketen binnen de organisatie.
- Onderstaand overzicht (Box 6) is om zorgprofessionals dezelfde taal te laten spreken en een basisidee te geven van de rollen van de professionele zorg.

Box 6. Een overzicht van de professioneel hulpverleners die in de signalering en doorgeleiding een rol kunnen hebben, en bijbehorende richtlijnen.

Professioneel hulpverleners	Richtlijnen
Huisarts	Handreiking Huisartsenzorg voor militairen en veteranen
Bedrijfsarts	NVAB Richtlijnen
Psychiaters	Zorgstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg
Psychologen	Zorgstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg Beroepscode voor psychologen
Bedrijfsmaatschappelijk werkers (BMW)	Richtlijn voor bedrijfsmaatschappelijk werkers bij werkhervatting en re-integratie van medewerkers
Geestelijke verzorging (GV)	Beroepsstandaard geestelijk verzorger

Kennis uit de Focusgroep kleine en vrijwillige organisaties

- In principe is de werkgever verantwoordelijk voor het regelen van goede zorg (bedrijfsartsen, psychologen, geestelijk verzorgenden, bedrijfsmaatschappelijk werkers), maar ook de overheid heeft hier een belangrijke taak in, vooral voor kleine/vrijwillige organisaties die beperkte middelen en mensen hebben om dit zelf te organiseren. Er zijn inkoopopties van professionele zorg. Andere organisaties verwijzen door naar de huisarts/bedrijfsarts. Het is wenselijk dat desbetreffende hulpverlener kennis heeft van geüniformeerde organisaties en organisatiecultuur en dat zorg daarnaast (laagdrempelig) dichtbij is. Samenwerking tussen diensten, bijvoorbeeld op veiligheidsregio niveau, draagt ook bij aan het beschikbaar maken van nazorg.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Het is belangrijk dat TCO in ieder geval bekend is met de sociale kaart van de organisatie, de routes, hoe zij kunnen doorverwijzen en hoe dat is ingericht. Het advies is: zorg dat de TCO'er bekend is met de sociale kaart (bij signalen van problemen).
- Het monitoren van het thuisfront is van belang en het signaleren van eventuele problemen bij het thuisfront. Bovendien is het wenselijk om bij de doorgeleiding naar professionele zorgverlening voor medewerkers specifiek aandacht te besteden aan de situatie van het thuisfront.

6. Overige vragen

6.1 (Type C) Hoe wordt de kwaliteit inzet/werking van het collegiaal opvangteam en andere verleende zorg en ondersteuning geborgd? Hoe wordt de preventie geëvalueerd?

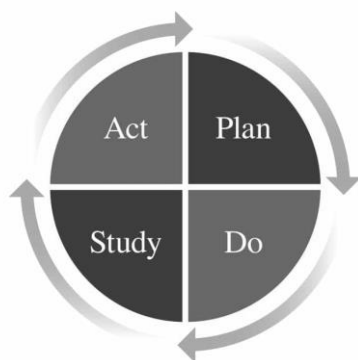
Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Op verschillende plekken komt kwaliteit(stoetsing) naar voren als taak van bijvoorbeeld de coördinator georganiseerde collegiale ondersteuning. Dit wordt verschillend ingericht door organisaties. Denk hierbij aan super/intervisie, bijscholing en back-up;

- Organisatorisch dient er verantwoordelijkheid genomen te worden door het management. De richtlijn hoeft hierover geen uitspraken te doen. Wel dient het geregeld te zijn en transparant te worden vastgelegd. (p.45)

Kennis uit relevante literatuur en rapporten

- De Implementatiemonitor (2013) en de Multidisciplinaire Richtlijn Crisismanagement (2023) beschrijven dat evaluatie een essentieel onderdeel is om de kwaliteit van psychosociale ondersteuning te borgen. Een voorbeeld is de kwaliteitscyclus: Plan-Do-Study-Act ⁵¹⁻⁵⁶. De activiteiten die in de cyclus beschreven worden (zie Figuur 4), zorgen voor een doorlopend leerproces ter vergroting van de kwaliteit.
- Een mogelijk middel om kwaliteit van trainingen te borgen is accreditatie, eerder benoemd in een projectgroepbijeenkomst. Hierin werd ook benoemd dat er een accreditatie is ontwikkeld, o.b.v. de originele richtlijn (<https://www.ntvp.nl/certificering-eisen/>).



Figuur 4. Plan Do Study Act cyclus

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Kwaliteitsevaluatie vindt iedereen essentieel en PDSA wordt als een goed voorbeeldmodel gezien. Daarbij is het de verantwoordelijkheid van de werkgever om te zorgen dat dit uitgevoerd wordt.
- (externe) Inhoudelijke accreditatie van collegiale ondersteuningsopleidingen is wenselijk, bijvoorbeeld volgens de aanbevelingen van deze richtlijn. Het is aan te bevelen dat collegiale ondersteuners een inhoudelijk geaccrediteerde opleiding hebben gevolgd.

6.2 (Type C) Wat is een goede privacy strategie voor de preventieve ondersteuning die vertrouwelijkheid borgt?

Kennis uit de originele Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden

- Aanbeveling 36. Tijdens het contact met het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning dient vertrouwelijkheid te worden geboden, maar onder voorwaarden. Deze voorwaarden zijn:
 1. er is geen sprake van 'verschoningsrecht', in de zin dat het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning op grond van zijn relatie met de geüniformeerde het recht heeft om vragen van een rechter onbeantwoord te laten;*
 2. het lid collegiale ondersteuning kan besluiten dat de betrokken geüniformeerde tegen zichzelf of anderen in bescherming moet worden genomen;

3. indien betrokkene verwijtbare, laakbare of strafbare handelingen openbaart, kan dit leiden tot een dilemma bij het lid collegiale ondersteuning.

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

- Aanbeveling 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 relevante literatuur en rapporten

- Wet op de privacy en gegevensbescherming/Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG): bij het organiseren van collegiale ondersteuning moeten organisaties rekening houden met wetten en regels met betrekking tot de privacy en bescherming van persoonlijke gegevens van werknemers (artikel 7 en 42) ⁵⁷.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- De projectgroep is het eens dat indien niets herleidbaar is over de persoon, er registraties gemaakt kunnen worden. Overkoepelde gegevens over het incident mogen wel gedeeld worden.
- Bij de Politie hebben ze het 'baristamodel'. Als je een 'x aantal punten' hebt, dan gaat de leidinggevende even een koffie met je drinken (informatie komt uit het proces-verbaal).
- M.b.t. derde bullet van aanbeveling 36: Als opsporingsambtenaar is het je plicht om strafbare handelingen te melden en dat deze plicht zwaarder weegt dan vertrouwelijkheid in de gesprekken als collegiaal ondersteuner.

6.3 (Type B/C) Hoe moet preventie vorm krijgen voor kleine of vrijwillige organisaties? Sommige organisaties hebben specialistische zorg in huis, maar dit is niet voor alle organisaties mogelijk.

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Deze vraag wordt in de focusgroep met vertegenwoordigers uit kleine en vrijwillige organisaties besproken.

Kennis uit de focusgroep kleine en vrijwillige organisaties

- Zes vrijwillige/kleine/decentrale organisaties deden mee aan deze focusgroep: Veiligheidsregio Utrecht, Gemeente Stichtse Vecht, Koninklijke Nederlandse bond tot het redden van drenkelingen, Vrijwilligersvereniging Brandweer, Rijkswaterstaat, en de Hengelsport Federatie Midden Nederland. Wat opviel was dat er overeenkomsten en verschillen waren tussen de organisaties: Er is behoefte aan aandacht voor de medewerker en de gevolgen van potentieel heftige gebeurtenissen zoals agressie en geweld. Sommige organisaties hebben psychosociale ondersteuning ingeregeld, terwijl dit nog een blinde vlek voor anderen is. De hoeveelheid mensen en middelen die er beschikbaar zijn verschilt sterk per organisatie.
- Met betrekking tot algemene preventie werden een veilige werkcultuur, selectie, training en monitoring besproken. De focusgroepleden benadrukten het belang van (selectie van) goede leidinggevenden die aandacht hebben voor de persoon achter de geüniformeerde, die regelmatig

vraagt hoe het met je gaat. Dit stimuleert een open en veilige werkcultuur die nodig is voor hoog-risico beroepen om functioneren en mentale disbalans bespreekbaar te maken. Daarnaast werd benoemd dat (jaarlijkse verplichte) trainingen/workshops worden ingezet over veerkracht, hulpbronnen inzetten (bijv. netwerk onderhouden), agressietrainingen, herkennen van mentale problemen. Ook informatieavonden (voor medewerkers en thuisfront) werden benoemd. Monitorende vragenlijsten of een jaarlijks incheck-gesprek over hoe het met je gaat (bijv. een mental check-up) kunnen ook bijdragen aan een veilige werkcultuur en kunnen een signalerende en monitorende rol spelen. Er werd ook een voorbeeld gegeven van selectie van leidinggevenden op de soft-skills, die erg beviel.

6.4 (Type B/C) Wanneer, hoe en door wie moet re-integratie na stress-gerelateerde uitval worden ondersteund/georganiseerd?

Overige overwegingen uit de projectgroep

- Langdurige uitval heeft meer aandacht, extra ondersteuning, en elke organisatie kan een eigen invulling geven met de kwaliteitscyclus, Wet verbetering poortwachter en UWV-verplichtingen als voorwaarden.
- Voor re-integratie kunnen we verwijzen naar de bedrijfsartsen en de wet van de poortwachter.

Bijlage 3 Wetenschappelijke literatuurstudie

Om de wetenschappelijke literatuur uit de oorspronkelijke richtlijn te actualiseren, werden twee wetenschappelijke literatuurstudies uitgevoerd. De eerste studie was gericht op a) de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen op het werk en b) risicofactoren en beschermende factoren met betrekking tot stressgerelateerde klachten, duurzame inzetbaarheid, en het functioneren op het werk. De tweede studie was gericht op maatregelen ter preventie van het ontwikkelen van stressgerelateerde klachten en ter bevordering van inzetbaarheid en functioneren. In deze bijlage worden de methoden en resultaten van beide literatuurstudies in detail beschreven.

Literatuurstudie 1: psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen

De impact van ingrijpende gebeurtenissen op het werk, zoals confrontaties met agressie, geweld en rampen, kan leiden tot een breed scala aan stressgerelateerde klachten. Deze klachten zijn vaak het resultaat van een complex samenspel van verschillende factoren, zowel binnen als buiten de werkomgeving. Deze literatuurstudie heeft als doel om de psychische en psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen voor geüniformeerde medewerkers in kaart te brengen.

Deze literatuurstudie is uitgevoerd in antwoord op de volgende drie uitgangsvragen:

- 2.1 Wat zijn de psychische en psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen zoals agressie en geweld en rampen voor geüniformeerden?
- 2.2 Welke kenmerken van werknemers leiden tot een verhoogd risico op psychische problemen, c.q. vormen juist een bescherming daartegen?
- 2.3 Wat zijn risicofactoren en beschermende factoren van de werkomgeving in het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen?

Methode

De literatuurzoekopdracht omvatte een systematische zoekstrategie in de bibliografische databases Ovid Medline ALL (1949 - 2022), PsycINFO (Ovid; 1806-2022) en PTSDpubs (National Center for PTSD, VS; 1871-2022), uitgevoerd in september en november 2022.⁴

De zoektermen werden samengesteld middels de volgende methode. De basis van de zoektermen werd ontleend aan de eerdere "Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden" om de continuïteit en relevantie te waarborgen⁵⁸. Nieuwe termen werden toegevoegd om de zoekstrategie te verbreden en om recente ontwikkelingen in het onderzoeksveld op te nemen. De zoekstrategie onderging een extern peer review proces, waarbij informatiespecialisten van het Nederlandse Huisartsen Genootschap en The Netherlands Cancer Institute-Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis de strategie beoordeelden. Er werd gebruik gemaakt van hun deskundigheid en feedback om de zoektermen verder te verfijnen en te optimaliseren voor maximale relevantie en inclusiviteit.

De zoektermen werden vervolgens georganiseerd in clusters volgens relevante onderwerpen en gecombineerd met *Booleaanse operatoren* om de zoekopdracht te structureren. Dit zorgde voor een

⁴ Deze literatuurstudie is geregistreerd in PROSPERO: [CRD42022345720](https://www.crd42022345720) met de titel "Risk and protective factors of stress-related symptoms and functioning in uniformed personnel: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses".

systematische aanpak bij het identificeren van relevante literatuur en het verminderen van onnodige ruis in de zoekresultaten.

De zoektermen en zoekstrategie zijn achteraan deze bijlage bijgevoegd. Dit is de basissearch in de syntaxis van Ovid Medline. Deze syntaxis werd consistent toegepast op andere databases om uniformiteit in de zoekstrategie te waarborgen.

In box 1 zijn de inclusie- en exclusiecriteria weergegeven die werden gebruikt om te bepalen welke studies werden opgenomen en gegroepeerd voor verdere synthese. Zie box 2 voor de gebruikte zoektermen in de studie.

Box 1. In- en exclusiecriteria voor literatuurstudie deel 1

Naam	Uitleg
Type publicatie	Alleen systematische reviews, meta-analyses en richtlijnen werden geïncludeerd. Studies die buiten beschouwing werden gelaten waren niet-peer reviewed artikelen, niet-systematische reviews (aldus waar geen literatuurstudie was uitgevoerd).
Taal	Alleen in het Engels gepubliceerde artikelen werden opgenomen.
Populatie	Alleen geüniformeerden werden opgenomen. Inclusief: militairen, politie, ambulance, brandweer, correctiewerk en speciale onderzoeksinstellingen. Exclusief: gezondheidswerkers (bijv. werkzaam in ziekenhuizen), algemene openbare diensten, beroepen in de particuliere sector.
Uitkomstmaat	Alleen artikelen die gezondheidsgelateerde uitkomsten meten, werden opgenomen. Stressgerelateerde klachten (bijv. stress, PTSD, depressie, burnout, werkuitval en vermoeidheid) en functioneren of veerkracht (zoals . psychosociaal functioneren, welzijn, gezondheidsbevorderende factoren)
Onderzoeksopzet	Alleen artikelen die risico- of beschermende factoren vermelden die verbonden zijn met een uitkomst, werden opgenomen. De volgende definitie van een risicofactor werd aangehouden: "een kenmerk, symptoom of gevaar dat vooraf gaat aan de uitkomstmaat, en indien de individu hieraan wordt blootgesteld deze individu een grotere kans heeft om klachten te ontwikkelen, dan een ander in de algemene populatie ⁵⁹ . Daarentegen waren beschermende factoren, factoren waarbij het risico op het ontwikkelen van klachten was verminderd

Box 2. Zoekstrategie wetenschappelijke literatuurstudie

<p><u>Medewerkers met hoog-risico beroepen</u></p> <p>Binnen het cluster geüniformeerden werkten we met kleinere clusters, die we combineerden met OR:</p> <p>Politie</p> <p>Police/ or (Police* or ((prison or correctional or law-enforcement) adj3 (employee* or officer* or personnel or staff* or warden* or worker*)) or ((parole or probation or corrections) adj3 officer*)).ti,ab,kf.</p>
--

BOA's

("Special investigative officer*" or "police community support officer*" or PCSO or "Special constable*" or BOA or "buitengewo* opsporingsambtena*").ti,ab,kf.

Ambulancepersoneel

Emergency Medical Technicians/ or (paramedic* or Medic or medics or (first adj3 responder*) or (emergency adj3 medical-technician*) or (ambulance adj3 (driver* or crew* or technician* or staff* or personnel or assistant* or worker* or team*))).ti,ab,kf.

Brandweerlieden

exp Firefighters/ or (firefighter* or fireman or firemen or (fire adj3 (fighter* or man or men))).ti,ab,kf.

Militairen

Military Personnel/ or (airforce* or Army or combatant* or infantr* or Marine* or militant* or Military or Navy or Officer* or POW or Sailor* or servicemen or servicewomen or soldier* or Submariner* or Troop* or warfighter* or warrior* or ((Armed or Special or defence or defense) adj3 Forces) or (air adj3 (man or men or force)) or ((Coast or National) adj3 Guard*) or ((Enlisted or Peacekeeping or Reserve or deployed) adj3 Personnel) or (Missing adj3 Action) or (service adj1 (member* or man or men or woman or women)) or (prisoner* adj3 war) or (special adj3 warfare)).ti,ab,kf.

Werkcontext⁵

(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 peer* or duty or duties or on-call).ti,ab,kf.

Stressgerelateerde klachten

Binnen het cluster stressgerelateerde klachten werkten we met kleinere clusters, die we combineerden met OR:

Stressklachten, burnout en aanpassing aan stress

Exp Psychological Distress/ or exp "Stress, Psychological"/ or exp "Adaptation, Psychological"/ or mental fatigue/ or (burnout* or burn-out* or "common mental disorder*" or CMD or well-being or wellbeing or wellness or coping or cope or ((psych* or emotion* or mental or chronic or life or behavio* or social* or interpersonal* or inter-personal or nervous*) adj3 (stress* or distress* or exhaust* or pressure* or shock* or tension*)) 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 burden*)) 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

⁵ Dit cluster is gebaseerd op de Cochrane Occupational Health Field-strategie, zoals gebruikt door het NVAB in de eerdere versie van deze richtlijn.

stress* or caregiver* or care-giver*) adj5 (Fatigue* or exhaust* or Lassitud*) or (low adj3 alert*) or ((occupational or work or job) adj3 stress*).ti,ab,kf.

Stresstoornissen

exp "Trauma and Stressor Related Disorders"/ or exp "posttraumatic growth, psychological"/ or (PTSD or C*PTSD or EPCACE or DES*NOS or psychotrauma* or "Battered Child Syndrome*" or "Reactive Depression*" or "Enduring Personality Change after Catastrophic Experience*" or "Transient Situational Disturbance*" or (trauma adj2 (stressor adj2 disorders)) or (Stress adj3 disorder*) or (Emotional adj3 Trauma*) or (acute adj3 Stress) or ((Post-Traumatic or posttraumatic or Trauma*) adj3 (stress or neurosis or neuroses or syndrome* or Disorder* or psychosis or psychoses or distress* or growth)) or ((Stress or Crisis or Anniversar*) adj3 Reaction*) or ((combat or war) adj3 (stress* or disorder* or neuros* or fatigue)) or (shell adj1 shock*) or ((reactive or adjustment or attachment or Disinhibited-Social-Engagement) adj3 disorder*) or (Compassion adj3 Fatigue) or (secondary adj3 (victimi* or trauma)) or (moral adj3 injur*).ti,ab,kf.

Angst en angststoornissen

exp Anxiety/ or anxiety disorders/ or panic disorder/ or (Anxiet* or Anxious* or Angst or Hypervigilan* or hyper-vigilan* or Nervous* or Catastrophie* or fear or fearing or fears or GAD or panic*).ti,ab,kf.

Depressie

Exp Depressive Disorder/ or exp Depression/ or (depression* or depressive or depressed or dysthymia or dysthymic or mdd).ti,ab,kf.

Verzuim en werkhervatting

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*))).ti,ab,kf.

Positieve effecten

Bij positieve effecten maakten we een onderscheid tussen veerkracht en positieve effecten zoals welzijn.

Veerkracht

exp " Resilience, Psychological"/ or (resilien* or hardiness).ti,ab,kf.

Welzijn

"Psychology, Positive"/ or Psychosocial Functioning/ or exp Sense of Coherence/ or exp Self-Efficacy/ or (functioning or wellbeing or well-being or wellness or "sense of coherence" or salutogene* or connected* or manageab* or Resourceful* or comprehensibility or meaningful* or (quality adj3 life) or (positive adj3 psycholog*) or ((self or expectation*) adj2 efficac*) or (meaning adj2 (will or making)) or (action adj2 competen*).ti,ab,kf.

Risicofactoren en beschermende factoren

De risicofactoren en beschermende factoren zijn ook onder te verdelen in subclusters, die we hebben gecombineerd met OR:

Risicofactoren en beschermende factoren globaal gezien

risk factors/ or protective factors/ or (barrier* or facilitator* or predispos* or ((risk or protect*) adj3 (factor* or effect* or behavio* or strateg* or tactic* or circumstance*)) or (risk adj3 score*) or ((pre-exist* or preexist* or comorbid*) adj3 (disorder* or condition* or illness*))).ti,ab,kf.

Veerkracht

exp " Resilience, Psychological"/ or (resilien* or hardiness).ti,ab,kf.

Sociale steun

exp social support/ or ((organization* or organisation* or corporate or social or cowork* or colleague* or peer*) adj3 (support* or commit*)).ti,ab,kf.

Organisatiecultuur

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*)).ti,ab,kf.

Werkdruk, werk-privé-balans

(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*)).ti,ab,kf.

Management

Personnel Management/ or Leadership/ or Management Quality Circles/ or Personnel Delegation/ or (Leaders* or Influentials or ((personnel or qualitt*) adj3 manage*) or (client-staff adj3 ratio*) or (quality adj3 circle*) or (personnel adj3 delegat*) or (good adj3 employ*)).ti,ab,kf.

Methode

Binnen het cluster methode werkten we met kleinere clusters, die we combineerden met OR:

Richtlijn

practice guideline.pt. or exp "Practice Guidelines as Topic"/ or (guideline* or recommendation* or protocol* or consensus or position statement* or position paper*).ti,ab.

Meta-analyse of systematisch review

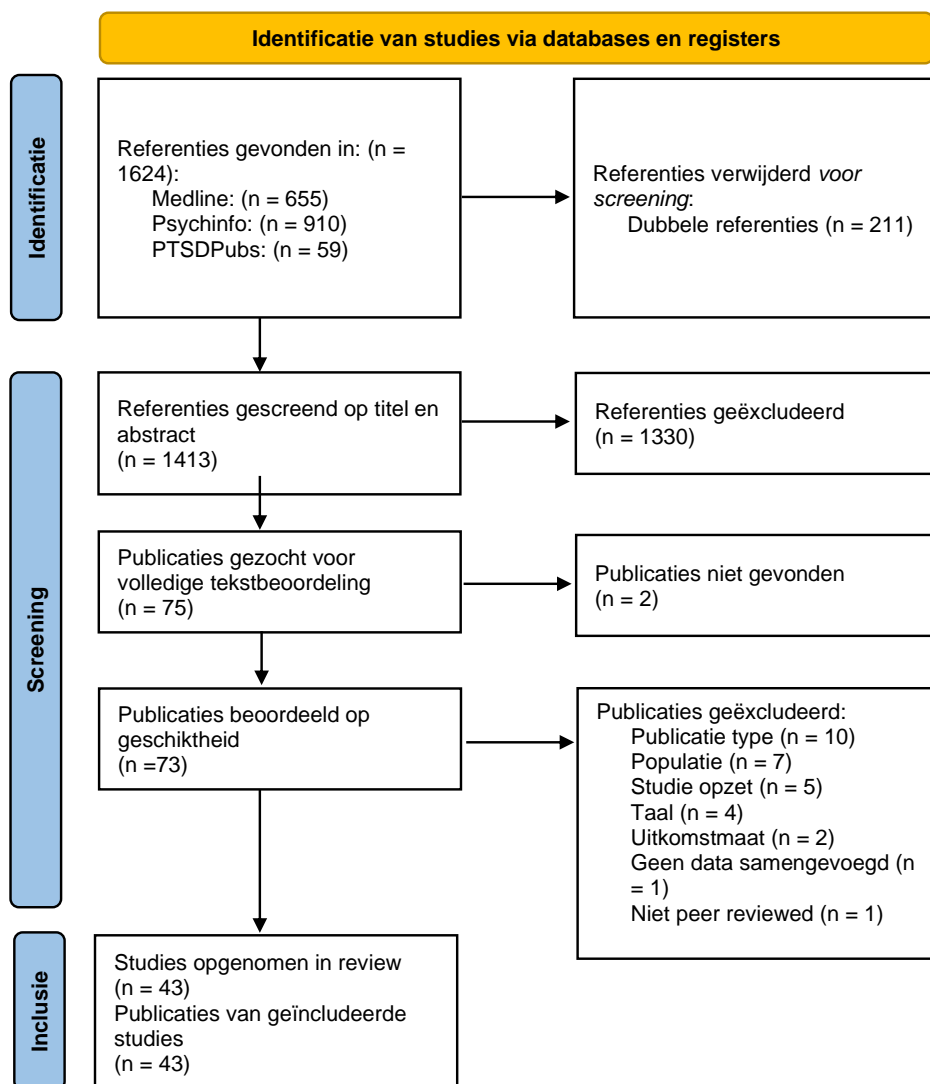
(meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*).ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or ((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,kf. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,kf. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*).ti,ab,kf. or (("data extraction" or "data source*") and "study selection").ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or ("data source*" and "data synthesis").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 database* or data-base*).ab. or (metasynthes* or metasynthes*).ti,ab,kf.) not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/))

Het screenen van titels en abstracts van studies werd uitgevoerd door twee onafhankelijk onderzoekers volgens de vastgestelde inclusiecriteria, waarbij 219 van de 1413 studies (15%) is gecheckt door hen beiden om gelijke beoordeling te kunnen waarborgen. Verschillen in beoordeling werden besproken en opgelost door consensus.

Van de geïncludeerde artikelen werd een overzicht gemaakt met de volgende gegevens: eerste auteur, jaar van publicatie, populatie, land (van eerste auteur), gezochte databases, aantal opgenomen studies, ontwerp van de opgenomen studies, onderzochte risico- en beschermende factoren, gemeten resultaten en samenvatting van belangrijkste resultaten. Gegevens die nodig zijn voor kwaliteitsbeoordeling zijn ook opgeslagen. Het opstellen van het overzicht is gedaan door één onderzoeker; 10% ervan is gecontroleerd door een andere onafhankelijke onderzoeker.

De beoordeling van methodologische kwaliteit van de gevonden studies werd gescoord met AMSTAR ⁶⁰. Dit is uitgevoerd door één onderzoeker, waarbij 10% onafhankelijk werd gecontroleerd door een tweede onderzoeker. Een derde onderzoeker controleerde nog steekproefgewijs reviews die als hoog kwalitatief werden beoordeeld. De methodologische kwaliteit van de studies werd gebruikt om het niveau van bewijs van de aanbevelingen te bepalen.

Resultaten



Figuur 5: Deze PRISMA Flow diagram geeft het proces van het selecteren van de juiste artikelen weer.

Figuur 1 laat zien dat een totaal van 1413 artikelen is onderzocht op basis van titel en abstract, waarbij 73 artikelen vervolgens nader zijn gescreend op inhoud. Van deze geselecteerde studies werden uiteindelijk 43 geïdentificeerd voor verdere analyse, waarbij de meeste artikelen afvielen vanwege het publicatietype (n = 10) en de verkeerde doelgroep (n = 7) ⁶¹⁻¹⁰³.

Hier volgt een beknopt overzicht van de kenmerken van de opgenomen studies. De meest bestudeerde doelgroepen van de studies zijn politieagenten (n = 17), militairen (n = 15), brandweerlieden (n = 12), ambulancemedewerkers (n = 8), penitentiaire ambtenaren (n = 7), boa (n = 1).

De meeste artikelen publiceerden over PTSS als uitkomstmaat. Maar er werd ook gerapporteerd over burn-out, welzijn, mentale gezondheid, distress, angst, depressie, werkbevlogenheid, schadelijk coping gedrag, werkvermogen, werkattitude, psychische klachten, stress, slaapmoeilijkheden, secundaire traumatisering, emotionele stress, psychosociale stress, veerkracht, suïcidaliteit, alcoholgebruik, bloeddruk, somatische klachten, moral injury, organisatiebetrokkenheid.

De antwoorden op de uitgangsvragen volgen hieronder.

2.1 Wat zijn de psychische en psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen zoals agressie en geweld en rampen voor geüniformeerden?

Tabel 1 geeft een overzicht van mogelijke gevolgen (symptomen) die samenhangen met ingrijpende gebeurtenissen bij geüniformeerden. Voor de leesbaarheid zijn de symptomen ingedeeld in domeinen zoals somatisch, psychisch, sociaal. Het is belangrijk op te merken dat deze symptomen niet bij alle individuen (direct) optreden en dat de ernst en duur ervan kunnen variëren. Uiteraard zijn de symptomen ook mogelijk een gevolg van andere symptomen, of een gevolg van het ontbreken van tijdige ondersteuning.

2.2 Welke kenmerken van werknemers leiden tot een verhoogd risico op psychische problemen, c.q. vormen juist een bescherming daartegen?

Tabel 2 geeft een overzicht van kenmerken van medewerkers die samenhangen met stressgerelateerde klachten bij geüniformeerden, onderverdeeld in risico en beschermende kenmerken. Alleen kenmerken die werden genoemd in minstens drie overzichtsartikelen, worden vermeld. Hoewel de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd (omdat de kwaliteit van de studies over het algemeen laag was en het voornamelijk cross-sectioneel onderzoek betreft), bieden de bevindingen een leidraad voor wat risico's en beschermende factoren zijn. Demografische kenmerken (zoals leeftijd, geslacht) zijn niet opgenomen vanwege inconsistente onderzoeksuitkomsten. Het weglaten ervan betekent niet dat ze geen rol spelen, maar eerder dat ze in dit specifieke onderzoek niet werden beschouwd als significante of consistente voorspellers van stressgerelateerde klachten.

2.3 Wat zijn risicofactoren en beschermende factoren van de werkomgeving in het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen?

In Tabel 3 is een overzicht weergegeven van risico- en beschermende factoren uit de werkomgeving die samenhangen met stressgerelateerde symptomen bij medewerkers. Alleen kenmerken genoemd in minstens 3 overzichtsartikelen worden vermeld. Hoewel de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd vanwege de overwegend lage kwaliteit en cross-sectionele aard van de studies, bieden de bevindingen een inzicht in wat risico's en beschermende factoren zijn. Demografische kenmerken (zoals leeftijd, geslacht) zijn niet opgenomen vanwege inconsistente onderzoeksuitkomsten. Het weglaten ervan betekent niet dat ze geen rol spelen, maar eerder dat ze in dit specifieke onderzoek niet werden beschouwd als significante of consistente voorspellers van stressgerelateerde klachten.

Tabel 1. Mogelijke symptomen die samenhangen met ingrijpende gebeurtenissen bij geüniformeerden

Psychisch	Somatisch	Gedragsmatig	Werk gerelateerd	Sociaal	Ethisch en moreel	Positieve psychologische veranderingen
<ul style="list-style-type: none"> • Stress • Angst • Depressie • Nachtmerries over de ingrijpende gebeurtenis • Burn-out • Ongewenste herbeleving • Posttraumatische stress • Emotionele uitputting • Afvlakking • Compassiemoeheid • Lagere kwaliteit van leven • Rouwsymptomen (na een verlieservaring) 	<ul style="list-style-type: none"> • Slaapproblemen • Vermoeidheid • Concentratieproblemen • Aandoeningen (hart- en bloedvaten, maag-darm, afweersysteem, zenuwstelsel, spieren en gewrichten, ademhaling) • (Hoofd)pijn • Hoge bloeddruk • Lichamelijke reacties bij terugdenken aan de gebeurtenis • Niet aangeboren hersenletsel als gevolg van blootstellingen aan o.a. explosieven en valpartijen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperalertheid • Geïrriteerdheid • Woede-uitbarstingen • Problematische coping (starten met roken, alcohol- en drugsgebruik) • Partnergeweld • Agressief gedrag • Suïcide pogingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Werkontevredenheid • Arbeidsconflicten • Ziekteverzuim • Arbeidsongeschiktheid • Symptomen bij re-integratie 	<ul style="list-style-type: none"> • Onvermogen vriendschappen aan te houden • Huwelijkse/relatieve conflicten • Opvoedkundige rolproblemen als ouder • Vervreemding van de maatschappij 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaamte • Schuld • Wroeging en verlies van betekenisgeving 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-traumatische groei

Tabel 2. Kenmerken van medewerkers die samenhangen met stressgerelateerde klachten bij geüniformeerden

Risicofactoren					
Voorgeschiedenis	Persoonskenmerken	Ervaren dreiging	Traumatische stress na de gebeurtenis	Levensstijl	Passieve/ vermijdende coping in relatie tot de gebeurtenis
<ul style="list-style-type: none"> • Blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen • Mentale gezondheidsproblemen* • Aandoeningen • Familiegeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroticisme • Introversie • Negatieve zelfopvattingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaren van de ingrijpende gebeurtenis als (levens)bedreigend 	<ul style="list-style-type: none"> • Herbelevingen • Vermijding • Dissociatieve symptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan fysieke activiteit • Hogere Body Mass Index (BMI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Het gebruik van zelfafleiding • Ontkenning • Het niet plannen van zaken • Zelfverwijten • Anderen verwijten • Rumineren/piekeren
Beschermdende factoren					
Actieve / probleemoplossende coping in relatie tot de gebeurtenis	Persoonskenmerken		Vaardigheden		
<ul style="list-style-type: none"> • Een cognitieve reframing • Positief herwaarderen • Religie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositie dat alles goed komt • Vertrouwen in jezelf hebben • Zingeving • Het hebben van betekenisvol werk 		<ul style="list-style-type: none"> • Emotie-regulerende competenties • Zelfvertrouwen • Geloof in eigen kunnen • Veerkracht • Psychologische hardheid 		

Tabel 3. Kenmerken van de werkomgeving die samenhangen met stressgerelateerde klachten bij geüniformeerden

Risicofactoren						
Werklast en organisatie druk	Organisatiestructuur en cultuur	Interpersoonlijke relaties op het werk	Interpersoonlijke relaties in de privé sfeer	Groei en ontwikkeling	Kenmerken van de blootstelling	Type incident
<ul style="list-style-type: none"> • Hoog opgelegde werkdruk en werklast door de werkgever • Hoge tijddruk • Lange werkdagen en werkweken 	<ul style="list-style-type: none"> • Rolonduidelijkheden en rolconflicten • Gebrek aan autonomie • Oneerlijke behandeling van de medewerker • Slechte werkcondities • Inzet van onvoorbereide vrijwilligers • Hogere aantallen militaire uitzendingen en langere uitzendduur 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan ondersteuning vanuit de organisatie • Collegiale en relationele conflicten • Weinig sociale cohesie op de werkplek • Discriminatie en seksuele intimidatie • Wangedrag op de werkvloer 	<ul style="list-style-type: none"> • Disbalans tussen werk en privé • Gebrek aan sociale steun vanuit huis 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaren van onbalans tussen eigen inzet en organisationele beloning 	<ul style="list-style-type: none"> • Duur • Ernst • Frequentie • Nabijheid • Onvoorspelbaarheid van het werk • Gebrek aan controle en invloed op de situatie 	<ul style="list-style-type: none"> • In aanraking komen met overleden personen • Slachtoffer worden van intimidatie, wangedrag, geweld en agressie • Zelf gewond raken • Deelname aan gevechtshandeling
Beschermende factoren						
Aanwezige steunbronnen		Groei en ontwikkeling		Training en opleiding		
<ul style="list-style-type: none"> • Ervaren sociale steun (vanuit management, collega's, vrienden en familie) 		<ul style="list-style-type: none"> • Organisatorische rechtvaardigheid • Vertrouwen in de organisatie • Deelname in besluitvormingsprocessen 		<ul style="list-style-type: none"> • Goede voorbereiding • Training • Paraatheid 		

Literatuurstudie 2: maatregelen ter preventie van werkgerelateerde stressklachten

Geüniformeerde medewerkers lopen een verhoogd risico om tijdens hun werk geconfronteerd te worden met letsel, schade aan de gezondheid of zelfs levensbedreigende situaties. Volgens de Arbowet dient de werkgever beleid te voeren (maatregelen of strategieën toe te passen) dat erop is gericht om psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen, dan wel te beperken als dit een risico vormt binnen de organisatie.

De wetenschappelijke interesse in preventiemaatregelen om de kans op gezondheidsklachten te verminderen na ingrijpende gebeurtenissen op het werk, groeit gestaag. Preventie richt zich op het voorkomen of beperken van psychosociale klachten en het bevorderen van het vermogen om met stress en klachten om te gaan, en zo het functioneren onder belastende omstandigheden te ondersteunen. Dit wordt ook wel veerkracht genoemd.

Preventiemaatregelen van stressgerelateerde klachten op het werk, kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën⁵⁹:

- universele preventie: maatregelen/strategieën voor medewerkers zonder symptomen;
- selectieve preventie: interventies voor medewerkers met een verhoogd risico, met als doel voorkomen van ziekte;
- geïndiceerde preventie: interventies voor medewerkers met beginnende symptomen met als doel het voorkomen van het verergeren van symptomen.

In deze richtlijn richten deze maatregelen zich over het algemeen op het voorkomen van (1) ingrijpende gebeurtenissen en/of klachten, (2) organisatorische stressoren en/of klachten, of (3) beide vormen van stress.

Deze literatuurstudie is uitgevoerd in antwoord op de volgende uitgangsvraag:

- 2.4 Welke evidentie is er voor preventiestrategieën/ organisatiestrategieën bij geüniformeerden?

Methode

De literatuurzoekopdracht omvatte een systematische zoekstrategie in de bibliografische databases Ovid Medline ALL (1949 - 2022), PsycINFO (Ovid; 1806-2022) en PTSDpubs (National Center for PTSD, VS; 1871-2022), uitgevoerd in september en november 2022.^{vi}

De zoektermen werden samengesteld middels de volgende methode. De basis van de zoektermen werd ontleend aan de eerdere "Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden" om de continuïteit en relevantie te waarborgen⁵⁸. Nieuwe termen werden toegevoegd om de zoekstrategie te verbreden en om recente ontwikkelingen in het onderzoeksveld op te nemen. De zoekstrategie onderging een extern

^{vi} Deze literatuurstudie is geregistreerd in PROSPERO: [CRD42023380961](https://www.crd42023380961) met de titel "Organizational interventions for prevention of stress-related problems and promoting wellbeing in uniformed personnel".

peer review proces, waarbij informatiespecialisten van het Nederlandse Huisartsen Genootschap en The Netherlands Cancer Institute-Antoni van Leeuwenhoek Hospital de strategie beoordeelden. Er werd gebruikt gemaakt van hun deskundigheid en feedback om de zoektermen verder te verfijnen en te optimaliseren voor maximale relevantie en inclusiviteit.

De zoektermen werden vervolgens georganiseerd in clusters volgens relevante onderwerpen en gecombineerd met *Booleaanse operatoren* om de zoekopdracht te structureren. Dit zorgde voor een systematische aanpak bij het identificeren van relevante literatuur en het verminderen van onnodige ruis in de zoekresultaten.

De zoektermen en zoekstrategie zijn achteraan deze bijlage bijgevoegd. Dit is de basissearch in de syntaxis van Ovid Medline. Deze syntaxis werd consistent toegepast op andere databases om uniformiteit in de zoekstrategie te waarborgen.

Box 3 bevat de inclusie- en exclusiecriteria die werden gebruikt om te bepalen welke studies werden opgenomen en gegroepeerd voor verdere synthese. Zie box 2 voor de gebruikte zoektermen in de studie.

Box 3. In-en exclusiecriteria voor literatuurstudie 2

Naam	Uitleg
Type publicatie	Alleen systematische reviews, meta-analyses en richtlijnen werden geïnccludeerd. Studies die buiten beschouwing werden gelaten waren niet-peer reviewed artikelen, niet-systematische reviews (aldus waar geen literatuurstudie was uitgevoerd).
Taal	Alleen in het Engels gepubliceerde artikelen werden opgenomen.
Populatie	Alleen geüniformeerden werden opgenomen. Inclusief: militairen, politie, ambulance, brandweer, correctiewerk en speciale onderzoeksinstellingen. Exclusief: gezondheidswerkers (bijv. werkzaam in ziekenhuizen), algemene openbare diensten, beroepen in de particuliere sector.
Uitkomstmaat	Alleen artikelen die gezondheidsgelateerde uitkomsten meten, werden opgenomen. Stress-gelateerde symptomen (bijv. stress, PTSD, depressie, burnout, werkuitval en vermoeidheid) en functioneren of veerkracht (zoals . psychosociaal functioneren, welzijn, gezondheidsbevorderende factoren)
Interventie	Alleen interventies gericht op een niet-klinische doelgroep werden opgenomen.
Onderzoeksopzet	Alleen randomized controlled trials werden geïnccludeerd.

Het screenen van titels en abstracts van studies werd uitgevoerd door twee onafhankelijk onderzoekers volgens de vastgestelde inclusiecriteria, waarbij 472 van de 2334 studies (20%) is gecheckt door hen beiden om gelijke beoordeling te kunnen waarborgen. Verschillen in beoordeling werden besproken en opgelost door consensus.

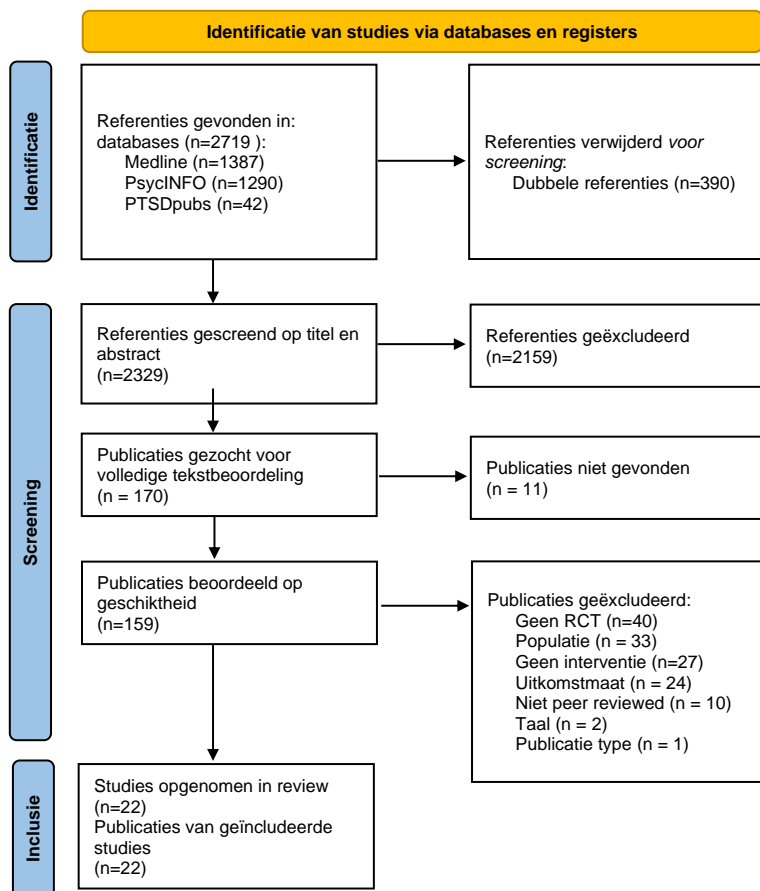
Van de geïncludeerde artikelen werd een overzicht gemaakt met de volgende gegevens: eerste auteur, jaar van publicatie, land (van de deelnemers), type preventie, populatie (type) en details deelnemers, studieontwerp, baseline-beoordeling (Ja/Nee), follow-up-beoordeling (in maanden), details interventie, uitkomstmaten, beschrijving van resultaten. Gegevens die nodig zijn voor kwaliteitsbeoordeling zijn ook opgeslagen. Het opstellen van het overzicht is gedaan door één onderzoeker; 20% ervan is gecontroleerd door een andere onafhankelijke onderzoeker.

De beoordeling van methodologische kwaliteit van de gevonden studies werd gescoord met de Cochrane Risk of Bias-tool ¹⁰⁴. Dit is uitgevoerd door twee onderzoekers, waarbij 10% onafhankelijk werd gecontroleerd door een andere onderzoeker. De methodologische kwaliteit van de studies wordt gebruikt om het niveau van bewijs van de aanbevelingen te bepalen.

Resultaten

Beschrijving van de resultaten

Figuur 2 laat zien dat een totaal van 2329 artikelen is onderzocht op basis van titel en abstract, waarbij 159 artikelen vervolgens nader zijn gescreend op inhoud. Van deze geselecteerde studies werden uiteindelijk 22 geïdentificeerd voor verdere analyse, waarbij de meeste artikelen afvielen omdat dat het niet een RCT betrof (N = 39) of de verkeerde populatie was (n = 32).



Figuur 6: Deze PRISMA Flow diagram geeft het proces van het selecteren van de juiste artikelen weer.

Er zijn 25 preventie interventies gevonden in 22 RCT-studies uit de periode 2000-2021. Het vaakst werden selectieve preventiestrategieën (48%, N=12) onderzocht, gevolgd door universele preventiestrategieën (40%, N=10), en geïndiceerde preventiestrategieën (12%, N=3). De interventies zijn hoofdzakelijk uitgevoerd bij militairen (60%, N=15), politieagenten (20%, N=5), en brandweerlieden (12%, N=3) ^{13,16,26-30,32-36,105-112}.

Alle interventies waren geënt op het voorkomen en/of terugdringen van klachten gerelateerd aan ingrijpende gebeurtenissen. Bijna de helft (48%, N=12) van de interventies richtte zich naast de ingrijpende gebeurtenissen ook op het voorkomen en/of terugdringen van organisatie stress(klachten). Een uitgebreide beschrijving van de opgenomen studies is verderop opgenomen.

In ruim de helft van de interventies (56%, N=14) werd enige evidentie gevonden voor effectiviteit van interventies. Interventies werden als effectief beschouwd als er significant minder klachten (PTSS, angst, depressie burn-out, slaapproblemen) in de interventieconditie voorkwamen dan in de controlegroep. Of, als het vermogen (ervaren veerkracht, inzet van probleemgerichte coping strategieën, aanwenden van sociale steun) om met klachten om te gaan significant hoger was in interventieconditie dan in de controlegroep. Deze effecten zijn gemeten na 3-24 maanden (universeel), 0-6 maanden (selectief), 1-3

maanden (geïndiceerd). Hierbij richt universele preventie zich op de gezonde bevolking, terwijl selectieve preventie gericht is op specifieke groepen met een verhoogd risico. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen met beginnende symptomen, met als doel het voorkomen van verdere verslechtering tot een aandoening.

Analyse van de resultaten

Hieronder worden componenten genoemd die voortkomen uit de 22 studies. Deze componenten werden regelmatig ingezet in de preventiestrategieën. De componenten zijn ingedeeld op type interventie en op enige en geen evidentie.

De volgende componenten werden regelmatig ingezet bij preventiestrategieën met enige evidentie:

Universeel (N=6)	Selectief (N=5)	Geïndiceerd (N=3)
<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie • Ontspanningsoefeningen • Mindfulness • Stress inoculatie • Aandachtstraining • Realistische scenario's • Tactische vaardigheden • Guided imagery • Huiswerk 	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie • Psychologische debriefing • Stimuleren sociale steun • Cognitieve herstructurering • Transitievaardigheden • Ontspanningsoefeningen 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve herstructurering • Guided imagery • Stimuleren zelfbewustzijn, -vertrouwen, -acceptatie, zingeving • Ontspanningsoefeningen • Mindfulness • Stimuleren sociale steun • Creatieve therapie • Cognitieve gedragstherapie (CGT) • Huiswerk

De volgende componenten werden regelmatig ingezet bij preventiestrategieën zonder evidentie:

Universeel (N=4)	Selectief (N=7)	Geïndiceerd (N=0)
<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie • Ontspanningsoefeningen • Mindfulness • Stress inoculatie • Guided imagery • Cognitieve herstructurering • Zelfzorg • Stimuleren sociale steun • Huiswerk 	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie • Psychologische debriefing • Collegiale sociale ondersteuning • Transitievaardigheden • Ontspanningsoefeningen • Mindfulness 	

Bovenstaande resultaten dienen terughoudend te worden geïnterpreteerd om de volgende redenen:

- doorgaans was de kwaliteit van studies *met* enige evidentie lager dan die van studies *zonder* enige evidentie. Het risico op vertekende studie uitkomsten was dus hoger in studies die positieve resultaten vonden.^{vii}
- de effecten zijn soms dusdanig klein of uitsluitend toepasbaar op een subgroep van de totale onderzochte groep, waardoor het discussieerbaar is in hoeverre ze effectief waren.
- de uitkomsten zijn niet eenduidig. Studies die dezelfde of een soortgelijke interventie onderzochten kwamen tot gemengde resultaten – soms waren ze effectief, soms niet. Dikwijls bestonden effectieve en ineffectieve interventies deels uit dezelfde componenten.
- sommige effectieve interventies zijn slechts eenmaal onderzocht. Er is geen replicatie van de uitkomsten en dat maakt de bewijslast mager.

Beschrijving van de preventieve strategieën

Hieronder volgt een uiteenzetting van de preventieve strategieën die gevonden zijn in de 22 artikelen. In elk van de 25 studies werd de interventie, logischerwijs in een RCT, vergeleken met een controleconditie. De controlecondities zijn zo ingericht dat ervan uit wordt gegaan dat ze geen invloed hebben op de studie-uitkomsten of dat deze invloed verwaarloosbaar is (te wijten aan non-specifieke factoren die onderdeel maken van iedere interventie). De controlecondities worden daarom niet inhoudelijk toegelicht bij de bespreking van de strategieën. De genoemde steekproef aantallen gaan per conditie en niet over aantallen voor totale studie.

De indeling van de drie typen interventies is aangehouden: universeel, selectief en geïndiceerd. Daaronder zijn de studies ingedeeld op effectief en ineffectief.

Universele preventieve interventies

Universele preventie is gericht op alle geüniformeerden, ongeacht hun risicostatus. Het betreft een gezonde groep en geldt ter voorbereiding op het omgaan met stress. Deze preventieve interventies worden ingezet tijdens de (1) opleiding of training van nieuwe medewerkers, cadetten, of rekruten en/of in de (2) voorbereiding op een uitzending naar een ramp- of oorlogsgebied.

Effectieve universele preventieve interventies

Voor de volgende universele preventieve interventies was er enig bewijs van effectiviteit.

1. Attention bias modificatie training (ABTM)

Wat 'Attention bias modificatie training' (ABTM) bij 363 jongvolwassen mannelijke Israëlische militairen (infanteristen) voorafgaand aan 14 maanden militaire inzet. Het eerste deel van de militaire inzet bestond uit 6 maanden grenscontroles uitvoeren met laag frequente blootstelling aan gevechtshandelingen. Het tweede deel bestond uit 8 maanden van (intensieve) uitzendinggerelateerde gevechtshandelingen¹⁷.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

^{vii} Van de 14 'effectieve' preventiestrategieën was de kwaliteit van de studies laag in de helft van de gevallen (N=7). Van de 11 'ineffectieve' preventiestrategieën was de kwaliteit van de studies laag in een-op-de-vijf van de gevallen (N=2).

Doel ABTM is ontworpen om de cognitieve verwerking van ingrijpende gebeurtenissen te verbeteren door deelnemers te trainen om hun aandacht en waakzaamheid voor potentieel uitzendgerelateerde (kleine) dreigingen te verhogen en door het vermijden van dreiging te verminderen. Dit zou bijdragen aan het voorkomen van PTSS ontwikkeling.

Aanpak ABTM betreft een computertaak training vóór uitzending. De duur van de training was 40 minuten verspreid over 4 sessies. Er was ook een variant met 8 sessies en een duur van 80 minuten, die was minder effectief. We bespreken hieronder de evidentie voor de 4-sessie variant.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie voldeden minder ABTM deelnemers aan een CAPS-PTSS diagnose (2.6 vs 7.8%). Voor iedere 19.2 militairen die ABTM ontvangen zou er door deze training 1 militair minder voldoen aan PTSS in vergelijking met geen training.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 4 maanden na terugkeer van (intensieve) gevechtshandelingen.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=176).

2. Attention control training (ACT)

Wat 'Attention control training' (ACT) bij 180 jongvolwassen mannelijke Israëlische militairen (infanteristen) voorafgaand aan 14 maanden militaire inzet. Het eerste deel van de militaire inzet bestond uit 6 maanden grenscontroles uitvoeren met laag frequente blootstelling aan gevechtshandelingen. Het tweede deel bestond uit 8 maanden van (intensieve) uitzendgerelateerde gevechtshandelingen¹⁷.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel ACT is ontworpen om de cognitieve verwerking van ingrijpende gebeurtenissen te verbeteren door deelnemers te trainen om hun aandacht en waakzaamheid voor potentieel uitzendgerelateerde (kleine) dreigingen te verhogen en door het vermijden van dreiging te verminderen. Dit zou bijdragen aan het voorkomen van PTSS ontwikkeling. ACT besteed meer tijd dan ABTM aan neutrale stimuli (50/50 verdeling neutraal/dreigend) tijdens de computertaak.

Aanpak ACT betreft een computertaak training vóór uitzending. De duur van de training was 40 minuten verspreid over 4 sessies.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie voldeden minder ACT deelnemers aan een CAPS-PTSS diagnose (5.0 vs 7.8%).

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 4 maanden na terugkeer van (intensieve) gevechtshandelingen.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=176).

3. Training in psychologische en tactische (coping) vaardigheden

Wat 'Imaginaire blootstelling' (guided imagery) aan toekomstige ingrijpende gebeurtenissen en vaardigheidstraining bij 37 hoofdzakelijk mannelijke Zweedse politiecadetten¹³.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen

Doel Het verhogen van de voorspelbaarheid en controleerbaarheid van toekomstige ingrijpende gebeurtenissen, om angstklachten te voorkomen en functioneren te verbeteren.

Aanpak Deelnemers werden imaginair blootgesteld aan verschillende scenario's van werkgerelateerde politie incidenten. Waarna gewerkt wordt aan het verbeteren van het coping repertoire van de deelnemers. De training bestond uit de volgende componenten (1) psycho-educatie in stress, gezondheid, functioneren en adaptieve copingstrategieën, (2) ontspanningsoefeningen, (3a) imaginaire blootstelling aan kritische incidenten (3b) oefenen van tactische vaardigheden bij de uitvoering werk, (4) Als huiswerk voerde deelnemers dagelijks ontspanningsoefeningen uit. De totale duur van de training was 28.5 uur.

Evidentie

Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde de deelnemers aan de training een significant hogere algemene gezondheid, hogere inzet van probleemgerichte copingstrategieën, minder slaapproblemen, somatische klachten (buikpijn), en ervaren uitputting.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 2 jaar na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Opleiding 'as usual' zonder de preventie training (N=37).

4. Mindfulness training

Wat 'Mindfulness Training' bij 57 mannelijke en vrouwelijke politieagenten uit de Verenigde Staten ¹⁴.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Het bevorderen van de veerkracht om het welzijn te bevorderen na het meemaken van chronische en acute (ingrijpende) stress.

Aanpak Het betrof een e-learning training met de volgende componenten (1) psycho-educatie (in stress, emotionele reacties, mindfulness), (2) mindfulness oefeningen. (3) niet nader omschreven huiswerk oefeningen. De totale duur van de training was 18 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde de mindfulness deelnemers significant minder ervaren stress, angst, burn-out en PTSS klachten. Ze rapporteerde een hogere kwaliteit van slaap.

Er werden geen verschillen gevonden tussen deelnemers uit de training en controleconditie in ervaren vermoeidheid, pijnklachten, fysieke gezondheid, en werkvermogen.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 3 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie WachtlIJst (N=57).

5. Resilience@Work Mindfulness Program

Wat 'Mindfulness en Veerkracht Training (RAW program) bij 268 brandweerlieden uit Australië ¹⁶.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Het bevorderen van de veerkracht door het verwerven van vaardigheden die rechtstreeks gericht zijn op het verbeteren van bronnen van veerkracht.

Bronnen voor veerkracht

Aanpak De online training bestond uit de volgende componenten (1) psycho-educatie (mindfulness, veerkracht, welzijn, copingstrategieën, zelfzorg, compassiemoeheid, zelfacceptatie), (2) compassie-georiënteerde mindfulness oefeningen (focus op dankbaarheid, optimisme, veerkracht, etc.), (3) huiswerk oefeningen (persoonlijk actieplan) na afloop training. De totale duur van de training was 2.5 uur.

Evidentie

Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde de mindfulness deelnemers significant meer 'adaptieve veerkracht'. Adaptieve veerkracht draait om het vermogen jezelf aan te kunnen passen aan stressvolle (levens)gebeurtenissen en uitdagende omstandigheden en het verdragen van problemen die hieruit voortkomen. Alsook verbeteringen in optimisme en het zoeken van sociale ondersteuning (emotioneel en praktisch) en inzet van actieve coping strategieën.

Er werden geen verschillen gevonden in 'bounce back veerkracht'. Bounce back veerkracht betreft het vermogen van deelnemers om te herstellen van stress. Bounce-back veerkracht draait om herstel na stressvolle gebeurtenissen, adaptieve veerkracht aan omgaan met/verdragen van stressvolle ervaringen. Er werden geen verschillen gevonden in de inzet van acceptatie en mindfulness vaardigheden. Er zijn geen gezondheidsmaten gemeten. Het is onbekend of de training een positief effect op welzijn heeft.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 6 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is laag.

Controleconditie Lifestyle coaching (N=276)

6. Stress Inoculatie Training (SIT)

Wat 'Stress inoculatie Training (SIT) bij 251 mannelijke militairen uit de Verenigde Staten ¹⁵.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Het bevorderen van de veerkracht om klachten te voorkomen na blootstelling aan toekomstige ingrijpende gebeurtenissen.

Aanpak De training bestond uit de volgende componenten (1) psycho-educatie (in stress, zelfhulp, coping gedrag, informatie doorgeleiding professionele zorgverlening), (2) ademhaling ontspanningsoefeningen, (3) stress biofeedback ontspanningsoefeningen. (4) ademhaling ontspanningsoefeningen tijdens stressvolle training-scenario's. De totale duur van de training was 2 uur en 15 minuten.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde SIT-deelnemers significant minder PTSS symptomen, een betere psychologische gezondheid, en betere stress management vaardigheden.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 7 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie 20 minuten psycho-educatie (een lezing over stress, zelfhulp, coping gedrag, informatie doorgeleiding professionele zorgverlening) (N=97).

Ineffectieve universele preventieve interventies

Voor de volgende universele preventieve interventies was er geen bewijs van effectiviteit

7. MAPS Veerkrachtraining (MAPS)

Wat 'MAPS' (Mental Agility and Psychological Strength) training bij 75 voornamelijk mannelijke brandweerrekruten uit Australië ¹⁰⁹.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Het bevorderen van de veerkracht.

Aanpak De training vermeed de expliciete bespreking van PTSS en psychotrauma. Het bestond uit de volgende componenten (1) psycho-educatie (stress, coping, herkennen van PTSS symptomen, aanwenden van sociale steun), (2) cognitieve herwaardering van ingrijpende gebeurtenissen en stressoren, (3) aanwenden van sociale steun, (4) zelfzorg-, (5) mindfulness-, en (6) relaxatieoefeningen. De totale duur van de training was 2.5 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde de MAPS deelnemers *geen* verschillen in mentale gezondheid (PTSS, depressie, angst en stressklachten), ervaren sociale steun, inzet van adaptieve copingstrategieën.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is laag.

Controleconditie Opleiding 'as usual' zonder MAPS (N=45).

8. MIND Veerkracht Training

Wat 'Mind Veerkracht Training' bij 317 Engelse noodhulpverleners met uiteenlopende beroepen (politie, brandweer, ambulancepersoneel en reddingswerkers) ¹¹².

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Het verbeteren van welzijn door de inzet van adaptieve copingstrategieën.

Aanpak De training bestond uit de volgende componenten: (1) psycho-educatie (stress, mentaal welzijn), (2) cognitieve herwaardering van irrationele gedachten en stemmingen, (3) relaxatieoefeningen (incl. mindfulness), (4) huiswerk oefeningen. De totale duur van de training was 1 uur en 20 minuten.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde de MIND deelnemers *geen* verschillen in welzijn, veerkracht, gebruik van probleem-oplossend vermogen, sociaal kapitaal, aantal ziekteverlofdagen, zelfeffectiviteit (self-efficacy), en zelfvertrouwen in het managen van de mentale gezondheid.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Online psycho-educatie (N=113).

9. Stress inoculatie training' (SIT)

Wat 'Stress inoculatie training' (SIT) bij 32 à 33 Noord-Amerikaanse mannelijke militairen in de vorm van een 'korte psychologische vaardigheden training' ¹¹³.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen

Doel Door middel van een realistische oefening stress op te wekken en met verschillende psychologische technieken te verlagen. Stress werd gedefinieerd als dissociatieve en PTSS klachten.

Aanpak Deelnemers kwamen terecht in een schijngeschiedenis scenario. SIT deelnemers kregen een aanvullende training die bestond uit de volgende componenten: (1) ontspanningsoefeningen (ademhaling) voor emotionele controle, (2) mentale visualisatie (mental imagery), (3) doelen stellen, (4) cognitieve herstructurering van irrationele cognities. De totale duur van de training was 1 uur en 20 minuten.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde SIT deelnemers na 24 uur minder dissociatieve symptomen, maar *geen* verschillen na 1 en 3 maanden. Ook geen verschillen na 24 uur, 1 en 3 maanden in PTSS ernst tussen beide condities.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Schijngeschiedenis zonder SIT (N=32 à 33).

10. Online zelfzorg voor behandelaren (PTSD Clinicians Exchange)

Wat 'PTSD Clinicians Exchange' bij 453 militaire professionele gedragskundige hulpverleners (**Clarke-Walper e.a., 2020**).

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen (secundaire traumatisering). (2) Organisationele stress (hoge caseload).

Doel Het managen van stress, burn-out, en secundaire traumatische stress met behulp van een online Webtool.

Aanpak De training richt zich op de volgende componenten: (1) educatie (over behandelstrategieën voor PTSS), (2) vinden van collegiale ondersteuning (peer support), (3) zelfevaluatie en zelfmanagement gericht op beheersen van stress, burn-out en secundaire traumatische stress. De duur van de training was onbekend.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde de 'Exchange' deelnemers geen verschillen in burn-out klachten over tijd.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Nieuwsbrief (N=152)

Effectiviteit Selectieve preventie

Selectieve preventie is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis aanzienlijk verhoogd is.

Effectieve selectieve preventieve interventies

Voor de volgende selectieve preventieve interventies was er enig bewijs van effectiviteit.

1. Psychologische debriefing (Battlemind Debriefing)

Wat 'Battlemind Debriefing' (bij 585 voornamelijk mannelijke Noord-Amerikaanse militairen direct na terugkomst van een 12 maanden durende Irak uitzending (**Adler e.a., 2009**).

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Een succesvolle transitie van een uitzendgebied (oorlogsgebied) naar thuis en het aanjagen van sociale ondersteuning (collegiale ondersteuning en managementondersteuning). De training was *expliciet niet* gericht op traumatische ervaringen; bleef bewust weg van deze gebeurtenissen.

Aanpak De componenten van groeps-debriefing waren: (1) benoemen van moeilijke momenten op uitzending, (2) beschrijven van hun eerste gedachten over moeilijke gebeurtenissen, (3) aangeven hoe de deelnemer is veranderd (ten goede of ten kwade) als gevolg van deze gebeurtenis, (4) bespreken adaptieve copingstrategieën, waaronder zoeken van sociale steun ikv. de transitie naar huis. (5) cognitieve herstructurering uitzending ervaringen, en (6) identificeren van hulpbronnen om mentaal gezond te blijven. Het betrof één sessie van 50 minuten.

Evidentie. Ten opzichte van de controleconditie rapporteerden debriefing deelnemers significant minder klachten van *PTSS*, *depressie*, en *slaapproblemen*. Deze effectengrootten waren klein ($d=0.2-0.30$) en werden uitsluitend gevonden in een subgroep van deelnemers met een hoge mate van blootstelling aan gevechtshandelingen. Deelnemers zonder hoge mate aan blootstelling rapporteerden geen verschillen ten opzichte van de controleconditie.

Duurzaamheid: Deze verschillen werden gemeten 4 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Stress-educatie (N=528).

2. Battlemind Training

Wat ‘*Battlemind Training*’ bij 804 voornamelijk mannelijke Noord-Amerikaanse militairen 4 maanden na terugkomst van een 12 maanden durende uitzending naar Irak ²⁸.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Het vergemakkelijken van de transitie van een uitzendgebied (oorlogsgebied) naar thuis. Het doorbreken van stigma op mentale gezondheid door problemen bespreekbaar te maken.

Aanpak Het betreft een groepstraining gericht op cognitieve psychologische technieken en opbouwen van vaardigheden. De training vond plaats in groepen. De volgende componenten kwamen aan bod: (1) psycho-educatie (stress reacties na gevechtshandelingen), (2) cognitieve herstructurering van transitie-moeilijkheden (PTSS, depressie, slaapproblemen). (3) uitzendvaardigheden aanpassen naar de thuissituatie, (4) sociale steun zoeken. Het betrof één groepssessie van 1 uur.

Evidentie. Ten opzichte van de controleconditie rapporteerde Battlemind Training deelnemers significant minder PTSS en depressieklachten, en een hogere kwaliteit van leven. Er werden geen verschillen gevonden in ervaren stigma 6 maanden na de training. De gevonden effectgrootte waren klein tot middelmatig.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 6 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Niks (N=845).

3. Battlemind Training

Wat ‘*Battlemind Training*’ bij 1184 voornamelijk mannelijke Noord-Amerikaanse militairen direct na terugkomst van een 12 maanden durende Irak uitzending ²⁷.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Het vergemakkelijken van de transitie van een uitzendgebied (oorlogsgebied) naar thuis. Het doorbreken van stigma op mentale gezondheid door problemen bespreekbaar te maken.

Aanpak Het betreft een groepstraining gericht op cognitieve psychologische technieken en opbouwen van vaardigheden. De training vond plaats in kleine (N=18-45) en grote groepen (N=126-225). De volgende componenten kwamen aan bod: (1) psycho-educatie (stress reacties na gevechtshandelingen), (2) cognitieve herstructurering van transitie-moeilijkheden (PTSS, depressie, slaapproblemen). (3) uitzendvaardigheden aanpassen (N=10) naar de thuissituatie, (4) sociale steun zoeken. Het betrof één groepssessie van 45 minuten.

Evidentie. Ten opzichte van de controleconditie rapporteerden Battlemind Training deelnemers met een hoge mate van blootstelling aan gevechtshandelingen, significant minder *PTSS* en *depressieklachten*, en minder *slaapproblemen* en ervaren stigma. Deze effectengrootten waren klein ($d=0.2-0.30$) en

werden uitsluitend gevonden in een subgroep van deelnemers met een hoge mate van blootstelling aan gevechtshandelingen. Deelnemers zonder hoge mate aan blootstelling rapporteerden geen verschillen ten opzichte van de controleconditie.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 4 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Stress-educatie (N=528).

4. Yoga

Wat 'Sensory-Enhanced hatha Yoga' bij 35 mannelijke en vrouwelijke Noord-Amerikaanse militairen tijdens hun uitzending naar Irak ³².

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Het voorkomen van PTSS en stress door het verwerken van 'sensorische moeilijkheden' na potentieel ingrijpende gebeurtenissen. Het betrof een lichaamsgericht alternatief voor 'praat-interventies'.

Aanpak De training bestaat uit de volgende yoga elementen: Verhogen (lichamelijke) zelfbewustzijn (centering), ademhalingsoefeningen (pranayama-technieken), meditatie, lichaams oefeningen (asana's), en ontspanningsoefeningen (savasana's), zen-meditatie muziek. De duur was minimaal 11 en maximaal 26 uur per deelnemer.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie was yoga training effectief in het verminderen van angst en verbeteren van de kwaliteit van leven en werk functioneren.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 1 week na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=35).

5. Psychologische debriefing ('512 Psychological Intervention Model')

Wat '512 Psychological Intervention Model' (PIM) bij 512 jongvolwassen Chinese militaire rampenreddingswerkers 1 maand na de Wenchuan aardbeving ³⁰. Een ramp met tienduizenden doden en honderdduizenden gewonden. PIM 512 betreft een vorm van psychologische debriefing waarbij het protocol is gebaseerd op het *critical incident stress debriefing* (CISD), maar aangevuld met cohesietraining.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Het voorkomen van PTSS, angst en depressie na blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen door verwerken ingrijpende gebeurtenissen en versterken sociale steun binnen de militaire unit.

Aanpak De groepsdebriefing bestond uit de volgende elementen: (1) Reconstructie, het beschrijven van de ingrijpende gebeurtenissen (feiten en gedachten), en stressreacties en klachten, (2) psycho-educatie, stress management adviezen in omgaan met klachten, (3) cohesietraining, faciliteren van sociale steun en verbondenheid door het spelen van spellen waar samenwerking noodzakelijk was. Deelnemers mochten tijdens dit deel privé of publiekelijk 'zeggen wat ze het liefst wilde zeggen'. Het doel was het vormen van hechte relatie met teamgenoten. De duur van de interventie was 1 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie was 512 PIM effectief in het verminderen van PTSS, angst en depressie. Er werden geen verschillen gevonden in de prevalentie van PTSS (%) tussen 512 PIM en de controleconditie.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 2 en 4 maanden na de interventie.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=429).

Ineffectieve selectieve preventies interventies

Voor de volgende selectieve preventiestrategieën (interventies voor medewerkers met een verhoogd risico, met als doel voorkomen van ziekte) was er geen bewijs van effectiviteit.

1. Psychologische debriefing

Wat 'Psychologische debriefing' bij 54 mannelijke militairen direct na terugkomst van 6 maanden durende uitzending naar Bosnië ²⁶.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Verwerken van traumatische ervaringen door ontwrichtende cognitieve en gedragspatronen te verminderen

Aanpak De debriefing vond niet plaats direct na een ingrijpende gebeurtenis. Het betrof één groepssessie van 2 uur. 2 deelnemers ontvingen ook tijdens de uitzending een debriefing.

Evidentie Er waren na afloop geen (consistente) verschillen tussen de deelnemers aan de controleconditie en de debriefing deelnemers qua PTSS en algemene psychische klachten, en qua alcohol misbruik.

Studiekwaliteit Het risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Stress training zonder psychologische debriefing (N=52).

2. Psychologische debriefing

Wat 'Psychologische kritische incidenten debriefing' bij 312 Noord-Amerikaanse militairen na afloop van een 6 maanden durende uitzending in Kosovo ³⁶.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Bespreekbaar maken van traumatische ervaringen in de groep en verwerken van uitzendgerelateerde traumatische ervaringen door ontwrichtende cognitieve en gedragspatronen te verminderen

Aanpak De debriefing vond niet plaats direct na een ingrijpende gebeurtenis. Het betrof één groepssessie van 2 uur. Het was voor deelnemers mogelijk om tijdens de uitzending na kritische incidenten debriefing te ontvangen buiten het onderzoek om. Het is onduidelijk hoe vaak dat is voorgekomen. Het betrof één groepssessie van anderhalf uur.

Evidentie Er waren na afloop niet-noemenswaardige significante positieve verschillen tussen de debriefinggroep en de controleconditie in PTSS klachten, agressief gedrag, en alcoholmisbruik.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie (1) Conditie 1: Niks (N = 281). (2) Conditie 2: 1 groepssessie stress management training (N = 359).

3. Psychologische debriefing

Wat 'Psychologische kritische incidenten debriefing' bij 36 hoofdzakelijk mannelijke vrijwillige Australische brandweerlieden na blootstelling aan een ingrijpende gebeurtenis ¹⁰⁹.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Het voorkomen van posttraumatische stressklachten. In geval van posttraumatische stressklachten en een verstoord functioneren, het mitigeren van posttraumatische stressklachten en bewerkstelligen en/of versnellen van een terugkeer naar 'normaal' functioneren.

Aanpak De groepsdebriefing vond plaats 1-3 dagen na een werkgerelateerde ingrijpende gebeurtenis. De aanpak bestond uit de volgende componenten: (1) reconstructie [beschrijven van de (feitelijke) ingrijpende gebeurtenis, de gedachten en het beslisproces over en de persoonlijke betekenis aan de gebeurtenis, de emotionele reacties op de gebeurtenis, en andere reacties (mentale klachten) op de gebeurtenis, (2) psycho-educatie (over stress, klachten en coping strategieën). (3) Bespreken van thema's rondom terugkeer naar het alledaagse leven. De duur van de debriefing was 1 uur en 30 minuten.

Evidentie Er waren geen verschillen tussen de deelnemers aan de controlecondities en de debriefing conditie op de primaire uitkomstmaat (PTSS klachten). En geen verschillen in ervaren psychologische distress. Debriefing deelnemers rapporteerden een significant hogere kwaliteit van leven ten opzichte

van de controleconditie die psycho-educatie kreeg, maar niet ten opzichte van de controleconditie die geen interventie kreeg. Ze rapporteerden een significant lager alcoholgebruik ten opzichte van de controleconditie die geen interventie kreeg, maar niet ten opzichte van de controle groep die psycho-educatie kreeg. Qua alcoholgebruik waren de condities niet gelijkwaardig voorafgaand aan de interventies, dit brengt de evidentie hiervoor in het gedrang.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Psychoeducatie in stress management (N=48). Geen interventie (N=38).

4. Psychologische debriefing (CISD protocol)

Wat Psychologische debriefing volgens CSID protocol bij 417 jongvolwassen Chinese militaire rampenreddingswerkers 1 maand na de Wenchuan aardbeving³⁰. Een ramp met tienduizenden doden en honderdduizenden gewonden.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Het voorkomen van PTSS, angst en depressie na blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen door verwerken ingrijpende gebeurtenissen.

Aanpak De groepsdebriefing bestond uit de volgende elementen: (1) Beschrijving ingrijpende gebeurtenis (feiten en gedachten) en stress reacties en klachten, (2) psycho-educatie (adviezen omgaan met klachten [stress management]), De duur van de interventie was 1 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie waren er geen verschillen in PTSS, angst en depressie klachten.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 2 en 4 maanden na de interventie.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=429).

5. Collegiale ondersteuning 'Trauma Risk Management (TRiM)

Wat 'Trauma Risk Management (TRiM) bij 764 Engelse militairen (vlootpersoneel)³⁵.

Focus Ingrijpende gebeurtenissen.

Doel Het bevorderen van hulpzoekgedrag na ingrijpende gebeurtenissen zodat militairen die psychologische stoornissen ontwikkelen gesteund worden in het zoeken van hulp en verminderen van het stigma rondom mentale gezondheid.

Aanpak De training werd gegeven door niet-medische collega's getraind in TRiM als een vorm van collegiale ondersteuning. TRiM trainers (1) adviseren militaire (vloot)commandanten tijdens de uitzending over traumatische stress, (2) ze screenen collega's na ingrijpende gebeurtenissen om vast te stellen wie baat zouden hebben bij sociale ondersteuning en fungeren als en bieden een luisterend oor, (3) doorverwijzen van collega's bij aanhoudende klachten (1 maand na screening). Deelnemers mochten ook contact zoeken met TRiM trainers over niet-kritische incidenten.

Evidentie In vergelijking met de controleconditie rapporteerde TRiM deelnemers geen verschillen in algemene gezondheid, PTSS klachten en ervaren stigma.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Standaardprocedures na ingrijpende gebeurtenissen (N=795)

Een van de verklaringen voor bevindingen: Lijkt erop dat aan boord van de marineschepen weinig traumatische blootstelling en niks 'ernstigs voorkwam'.

6. Battlemind Training

Wat Verengelse 'Battlemind Training' bij 1108 Engelse militairen direct na terugkomst van uitzending naar Afghanistan²⁹.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Maken van een succesvolle transitie van een uitzendgebied (oorlogsgebied) naar thuis door cognitieve en gedragsstrategieën die hen hebben geholpen om effectief te zijn tijdens de uitzending aan te passen naar de thuissituatie.

Aanpak De groepstraining vond plaats tijdens een 36-urige 'decompressie' op een derde locatie (tussen uitzendgebied en thuisgebied in). De duur van de training was 45 minuten.

Evidentie Er waren geen verschillen tussen de controleconditie en battlemind training deelnemers qua PTSS en depressieklachten, ervaren algemene gezondheid, kwaliteit van slaap, en ervaren stigma over mentale gezondheid. Er was een vermindering van alcoholmisbruik in de battlemind conditie ten opzichte van de controleconditie, het betrof een klein effect.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is laag.

Controleconditie Decompression as usual zonder battlemind training (N=1335).

7. Mindfulness-gebaseerde veerkracht training (MBRT)

Wat Een op 'Mindfulness-gebaseerde veerkracht training' (MBRT) bij 31 Noord-Amerikaanse politieagenten ³³.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel Vergroten van de veerkracht en bevorderen van de mentale gezondheid door leren omgaan met traumatische en organisationele stress.

Aanpak De groepssessies bestonden uit (1) ervaringsgerichte en didactische oefeningen, (2) meditatie en mindfulness oefeningen, en (3) groepsdiscussies. De training had een duur van 22 uur.

Evidentie In vergelijking met de controleconditie ervoeren mindfulness deelnemers een grotere afname van agressie, organisatorische stress, burn-out, en slaapproblemen, Alsook een toename van psychologische flexibiliteit en non-reactiviteit na de training. Deze resultaten waren echter niet langer significant na 3 maanden follow-up.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=30).

Effectiviteit Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie is gericht op individuen of een subgroep van de populatie die niet voldoen aan formele diagnostische criteria maar wel al klachten of symptomen hebben. Verschil met selectieve preventie is dat er geen klachten zijn, geïndiceerd wel.

Effectieve geïndiceerde preventieve interventies

Voor de volgende geïndiceerde preventieve interventies was er enig bewijs van effectiviteit.

1. Rational Emotive Occupational Health Coaching

Wat 'REOHC' (Rational Emotive Occupational Health Coaching) bij 76 mannelijke en vrouwelijke politieagenten uit Nigeria met tenminste 5 jaar werkervaring en met een lage/slechte gezondheid en werkvermogen ¹⁰⁸.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen. (2) Organisatie stress.

Doel De groepstraining was geënt op het veranderen van irrationele overtuigingen en bijbehorende emotionele reacties die voortkwamen uit werkervaringen.

Aanpak De training bestond uit de volgende componenten: (1) Probleem- en doelstelling formuleren (2) Cognitieve herstructurering, (3) Guided imagery; (4) Huiswerk; (5) Zelfacceptatie, (6) Ontspanningsoefeningen. De totale duur was 32 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie, rapporteerde REOHC deelnemers een significant hoger ervaren welzijn (hogere mate van levenstevredenheid en emotioneel balans) en werkvermogen.

Duurzaamheid: Deze verschillen werden gemeten 3 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Wachtlust (N=77).

2. Veerkracht training

Wat Veerkracht training bij een unit van 33 vrouwelijke politieagenten uit India met een reputatie van in hoge mate ervaren stress, lage veerkracht, en slechte gezondheid ¹¹⁴.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen, (2) Organisatie stress.

Doel De training was geënt op het versterken van de veerkracht. Het doel was niet om toekomstige stress te elimineren, maar om het *vermogen* om met toekomstige uitdagingen om te gaan te versterken door de persoonlijke hulpbronnen van de deelnemers te verbeteren, zoals het hebben van meer zelfbewustzijn, een positieve houding ten opzichte van zichzelf, werk en leven, emotioneel management, en interpersoonlijke vaardigheden.

Aanpak De training bestond uit de volgende componenten: (1) psycho-educatie (in oorzaken en gevolgen van stress, veerkracht, cognities, interpersoonlijke vaardigheden), (2) Cognitieve herstructurering van onwenselijke cognities en voortkomende gedragingen, (3) stress management strategieën ontspanningsoefeningen, mindfulness, emotionele expressie, *guided imagery*). (4) interpersoonlijke sociale vaardigheden ontwikkelen (5) huiswerk oefeningen. De totale duur van de groepstraining was 20 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie, rapporteerden deelnemers van de veerkracht training significant minder werkstress, en significant meer veerkracht, werktevredenheid en psychologisch welzijn (middelmatige effectgroottes).

Duurzaamheid: Deze verschillen werden gemeten 2 maanden na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is matig.

Controleconditie Niks (N=30).

3. Veerkracht training (geïntegreerde groepsbegeleiding)

Wat Een 'geïntegreerde groepsbegeleiding' (veerkracht training) bij 30 militairen uit Thailand ¹¹⁵.

Focus (1) Ingrijpende gebeurtenissen, (2) Organisatie stress.

Doel Versterken van de veerkracht en mentale gezondheid.

Aanpak De groepstraining maakte gebruik van Boeddhistische principes in verschillende psychologische stromingen, waaronder existentiële therapie, creatieve therapie, en CGT. De training bestond uit de volgende componenten: (1) psycho-educatie over mentale gezondheid, veerkracht, emoties en emotieregulatie en positieve emoties (optimisme). (2) Groepsdiscussies over zingeving, zelfbewustzijn, zelfvertrouwen acceptatie van het onveranderlijke, betekenis geven aan persoonlijke en ingrijpende herinneringen, faciliteren sociale ondersteuning. (3) Meditatie (ademhaling) en mindfulness oefeningen. (4) Creatieve therapie (mandala's tekenen). (5) CGT en cognitieve herstructurering. De training had een duur van 21 uur.

Evidentie Ten opzichte van de controleconditie rapporteerden deelnemers aan de veerkracht training een significant betere mentale gezondheid en veerkracht, en minder stress.

Duurzaamheid Deze verschillen werden gemeten 1 maand na de training.

Risico op vertekening van de resultaten door de gekozen studieopzet is hoog.

Controleconditie Psychoeducatie (N=30).

Ineffectieve geïndiceerde preventieve interventies

Er waren geen geïndiceerde preventieve interventies zonder bewijs van effectiviteit.

Bijlage 4 Verslag bruikbaarheidstesten

Er hebben in het kader van de commentaarfase op de concept richtlijntekst, twee bruikbaarheidstesten plaatsgevonden. In een groep mogelijke gebruikers van de Richtlijn, werden de aanbevelingen doorgenomen aan de hand van een casus. Feedback werd verzameld op deze aanbevelingen: Kun je ermee uit de voeten? Ondersteunt het jou in je werk? Sluit het aan bij wat je al doet? Wat kan er beter? In deze bijlage wordt verslag gedaan van deze twee bruikbaarheidstesten.

Verslag bruikbaarheidstest 1 - Buitengewoon opsporingsambtenaren (Boa)

Datum: 27 maart 2024

Locatie: online

Aanwezig

- Veilige Publieke Taak coördinator bij gemeente Tilburg, Domein 1;
- Medewerker handhaving sportvisserij, Domein 2;
- Medewerker HRM, Domein 2;
- Leidinggevende Stadtoezicht bij gemeente Gouda;
- Boa in de wijk Domein 1, en krijgt in de nabije toekomst de rol van Bedrijfsopvang (BOT);

Casussen

- Boa's krijgen melding van een verwarde vrouw bij water. Bij aankomst heeft de vrouw suïcide gepleegd en voeren de Boa's tevergeefs reanimatie toe. Er was toen wel nazorg van de leidinggevende maar het zou goed zijn om meer handvatten te krijgen over hoe je de nazorg organiseert.
- Jonge nieuwe medewerker wordt gevraagd door politie om beveiligingsbeelden terug te kijken n.a.v. het aantreffen van stoffelijk overschot. De beelden maken diepe indruk op de jonge medewerker. Dit wordt niet zo snel herkend als een ingrijpende gebeurtenis, maar wel zo beleefd.
- Het komt vaak voor dat boswachters regels moeten handhaven (bijv. loslopende honden) waarbij men zich niet wil identificeren. Dit gaat vaak gepaard met agressie (duwen, verbaal etc.). Deze incidenten worden niet altijd gezien als een ingrijpende gebeurtenis, maar hebben wel impact.

Algemene opmerkingen over de aanbevelingen en de richtlijn:

- De Boa's vallen onder circa 521 werkgevers, het is dus lastig om psychosociale ondersteuning (PSO) generiek in te richten. Niet alle leidinggevenden kennen de richtlijn en door personeelwisselingen gaat kennis verloren of weet men niet wie verantwoordelijk is om dit stuk op te pakken of welk pad bewandeld kan worden. De vraag is: hoe komt de juiste kennis bij de juiste persoon? Hoe krijg je de route bepaald? Van belang is dat de kennis uit de richtlijn 'tussen de oren' komt van het personeel en vooral leidinggeven. Er is een voorbeeld gegeven van een training bij het NLVi voor leidinggevende om te leren om signalen te herkennen bij traumatische gebeurtenissen. Er waren weinig aanmeldingen. Het is dus belangrijk om na te denken hoe je de aandacht krijgt bij alle leidinggevenden om de kwaliteit van PSO te verhogen binnen de organisatie. Het kan goed beschreven zijn, als het niet toegepast wordt, dan heeft het weinig nut.
- Er is een suggestie gegeven om de al genoemde doelgroep in de richtlijn, die dikwijls te maken krijgt met agressie en geweld, aan te vullen met de Veilige Publieke Taak (VPT) beschrijving (valt Persveilig ook onder).
- Daarnaast is het belangrijk dat de leidinggevenden de signalen van de medewerkers herkennen.

Hoofdstuk 2. Visie op psychosociale ondersteuning

- Kringenmodel: hierbij mag duidelijk gezegd worden dat de werkgever een belangrijke taak heeft, dus medewerker is niet alleen verantwoordelijk om zijn/haar inzetbaarheid/functioneren in stand te houden.
- Wat je onder ingrijpende gebeurtenis verstaat mag breder: als de medewerker het als dusdanig ervaart, dus niet alleen bij calamiteiten. Goed signaleren is van belang door briefing en debriefing gesprekken, of regelmatig samenkomen, korte lijntjes, regelmatig vragen hoe het gaat.
- Lastig om beleid te voeren op niet-duidelijke ingrijpende gebeurtenissen.
- 'Levensbedreigende situatie', mag aangepast worden naar '(levens)bedreigende situatie'. Een ingrijpende gebeurtenis hoeft niet meteen levensbedreigend te zijn. Er kan ook sprake zijn van je onveilig voelen wanneer je op pad gaat als boa.

Hoofdstuk 3. Goed werkgeverschap

Veilige werkcultuur

- Ook is het lastig om op langere termijn te signaleren hoe het met een medewerker is in de praktijk; hoe herken je een 'kras op de ziel'. Er heerst vaak een soort stoerheid onder het personeel, dus de mentaliteit om iets aan te kaarten is er minder.
- Zijn opleidingsinstellingen voldoende meegenomen bij de ontwikkeling van de richtlijn?

Ondersteuning bij het afhandelen van incidenten

- Na een ingrijpende gebeurtenis zou er ruimte moeten zijn om minder intensief werk te doen; dus niet gelijk naar huis sturen voor een lange periode maar ruimte bieden in het rooster voor ander soort taken.
- Betreft 'hulp bij aangifte', zou het beter zijn om te noteren dat de leidinggevende (of coördinator Veilige Publieke Taak (VPT)) mee gaat om aangifte te doen en aanwezig is tijdens een eventueel strafproces.
- Er zou best streng op naleving van de richtlijn gecontroleerd mogen worden. Zodat werkgevers het niet links laten liggen en het minder vrijblijvend is.

Het bieden van voorlichting, training en opleiding

- Boa's worden regelmatig getraind op het gebied van omgaan met agressie, conflictbemiddeling etc. Een knelpunt hierin is dat boa's gebriefd de straat op gaan, maar debriefing niet gedaan wordt. Een ander knelpunt is, dat er met vrijwilligers wordt gewerkt die niet altijd op kantoor komen. Diensten verschillen enorm. Daarom is het belangrijk dat je de lijntjes kort houdt met elkaar. Eventueel teambuildingsactiviteiten, wekelijks (telefonisch) contact hebben en samen diensten draaien.

Monitoren welbevinden en signaleren van klachten

- Leidinggevendens hebben een belangrijke rol in de kwaliteit van ondersteuning, maar dat is afhankelijk van de persoon en hoeveel tijd deze tot zijn/haar beschikking heeft. Bij kleine gemeenten wordt de signalerende functie vaak 'erbij' gedaan. Signalering van klachten moet je persoonlijk goed af gaan.
- Je weet niet waar je een medewerker op uit stuurt, want de praktijk is onvoorspelbaar. Hoe ga je om met zorgmijders, hoe kun je controleren of zij in staat zijn om hun werk goed te doen na een ingrijpende gebeurtenis? Er moet een continue dialoog zijn, zoals tijdens het functioneringsgesprek (minimaal 2 keer per jaar).

Hoofdstuk 4. Opvang en nazorg organiseren

- Thuisfront betrekken is heel belangrijk. Er zijn voor andere beroepsgroepen informatieflyers voor het thuisfront over de impact van het werk van medewerkers met hoog-risico beroepen. Ook is er informatie voor kinderen. Dat zou ook voor boa's moeten komen.

Incident geboden georganiseerde collegiale ondersteuning

- Als er tijdens een gesprek met een collegiaal ondersteuner gevoelige informatie wordt gedeeld, die met een vertrouwenspersoon besproken moeten worden, dan moet de collegiaal ondersteuner de gesprekken stoppen en doorverwijzen naar de vertrouwenspersoon.
- De leidinggevende moet inderdaad op de hoogte gehouden worden als er gesprekken plaatsvinden met de collegiaal ondersteuner. Inhoudelijk hoeft deze uiteraard niet op de hoogte gehouden te worden. Maar de leidinggevende moet voldoende informatie hebben om te weten in hoeverre de medewerker inzetbaar is.

Hoofdstuk 5. Doorgeleiding naar professionele zorgverlening

Geen opmerkingen

Verslag bruikbaarheidstest 2 - Koninklijke Marechaussee

Datum: 3 april 2024

Locatie: online

Aanwezig:

- Opperwachtmeester, Wijkopper Schiphol-Oost, Collegiale Ondersteuningsgroep (COG)
- Brigadecommandant, leidinggevende, en heeft in het verleden als COG'er gewerkt
- Adjudant-onderofficier. Leidinggevende, coördinator.
- Geestelijk Verzorger (GV), humanistisch geestelijk verzorger
- Stafofficier operationele zorg en gezondheidszorgpsycholoog MGGZ, behandelaar in de 2^e lijnszorg, traint COG trainers en ook medewerkers tot COG'ers.

Casussen:

- Aanrijding door een bekend persoon in een auto die onder invloed te hard reed. Hierbij kwam een kindje te overlijden. Het vond plaats in de nachtdienst en medewerkers hadden geholpen bij de reanimatie. In de media was er veel aandacht voor het incident. Medewerkers kregen een onderscheiding voor hun handelen, ceremonie riep veel herinneringen op.
- Suïcide op de parkeergarage. Medewerkers konden het net niet voorkomen en waren dus heel dichtbij en hebben alles gezien. Debriefing volgde om het verhaal compleet te krijgen. Daarna benaderd door COG met aanbod van ondersteuning.

Algemene opmerkingen:

- Het risico is dat wanneer er veel incidenten voorkomen, dan kan het 'normaal' worden terwijl dat niet de bedoeling is. Het is dus belangrijk om een balans te vinden tussen enerzijds schouders eronder en anderzijds goed luisteren naar wat er speelt.
- Organiseer intervisie met alle betrokkenen die met personeelszorg te maken hebben (eens per 6 weken), om de casuïstiek te bespreken; 'gaten' te herkennen en zodat men elkaar kan vinden.
- Bij de KMar is de COG'er altijd degene die als eerste belt, ook de mensen die zeggen 'het doet mij niks' worden gebeld. Teams geven dikwijls voldoende steun aan elkaar, waardoor de machocultuur steeds meer vervalst. Initiatief KNAK is een methode om medewerkers te stimuleren om te praten over incidenten en het werk; 'geknakt maar niet gebroken'. Zodat het herkend en erkend wordt en dat men weet dat men er niet alleen voorstaat. Hoe lang het gesprek duurt, hangt af van de medewerker. Zowel werk als privé wordt besproken met COG, omdat deze niet te scheiden zijn.

Hoofdstuk 2. Visie op psychosociale ondersteuning

Kringenmodel:

- Vraag: term sleutelfiguren, slaat dat op zowel kring 1 als 2? Staat nu alleen in 2.

- POH GGZ wordt niet expliciet genoemd.

Paraboolmodel:

- Lastig om te weten wanneer je zorg aanbiedt. Het kan een worsteling zijn bijv. je wilt niet te vroeg bellen maar je wilt ook niet te laat zijn. Het is een gevoelskwestie. Vaak komt het wel goed want het gaat om de intentie erachter maar het voelt alsof je er vaker naast zit dan goed.
- Er is geen eenduidig protocol wanneer en hoe vaak je iemand moet vragen hoe het gaat. Maatwerk is belangrijk. Moet afgestemd worden omdat elk persoon anders is. Passend moment vinden. Ook ligt dit bijv. aan je leidinggevende of commandant of het iemand is die vindt dat je gelijk door moet of niet. Zolang het uit een goed hart komt, heeft een collega het meestal wel door.

Hoofdstuk 3. Goed werkgeverschap

- Aandacht in sociale media; meningen van anderen kunnen storend zijn, maar er kan ook steun in de media zijn voor het handelen van de medewerker. Ook leidinggevende spelen hier een rol in door in gesprek te gaan.

Monitoring van welbevinden en signalering van klachten:

- Graag een fysieke ruimte creëren om stoom af te blazen; een soort huiskamer waar medewerkers elkaar kunnen treffen. Er zijn momenteel geen signaleringsinstrumenten.
- Je wil de informele monitoring stimuleren; in gesprek de klank in de stem kunnen horen. Screeningsinstrumenten worden daarom niet gebruikt. Soms wordt er een werktevredenheidsonderzoek uitgevoerd (1 of 2 keer per jaar). De capaciteit bij bedrijfsmatenschappelijk werkers (BMW) is beperkt. Het informele karakter en het dicht bij de mensen brengen, is het voornaamste. Je kan allemaal protocollen stellen maar dat kan men het gevoel geven dat je op zoek bent naar problemen. Daarom is het idee van een huiskamer goed om op een informele manier met elkaar in gesprek te gaan.

Thuisfront:

- Het is goed om het thuisfront mee te nemen in welke incidenten zich hebben afgespeeld omdat dit een rol kan spelen in situaties thuis. Dit kan in het algemeen beschreven worden en hoeft niet in detail. Het is goed om te vertellen wat je meemaakt aan bijv. je partner omdat het goed kan zijn voor de verwerking.
- In de TRiM methodiek wordt het ook aangemoedigd om thuis te delen. Maar er worden geen flyers o.i.d. gemaakt voor het thuisfront.
- Bij uitzendingen is er een informatiedag voor het thuisfront, waarin wordt verteld wat de medewerkers gaan doen, en wat ze kunnen tegenkomen, en waar het thuisfront terecht kan als het nodig is. Maar bij dagelijks werk is contact tussen werkgever en het thuisfront niet gangbaar; eerder ongewenst, want wat kun je het thuisfront bieden anders dan informatie waar ze terecht kunnen? Privacy redenen; soms wil een medewerker niet dat het thuisfront op de hoogte is en ook juridisch mag je niet om de medewerker heen om het thuisfront te betrekken.
- GV'ers en BMW'ers hebben niet alleen een rol om het thuisfront te signaleren maar ook om het thuisfront te ondersteunen. Er worden rondom de uitzending vragenlijsten naar het thuisfront gestuurd. Het is voor Defensie goed om dit ook bij het dagelijkse werk goed te monitoren en niet alleen tijdens uitzendingen.
- Belangrijk dat het thuisfront weet wie ze kunnen bellen als ze zich zorgen maken.
- Vanuit het MGGZ is er een zelftest online, maar die gebruik je alleen als er al klachten zijn (dus vaak meer reactief dan proactief).
- Thuisfront comité doen belrondes.

Hoofdstuk 4. Opvang en nazorg organiseren

- Schema collegiale ondersteuning: leidinggevende wordt niet geïnformeerd over dat er COG gesprekken zijn (altijd vertrouwelijk), tenzij de medewerker dit goed vindt.

Hoofdstuk 5. Doorgeleiding naar professionele zorgverlening

- Geen opmerkingen

Bijlage 5 Lijst met afkortingen

Afktoring	Betekenis
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BOA	Buitengewoon Opsporingsambtenaar
BOT	Bedrijfsopvang team
BMW	Bedrijfsmaatschappelijk werker
COG	Collegiale Ondersteuningsgroep
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EBRO	Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GV	Geestelijk Verzorger
ISO	International Organization for Standardization
KMar	Koninklijke Marechaussee
LEC-5	Life Events Checklist for DSM-5
MTO	Medewerkerstevredenheidsonderzoek
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIPV	Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NLVi	Nederlands Veteraneninstituut
PAGO	Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek
PFA	Psychological First Aid
PDSA	Plan-Do-Study-Act
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg
PTSD	Post-traumatic stress disorder
PTSS	Posttraumatische Stresstoornis
PSA	Psychosociale arbeidsbelasting
PSO	Psychosociale ondersteuning
RCT	Randomized Controlled Trial
RI&E	Risico Inventarisatie & Evaluatie
TCO	Team collegiale opvang
TRiM	Trauma Risk Management
WVP	Wet verbetering poortwachter
BRK	Basisregistratie Kadaster
HOvD	Hoofd Officier van Dienst
OVJ	Officier van Justitie
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Bijlage 6 Praktijkvoorbeelden per (soort) organisatie van collegiale ondersteuning

Deze bijlage biedt deze *best practices* over de organisatie en uitvoering van collegiale ondersteuning binnen verschillende organisaties.

Politie

Onderstaande informatie beschrijft de landelijke praktijk voor de Politie.

Eindverantwoordelijkheid proces collegiale ondersteuning

De politie heeft collegiale ondersteuning ingericht in de vorm van het Team Collegiale Ondersteuning (TCO). Zij zijn actief in iedere eenheid van de Politie. De verantwoordelijkheid voor de collegiale ondersteuningsgesprekken na een ingrijpend incident ligt bij de TCO-leden in de teams. Deze leden zijn ondergebracht in teams die aangestuurd worden door een operationeel districtelijk coördinator. Binnen iedere eenheid is daarboven een operationeel eenheidscoördinator werkzaam die in de eenheid samen met een bedrijfsmaatschappelijk werker het TCO operationeel aansturen en zorg dragen voor deskundigheidsbevordering en begeleiding van de TCO leden. Op landelijk niveau zijn de landelijk operationeel coördinator TCO en de korpsbedrijfsmaatschappelijk werker eindverantwoordelijk voor de TCO-organisatie. De eindverantwoordelijkheid voor personele zorg van de medewerker is belegd in de lijn bij de teamchef.

Inzetcriteria

- Geweldsincidenten door of tegen een politieambtenaar
- Een collega die gewond raakt of overlijdt (ook zelfdoding)
- Lijkzoeking, lijkvinding, zelfdoding
- Reanimatie
- Ongeval/incident/misdrijf met overleden of (ernstig) gewond kind/volwassene/collega
- Lijkschouwing
- Prik- of bijtincidenten
- Incidenten waarbij sprake is van 'bizarre' of 'uitzonderlijke' omstandigheden
- Aanzeggen slecht nieuws

Deze lijst kan aangevuld worden met incidenten die als schokkend worden ervaren, ondanks dat ze niet op de incidentenlijst staan. Daarnaast kan een collega zelf ook aangeven behoefte te hebben aan ondersteuning van het TCO en kunnen chefs, collega's en/of betrokkenen verzoeken om inzet van het TCO.

Werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning

Na een ingrijpend incident wordt door het Operationeel Centrum (OC) contact opgenomen met het TCO. Het TCO-lid let erop dat niet te vroeg contact wordt gelegd. Het TCO-lid biedt in het eerste contact (let

op, is dus niet het eerste gesprek!) een luisterend oor, geeft praktische steun en psycho-educatie over normale reacties op ingrijpende gebeurtenissen. Als een debriefing wordt georganiseerd, woont het TCO-lid deze bij. De Officier van Dienst (OvD-P) organiseert de debriefing, het TCO-lid maakt zich kenbaar, geeft informatie en andere noodzakelijke ondersteuning. De medewerkers krijgen ruimte “het plaatje van het incident compleet te krijgen”. En indien nodig, emoties te uiten en het verhaal te doen in dit eerste contact of bij de debriefing. Het contact is er niet op gericht op actieve wijze het emotionele aspect onder de aandacht te brengen, dat brengt een afbreukrisico met zich mee op her-traumatisering.

Het eerste collegiaal ondersteunende gesprek met de medewerker, vindt bij voorkeur “face to face” en 2 tot 3 dagen na het incident plaats. Het doel is het zelfherstellend vermogen en de veerkracht in de eerste dagen van de medewerker te bevorderen. In het eerste gesprek wordt individueel besproken hoe de medewerker het incident ervaren heeft en welke stresssymptomen ervaren worden.

Het TCO-lid geeft verder informatie over het verwerkingsproces en vertelt dat veel ervaren reacties normaal zijn na een ingrijpende gebeurtenis. Het TCO-lid bepaalt de vervolgstappen op basis van een risico-inschatting. Tijdens de TCO-opleiding leert het TCO-lid op welke signalen hij/zij moet letten bij de risico-inschatting. Bij een hoog risico op verwerkingsproblematiek adviseert het TCO-lid de medewerker direct professionele zorgverlening van bedrijfsmaatschappelijk werk in te schakelen. Bij een laag of gemiddeld risico maakt het TCO-lid een afspraak voor een tweede gesprek na 2 tot 6 weken.

Een tweede collegiaal gesprek vindt plaats bij gedragsveranderingen door gestagneerde verwerking. Na een periode van 2 tot 6 weken is pas duidelijk zichtbaar hoe het verwerkingsproces verloopt. In het tweede gesprek (altijd een individueel “face to face” gesprek) maakt het TCO-lid een vergelijking met het eerste gesprek. Het TCO-lid bepaalt de vervolgstappen weer op basis van een risico-inschatting. Bij een gemiddeld of hoog risico op verwerkingsproblematiek adviseert het TCO-lid de medewerker professionele zorg- of hulpverlening in te schakelen. Bij een laag risico wordt het contact beëindigd.

Selectiemethode leden collegiale ondersteuning

Bij de selectie heeft de operationeel eenheidscoördinator TCO samen met de Bedrijfsmaatschappelijk werker een belangrijke rol. Binnen het district waar er sprake is van een vacature, vormen zij samen met de operationeel districtelijk coördinator een selectiecommissie en coördineren de briefselectie. Hierna volgen selectiegesprekken. De selectiecommissie onderzoekt of de sollicitant voldoet aan het competentieprofiel zoals is vastgesteld in de Uitvoeringsregeling TCO 2023.

Methode om de (geestelijke) gezondheid van ingezette medewerkers te signaleren/monitoren

Naast het leggen van het eerste contact en het voeren van een eerste en mogelijk tweede gesprek wordt ook de leidinggevende door het TCO-lid op de hoogte gebracht. Hier wordt uitsluitend gedeeld dat er een ingrijpend incident heeft plaatsgevonden. De leidinggevende is verantwoordelijk voor verdere monitoring waarbij TCO een signalerende rol heeft. Het TCO-lid legt zijn bevindingen vast in het landelijk registratiesysteem. Indien de medewerker meer aandacht nodig heeft wordt opgeschaald naar de professionele zorglijn, te weten de bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werker, geestelijk verzorger en

eenheidspsycholoog. Daarnaast is er ook nog een scala aan laagdrempelige ondersteuning ingericht binnen de teams Vitaal zoals vitaalcoaches etc.

Operationeel leidinggevenden

De operationeel leidinggevende binnen de politie heeft de dagelijkse leiding over een kleine groep medewerkers. Deze is verantwoordelijk voor de personele zorg en aansturing van het dagelijkse proces (opsporing, handhaving en specialisme). Daarnaast is er ook nog operationele leiding bij incidenten. Deze is belegd bij de officier van dienst (OVD). Bij ingrijpende incidenten in de basispolitiezorg neemt deze OVD de leiding ter plaatse en draagt zorg voor het personeel wat direct betrokken is bij het incident.

De rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning

Rol	Operationeel eenheidscoördinator TCO, Bedrijfsmaatschappelijk werker en operationeel districtelijk coördinator.
Taken	Afhankelijk van ieders positie dragen zij zorg voor de continuïteit van TCO in de eenheid en binnen de districten. Zij coachen en begeleiden de teamleden en verzorgen de intervisiemomenten. Daarnaast stellen zij de jaarlijkse begroting op. De werving en selectie van nieuwe leden valt onder hun takenpakket evenals het organiseren van bijeenkomsten en opleidingen. Zij fungeren als contactpersoon voor interne en externe partners.
Positie	De operationeel eenheidscoördinator valt onder het team Vitaal. De rol van Bedrijfsmaatschappelijk werker is belegd binnen het team Veilig en Gezond Werken (VGW). De districtelijk coördinator valt rechtstreeks onder de eenheidscoördinator.

Ambulance

Onderstaande informatie is geënt op de situatie van regio's Brabant en Amsterdam.

Eindverantwoordelijkheid proces collegiale ondersteuning

Coördinatoren van collegiale opvang dragen zorg voor de beschikbaarheid en kwaliteit van het bedrijfsopvangteam (TCO/BOT). Een leidinggevende – dit kan een operationeel leidinggevende maar ook een echelon hoger zijn – is functioneel verantwoordelijk; de directie is eindverantwoordelijk. HR heeft veelal een ondersteunende rol. De inschakeling van het BOT gebeurt via de meldkamer of Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) aan de hand van inzetcriteria. Het BOT wordt vaak professioneel begeleid door specialistische ondersteuning; intervisie en deskundigheidsbevordering vinden ook op deze wijze plaats.

Inzetcriteria

- Ernstige gebeurtenissen met kinderen (dodelijke ongevallen, mishandeling, ernstige brandwonden, verdrinking, vergiftiging, reanimatie)
- (Verkeers-)Ongevallen, met zwaar letsel, dood of verminking
- Situaties waarbij familie of collega's van de ambulancehulpverlener betrokken zijn
- Agressie, geweld, intimidatie naar het ambulancepersoneel
- Situaties waarbij sprake is van onmacht
- Bizarre situaties en ernstige misdrijven (bijvoorbeeld terrorisme)
- Mogelijke besmetting en blootstelling (bijvoorbeeld infecties, virussen, prik- en bijtincidenten, CBRN)
- Het maken van een ernstige fout
- Alle situaties waarbij de ambulancehulpverlener zelf aangeeft behoefte te hebben aan opvang
- Bij sommige regio's wordt het stoplicht met de kleur groen, oranje, en rood gebruikt

Werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning

Er is landelijk vastgesteld hoe opvang en nazorg voor het ambulancepersoneel georganiseerd moeten zijn, met de vrijheid om regionale aanpassingen te maken. Als het BOT verwerkingsproblemen signaleert, wordt in overleg met de medewerker een keuze gemaakt voor doorgeleiding. Na toestemming van de medewerker wordt ook met de leidinggevende overlegd over verdere maatregelen (uitroosteren, andere werkzaamheden). Doorgeleiding kan plaatsvinden naar de bedrijfsarts, maatschappelijk werker, psycholoog en andere specialistische hulpverlening. De verwijzingsprocedure is landelijk niet uniform geregeld. Leidinggevendenden kunnen in geval van problemen terugkoppelen met de directie en contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijk werker of bedrijfsarts, die dan eventueel doorverwijst.

Selectiemethode leden collegiale ondersteuning

Bij de ambulancedienst kan iemand door de coördinator gevraagd worden deel te nemen aan de collegiale ondersteuning, maar ook kunnen geïnteresseerden zichzelf aanmelden. Daarbij wordt in zijn algemeenheid geen test afgenomen, maar belangrijk is dat de persoon goed in het team ligt. Het is wenselijk dat er criteria worden opgesteld voor scholing, bijv. in gesprekstechnieken en het herkennen van PTSS.

Methode om de (geestelijke) gezondheid van ingezette medewerkers te signaleren/monitoren

Bij de ambulance wordt uitval, verzuim of zichtbare gezondheidsproblematiek gesignaleerd door collega's en leidinggevendenden.

Operationeel leidinggevendenden

Een operationeel leidinggevende binnen de ambulance is de functionaris die binnen de organisatie de dagelijkse leiding heeft over een ambulanceteam waar de ambulancezorgprofessional werkt. De operationeel leidinggevende binnen een incident/opgeschaalde (GHOR)situatie is de Ovd-G die leiding geeft aan de ingezette eenheden.

De rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning

Rol	Aanspreekpunt meldkamer en coördineren collegiale ondersteuning
Taken	<ul style="list-style-type: none"> • Organiseren van (bij)scholing • Het beheer van instrumenten (bijvoorbeeld formulieren) • Werving en selectie van nieuwe BOT-medewerkers • Roostering van BOT-medewerkers • Het maken van een jaarverslag en verantwoording voor het management • Inbedding van het BOT in de organisatie • Afstemming met de leidinggevenden • Aansluiting met het landelijk BOT-netwerk behouden • Afstemming met andere BOT-coördinatoren borgen
Positie	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen de organisatie zo onafhankelijk mogelijk opererend • Idealiter direct onder de directie

DJI

Onderstaande informatie beschrijft de landelijke praktijk voor DJI.

Eindverantwoordelijkheid proces collegiale ondersteuning

Het lokale Opvang- en nazorgteam (ONT) wordt gevormd door vrijwilligers en aangestuurd door een coördinator. Leden van het ONT – inclusief de coördinator – zijn werkzaam binnen alle lagen (behoudens het MT) van een PI. De coördinator is verantwoordelijk voor de inzet, beschikbaarheid en kwaliteit van het ONT. De eindverantwoordelijkheid ligt bij het MT. Indien nodig kan het ONT een beroep doen op drie specialisten traumazorg, die als onafhankelijke dienst werkzaam zijn bij het SSC-DJI. Als behandeling noodzakelijk is, verwijzen zij door naar behandelinstellingen die opgenomen zijn in de voor traumazorg opgerichte providerboog. De specialisten hebben een advies/consultfunctie voor de lokale ONT's. Inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij de specialisten traumazorg, eindverantwoordelijkheid bij het MT van SSC-HRM.

Inzetcriteria

- Slachtoffer of getuige zijn van fysiek geweld door justitiabele
- Slachtoffer of getuige zijn van ernstige verbale agressie door justitiabele
- Bedreiging door justitiabele
- Confrontatie met dreigende dood van justitiabele
- Confrontatie met overlijden van justitiabele
- Geslaagde suïcide of poging daartoe
- Gijzeling
- Ontvluchting of poging daartoe door justitiabele
- Bedreigende situatie op het werk
- Aantasting persoonlijke integriteit door een justitiabele
- Seksuele intimidatie door een collega
- Ingrijpende gebeurtenis op het werk betreffende een collega of afdeling
- Verdenking integriteitsschending, onderzoek of schorsing

- Geslaagde en impactvolle crisisinterventie
- Negatieve berichtgeving in het nieuws/sociale media
- Reactivering van stressklachten naar aanleiding van incident uit het verleden
- Mogelijke besmetting en blootstelling infecties, virussen, prik- en bijt incidenten
- Stapeling van incidenten

Werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning

Locaties binnen DJI hebben een eigen ONT dat zowel proactief als op verzoek handelt bij calamiteiten. Het ONT wordt aangestuurd door een coördinator ONT en is samengesteld uit collega's werkzaam in verschillende disciplines. Het ONT volgt het beleidskader dat door DJI is opgesteld en kan doorgeleiden naar de specialist traumazorg indien nodig. Uitgangspunten zijn:

- Eigen regie; de medewerker staat centraal en bepaalt zelf of hij gebruik maakt van opvang en nazorg
- Natuurlijk herstel en monitoring hiervan
- Drempel naar ondersteuning en zorg moet zo laag mogelijk zijn

Selectiemethode leden collegiale ondersteuning

Lid zijn van het ONT is een vrijwillige functie en elke collega kan zich hiervoor opgeven. Het selecteren van medewerkers voor het ONT is een lokale aangelegenheid en wordt georganiseerd door de coördinator. Voor deelname aan het ONT geldt een aantal eisen, waaronder het volgen van een cursus en het goed passen binnen het team. Competenties bestaan onder andere uit goede communicatieve vaardigheden, invoelend vermogen en betrouwbaarheid.

Nieuwe leden krijgen een tweedaagse training aangeboden van het opleidingsinstituut van DJI, waarbij geoefend wordt met acteurs. Kennis en kunde wordt up-to-date gehouden door periodieke bijeenkomsten, zoals intervisies en opfrustrainingen. Deze worden georganiseerd door de coördinator.

Methode om de (geestelijke) gezondheid van ingezette medewerkers te signaleren/monitoren

Het ONT hanteert het beleidskader dat binnen DJI is opgesteld aan de hand van de landelijke richtlijn opvang geüniformeerden. Collega's worden zo snel mogelijk na een calamiteit bezocht door het ONT en zo nodig worden nog twee vervolgesprekken gehouden. Bij onvoldoende vermindering van klachten, kan het ONT de specialist traumazorg benaderen om de zorg over te dragen. Tussentijds kan het ONT de specialist traumazorg benaderen voor consultatie indien gewenst.

De specialisten traumazorg zijn onafhankelijk, werken vertrouwelijk en zijn locatie-overstijgend. Zij zijn in dienst van het SSC-DJI en begeleiden en monitoren het natuurlijk herstel van medewerkers. Indien nodig kan de specialist doorgeleiden naar behandeling. Behandeling wordt volledig gefinancierd vanuit

het SSC en toestemming vanuit de werklocatie is niet nodig. Het doel is om – na verwijzing – de behandeling binnen twee weken te laten starten.

Daarnaast hebben alle medewerkers toegang tot de (online) zelfscreeener. Deze vragenlijst kan anoniem ingevuld worden en geeft een beeld weer van klachten breder dan alleen psychotrauma. Tevens wordt advies gegeven waar een medewerker hulp of zorg kan vragen. De uitslag van de zelfscreeener wordt niet gebruikt om actief met de medewerker contact op te nemen.

Tot slot heeft DJI een periodiek Preventief Medisch Onderzoek op vrijwillige basis waar ook vragenlijsten voor geestelijke gezondheid deel van uitmaken.

Operationeel leidinggevenden

De leidinggevende heeft de personele zorgverantwoordelijkheid en daarmee het mandaat om verschillende praktische en (arbeid)juridische zaken voor de medewerkers te regelen. Na een calamiteit heeft de leidinggevende de taak om de medewerker te ondersteunen, het ONT of mogelijk de specialist traumazorg in te zetten en om de re-integratie vorm te geven in samenwerking met de bedrijfsarts.

De rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning

De coördinator is verantwoordelijk voor het kwantitatief en kwalitatief op peil houden van het ONT, het monitoren van de inzet van het ONT en het doorgeleiden van medewerkers naar de specialist traumazorg. Daarnaast houdt de coördinator de leidinggevenden op de hoogte van de acties van het ONT en is hij verantwoordelijk voor het opstellen van een (geanonimiseerd) jaarverslag voor het MT.

Buitengewoon opsporingsambtenaren (Domein II)

Onderstaande informatie beschrijft de praktijk voor een BOA werkzaam in Domein II (Milieu, Welzijn en Infra: - Flora- en faunabeheer).

Eindverantwoordelijkheid proces collegiale ondersteuning

Geen informatie aangeleverd.

Inzetcriteria

Op basis van huidige versie van het protocol Staatsbosbeheer:

- Wanneer betrokkene feitelijk slachtoffer is van fysiek geweld
- Situaties waarin agressie, intimidatie of dreiging met geweld aan de orde zijn geweest
- Ongevallen met kinderen en andere ernstige situaties waarbij kinderen betrokken zijn (als getuige of anderszins)
- Extreme situatie van onmacht
- Hoge frequentie van incidenten
- Lijkzoeking of -vinding
- Aanwezigheid bij reanimatie
- Alle situaties waarbij betrokkene aangeeft behoefte te hebben aan nazorg

Werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning

Staatsbosbeheer heeft een landelijk Team Collegiale Opvang. Omdat Staatsbosbeheer 12 provinciale eenheden (PE) en landelijke afdelingen kent, is de bezetting aangesloten bij dit organisatiemodel. Vanuit iedere PE zijn twee medewerkers opgeleid tot TCO-er. Zij verrichten primair opvang en nazorg in hun eigen PE (kennen en gekend worden) maar kunnen ook in andere PE's worden ingezet. Ook op het hoofdkantoor is een TCO aanwezig voor de landelijke afdelingen.

Staatsbosbeheer heeft een overeenkomst *Crisisadvisering en spoedeisende hulpverlening op basis van 7x24 uren dienstverlening* met ARQ IVP. Als de TCO-er tijdens de nazorggesprekken constateert dat er sprake is van een stagnerende verwerking, wordt, in overleg met de direct leidinggevende, doorverwezen naar ARQ IVP. Zij schakelen dan een traumapsycholoog in.

Selectiemethode leden collegiale ondersteuning

Staatsbosbeheer maakt gebruik van een competentieprofiel voor het selecteren van TCO-ers. De coördinator TCO voert een intakegesprek met een mogelijke kandidaat. Daarnaast dient de direct leidinggevende toestemming te geven om voldoende tijd te kunnen besteden aan inzet en opleiding. Alle TCO-ers hebben een basisopleiding gevolgd bij ARQ IVP en volgen jaarlijks een verdiepingstraining.

Methode om de (geestelijke) gezondheid van ingezette medewerkers te signaleren/monitoren

Voor het monitoren van geestelijke gezondheid van medewerkers zijn er verschillende routes. Het medewerkersonderzoek bevraagt vrij uitgebreid onderwerpen als werkdruk, vitaliteit, ongewenst gedrag etc. Dit kan ook per functiegroep worden bekeken. Het medewerkersonderzoek vindt om de twee, drie of vier jaar plaats, dat varieert. Er kunnen ook tussentijdse onderzoeken worden uitgevoerd over een specifiek thema, zoals het recente werkdrukonderzoek. Ongeveer eens per vijf jaar vindt er een preventief medisch onderzoek plaats, door een externe partij, vaak de arbodienstverlener. Daar worden ook vragen gesteld met betrekking tot de geestelijke gezondheid. De signalen komen vanuit de arbodienstverlener, vertrouwenspersoon en bedrijfsmaatschappelijk werk, waaruit patronen kunnen worden opgemaakt. Er is geen procedure waarin (een groep) medewerkers continu gevolgd kan worden, als het gaat om geestelijke gezondheid, met zoiets als wekelijkse meetmomenten.

Operationeel leidinggevend

De direct leidinggevende (teamleider) is verantwoordelijk voor (het organiseren van) de opvang voor zijn/haar medewerkers: hij/zij kan hiervoor een TCO-er inschakelen. De leidinggevende verzorgt de opvang op aanvraag van een betrokken die daar zelf om vraagt. Binnen de collegiale opvang is samenwerking tussen de leidinggevende en de TCO-er (inhoud gesprekken zijn vertrouwelijk en worden niet gedeeld). Indien noodzakelijk wordt professionele zorgverlening ingeschakeld. De inzet van externe hulpverleners komt tot stand onder eindverantwoordelijkheid van de direct leidinggevende.

De rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning

Bij Staatsbosbeheer weinig over vastgelegd. Coördinator van het TCO doet jaarlijks verslag van de verrichte activiteiten aan het directieteam van Staatsbosbeheer. De gegevens in deze verslaglegging zijn geanonimiseerd.

Brandweer

Eindverantwoordelijkheid proces collegiale ondersteuning

Coördinatoren van collegiale ondersteuning zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van het team collegiale ondersteuning. Dit team, inclusief de coördinator, is vaak organisatorisch ondergebracht in de repressieve/operationele afdeling. Per veiligheidsregio kan dat verschillen. Daarbij kan in een aantal regio's het TCO ook ingezet worden voor alle medewerkers van de veiligheidsregio. De inzetcriteria kunnen per regio verschillend zijn maar in het algemeen geldt de "de regel van 7" die hard of zacht kan worden toegepast. Dat wil zeggen dat het TCO ongevraagd of gevraagd ter plaatse zal komen.

Inzetcriteria

De 'regel van 7' voor de inzet van het collegiale-ondersteuningsteam:

- Geweld/intimidatie tegen hulpverleningspersoneel
- Ongevallen met zwaar letsel, dood of verminking
- Ernstig letsel, dood en reanimatie van kinderen en/of hulpverlener(s)
- Situaties waarbij familie of collega's van medewerkers betrokken zijn
- Situaties waarbij sprake is van onmacht bij het hulpverlenend personeel (bijv. zelfdoding of poging daartoe, verbranding, verdrinking)
- Bizarre situaties (bijv. schietincident, seksueel delict) en ernstige misdrijven (bijv. gijzeling)
- Alle situaties waarbij hulpverlenend personeel zelf aangeeft behoefte aan opvang te hebben

Werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning

Landelijk zijn alle coördinatoren TCO verenigd in de vakgroep Nazorg. Daar worden beleidsmatige en operationele zaken met elkaar gedeeld en besproken. Er is geen eenduidig landelijk protocol maar intussen worden de werkwijzen steeds verder op elkaar afgestemd. Uit de eerste richtlijn is wel een handreiking voor opvang en nazorg voor de brandweer gedestilleerd en vastgesteld. Voor brandweermensen die met ingrijpende gebeurtenissen te maken krijgen, is in de regel per veiligheidsregio een TCO ingesteld voor opvang en nazorg. Het TCO is de landelijk gehanteerde term binnen de meldkamers waarbij in sommige regio's nog de benaming BOT wordt gebruikt (Brandweer of Bedrijfs Opvang Team). Het team is 24 uur per dag oproepbaar. In sommige regio's wordt voor opvang en nazorg samengewerkt met andere organisaties, zoals met Bureau Slachtofferhulp. Gesprekken vinden in eerste instantie meestal op groepsbasis plaats, maar kunnen op individueel niveau worden voortgezet.

Het TCO is in eerste instantie bedoeld voor acute 1^e lijns opvang na een ingrijpende gebeurtenis. De leden van het TCO kunnen na oproep meestal binnen 30 minuten tot een 1 uur op de afgesproken opvanglocatie zijn. Er is geen vastgestelde opkomsttijd en meestal werken de leden op basis van vrije oproep en niet met een vast piket. In overleg met de operationeel leidinggevende maken zij ter plaatse afspraken over de rolverdeling voor het opvanggesprek. De TCO-leden kunnen de gehele nabespreking leiden of aanvullen op de operationele debriefing. Ook leidinggevendenden kunnen onderdeel zijn van de operationele ploeg die opgevangen wordt. Het is dan belangrijk dat ook zij onderdeel kunnen zijn van de opvang. Nazorg is immers bedoeld voor alle betrokkenen. Voor TCO-leden is in procedures vastgelegd dat ook voor hun nazorg geregeld is en zo nodig kan er 2^e lijns hulp georganiseerd worden. Vaak wordt de vorm van periodieke intervisie binnen het team toegepast als onderdeel van ervaringsuitwisseling en psychische verwerking van alle indrukken. De precieze uitvoering verschilt per veiligheidsregio.

Selectiemethode leden collegiale ondersteuning

Er bestaat geen vastgestelde landelijke opleiding voor collegiale ondersteuning bij de brandweer. Iedere regio is vrij om afhankelijk van hun organisatievorm een passende opleiding aan te bieden. Voor het merendeel van de regio's wordt gewerkt met één TCO team die ingezet wordt voor alle soorten van incidenten. Er zijn echter ook regio's die werken met een gelaagd systeem waarbij er verschil is in specialisatie en inzetniveau, o.a. TCO1-leden en TCO2-leden. Dat is een organisatiekeuze naar eigen inzicht. Veel veiligheidsregio's volgen opleidingen en bijscholingen bij bekende instituten op het gebied van psychotraumabegeleiding. Voor coördinatoren van de collegiale ondersteuning wordt soms een aanvullende/aparte opleiding verzorgd, maar vaak is het een neventaak voor een brandweerofficier met een andere hoofdtaak, bij voorkeur in het hoger kader met voldoende mandaat.

Methode om de (geestelijke) gezondheid van ingezette medewerkers te signaleren/monitoren

Bij de brandweer is er sprake van observatie door naaste collega's, teamleiders of verantwoordelijke functioneel leidinggevende als onderdeel van hun personeelszorg. TCO-leden zullen in de eerste fase vanuit opvang en begeleiding monitoren op een gezonde traumaverwerking en de leidinggevende daarvan op procesgang op de hoogte houden. Bij de meeste veiligheidsregio's is er een protocol voor de functioneel leidinggevendenden wat betreft beleid bij ziekteverzuim. Dit beleid omvat ook contact zoeken met zieke collega's, inschakelen van andere hulp, bedrijfsarts, en monitoren van ontwikkelingen. Acties zullen worden ondernomen door de direct leidinggevende (vaak de postcommandant, ploegchef of teamleider).

Operationeel leidinggevendenden

De Officier van Dienst heeft als operationeel leidinggevende in zijn takenpakket 'het zorg dragen voor de geüniformeerden tijdens en na een inzet (psychosociaal/nazorg en fysiek/facilitair)'. De OvD geeft leiding tijdens (basis)klussen van twee tot maximaal vier tankautospuiten. Een vergelijkbare rol is weggelegd voor een bevelvoerder die leidinggeeft aan de inzet van één tot twee tankautospuiten (eenheden). Op een kazerne is meestal een postcommandant/ploegchef de functioneel leidinggevende buiten operationele inzet.

De rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning

Er is geen eenduidig landelijk vastgesteld functieprofiel voor de coördinator TCO. Binnen de landelijke vakgroep worden de verschillende profielen gedeeld zodat iedere regio hiervan maatwerk kan maken.

Defensie

Onderstaande informatie beschrijft de landelijke praktijk voor de Landmacht, Luchtmacht en Marine of de Koninklijke Marechaussee respectievelijk.

Eindverantwoordelijkheid proces collegiale ondersteuning

Binnen Defensie is de leidinggevende verantwoordelijk voor personeelszorg, met ondersteuning van leden van het Sociaal Medisch Team (SMT). Het SMT bestaat uit de commandant van de eenheid, de personeelsfunctionaris, de militair (bedrijfs)arts, geestelijk verzorger en bedrijfsmaatschappelijk werker. Tijdens inzet (bijvoorbeeld uitzendingen) wordt er een psycholoog toegevoegd aan het SMT, deze kan in het inzetgebied aanwezig zijn, of vanuit een achterwacht functioneren. De leidinggevende is

verantwoordelijk om melding te doen bij de collegiale ondersteuning als er sprake is van confrontatie met een potentieel ingrijpende gebeurtenis.

Bij de Koninklijke Marechaussee kan deze melding ook gedaan worden door de meldkamer/het operations centre (OPSCENT). De landelijke coördinatoren van de collegiale netwerken binnen Defensie zijn inhoudelijk verantwoordelijk voor de inrichting, uitvoering en kwaliteit van de collegiale ondersteuning.

Inzetcriteria

Bij de Koninklijke Marechaussee, Commando Landstrijdkrachten, Commando Luchtstrijdkrachten en Commando Zee-strijdkrachten is de leidinggevende verplicht melding te doen bij de collegiaal netwerker als er sprake is van een potentieel ingrijpende gebeurtenis. Dit betreft een gebeurtenis, incident of ervaring waarbij een collega:

- betrokken is bij een schietincident (ongewild schot, richten vuurwapen, etc.)
- geconfronteerd is met ernstige gewonde en/of dodelijke slachtoffers
- een reanimatie heeft toegepast
- geconfronteerd is met een grootschalig incident (vliegtuigramp, orkaan, etc.)
- slachtoffer is of getuige van bedreiging, intimidatie en/of mishandeling
- geconfronteerd is met een ernstig verkeersongeval
- geconfronteerd is met een levensbedreigende situatie (voor zichzelf of een ander)
- geconfronteerd is met verbaal en/of fysiek geweld
- geconfronteerd is met (of zelf slachtoffer van) een gijzeling
- geconfronteerd is met een (poging tot) zelfdoding
- geconfronteerd is met een seksueel delict
- ernstig letsel en/of dood van een ander heeft veroorzaakt
- zelf slachtoffer is van een ongeval
- in een situatie van extreme onmacht verkeerde
- een 'near miss' situatie heeft ervaren (een potentieel schadelijke gebeurtenis)
- betrokken is bij gevechtsacties
- geconfronteerd is met een situatie die botst met zijn/haar morele overtuigingen of verwachtingen (waarden, normen, geloof, etc.)
- zelf behoefte aan steun aangeeft bij het verwerkingsproces van een meegemaakte ingrijpende gebeurtenis

Werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning

Koninklijke Marechaussee

Bij de Koninklijke Marechaussee wordt de collegiale ondersteuningsgroep (COG) ingezet als een medewerker tijdens de dienst geconfronteerd is met een potentieel ingrijpende gebeurtenis conform de bovenstaande incidentenlijst. Leidinggevend en zijn verplicht melding hiervan te doen bij de dienstdoende COG-er in de regio waar de medewerker werkzaam is. Het is niet de bedoeling dat de leidinggevende eerst met de medewerker overlegt over het wel/niet inschakelen van de COG. In de praktijk wordt de melding vooral gedaan door de meldkamer/operations center bij de dienstdoende COG-er. Elke regio heeft één of meerdere COG-ers met 24/7 bereikbaarheidsdienst. De COG-er neemt binnen 24 uur contact op met de medewerker, voor een luisterend oor, praktische hulp en/of psycho-informatie. De

leidinggevende kan tevens de COG-er vragen aanwezig te zijn bij de operationele debriefing. De COG-er probeert een eerste gesprek met de medewerker te organiseren dat 72 uur na het incident plaatsvindt. De medewerker mag kiezen geen gebruik te maken van dit voorstel.

In het eerste gesprek wordt een luisterend oor geboden, het incident en de dagen erna besproken. Dit vindt plaats aan de hand van de Trauma Risk Management methode, waar een lijst van onderwerpen de COG-er houvast geeft om een eerste risico inschatting op verwerkingsproblematiek te maken. In een tweede gesprek 4-6 weken later wordt het incident niet nogmaals besproken, maar enkel gekeken naar hoe het op dat moment met de medewerker gaat, welke klachten er wel/niet aanwezig zijn en of extra ondersteuning wenselijk is. Als er verwerkingsproblemen worden gesignaleerd, kan de COG-er de medewerker adviseren professionele hulp te zoeken. Dit advies kan ook bij het eerste contact of het eerste gesprek gegeven worden. De landelijk COG-coördinator, tevens psycholoog, is tijdens kantooruren bereikbaar als achterwacht. Buiten kantooruren is de officier van dienst geneeskunde (OVDG) bereikbaar. De Brigade Speciale Beveiligingsopdrachten (BSB) heeft een eigen collegiaal netwerk, dat dezelfde werkwijze hanteert, maar bij wie de structuur van melden en bereikbaarheid op een andere wijze is ingericht

Defensie

De werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning kan tussen het Commando Landstrijdkrachten, Commando Luchstrijdkrachten en Commando Zeestrijdkrachten enigszins verschillen. In het algemeen wordt het collegiaal netwerk ingezet na een potentieel ingrijpende gebeurtenis conform de incidentenlijst (zowel binnen als buiten de dienst). Op indicatie van de commandant, eventueel in samenspraak met een collegiaal netwerker, wordt vervolgens collegiale ondersteuning opgestart. De aangewezen collegiaal netwerker (CN'er) neemt vervolgens contact op met de betrokkene(n). Alvorens een eerste gesprek aan te bieden voorziet de CN'er in een luisterend oor, praktische hulp en/of psycho-informatie. Het gesprek vindt plaats 72 uur nadat het incident heeft plaatsgevonden. Aan de hand van de Trauma Risk Management methode wordt het incident besproken. In een tweede gesprek 4-6 weken later wordt gekeken naar hoe het op dat moment met de medewerker gaat, welke klachten er wel/niet aanwezig zijn en of extra ondersteuning wenselijk is. Als er verwerkingsproblemen worden gesignaleerd, kan de CN'er de medewerker adviseren en/of begeleiden naar professionele hulp. Bij evidente ernstige klachten kan dat ook al na het eerste gesprek.

Selectiemethode leden collegiale ondersteuning

Koninklijke Marechaussee

Binnen de Koninklijke Marechaussee is een kwalificatie- en competentieprofiel opgesteld voor de collegiale ondersteuning. Om lid te worden van de COG dient een medewerker werkzaam te zijn als opsporingsambtenaar, minimaal 2 jaar operationele ervaring, draagvlak binnen de regio en geen conflicterende neventaken te hebben (bijvoorbeeld vertrouwenspersoon). Na een voorselectie op basis van voorgaande en motivatie volgt een competentiemeting door een selectiepsycholoog van de afdeling Psychologisch Advies en Selectie (PAS). Selectiecriteria betreffen competenties als communicatie, leervermogen, netwerken, beïnvloeden en mensgerichtheid. Tevens wordt stressbestendigheid en psychische belastbaarheid uitgevraagd, zodat de potentiële COG-er geen belemmering ervaart als gevolg van eigen ervaringen en verwerking hiervan. Na een positief advies van de selectiepsycholoog kan de medewerker de COG-opleiding volgen. In de vijf dagen durende opleiding wordt de medewerker

beoordeelt op gespreksvaardigheden en competenties. De opleiding wordt verzorgd door psychologen/gedragskundig docenten van het Opleidings-, Trainings- en Kenniscentrum van de Koninklijke Marechaussee. Na behalen van de opleiding wordt de medewerker aangesteld als COG-er in zijn/haar/diens regio. Voor het behoud van de certificering dient de COG-er minimaal 2x per jaar de tweedaagse herhalingsdagen te volgen. Deze worden 3x per jaar georganiseerd en bestaan uit intervisie, training, deskundigheidsbevordering en saamhorigheidsactiviteiten.

Defensie

De selectiemethoden voor potentiële CN'ers kunnen tussen het Commando Landstrijdkrachten, Commando Luchstrijdkrachten en Commando Zeestrijdkrachten enigszins verschillen. In het algemeen zijn de volgende criteria van toepassing. Bijvoorbeeld het in rang/schaal en dienstvak aansluiten bij de behoefte van het netwerk van de eenheid/afdeling, hebben van voldoende draagvlak, geen conflicterende functie of neventaak vervullen, te beschikken over goede communicatieve vaardigheden, beschikken over een mensgerichte houding, overtuigingskracht en beschikken over voldoende empathisch vermogen. Bij voorkeur dient de collega ook te beschikken over voldoende operationele- en missie-ervaring en geen belemmering te ervaren als gevolg van eigen ervaring en verwerking daarvan. Daarnaast moet de CN'er bereid zijn om voor tenminste 2 jaar deze taak op zich te nemen, aangewezen cursussen te volgen om als collegiale netwerker te mogen optreden, themadagen en bijscholingen/terugkomdagen (verplicht) bij te wonen en registratie, verslaglegging en evaluatie trouw toe te passen. De BSB hanteert vanwege hun operationele taakstelling in binnen- en buitenland een andere selectiemethode, kortere opleiding en aparte herhalingsdagen.

Methode om de (geestelijke) gezondheid van ingezette medewerkers te signaleren/monitoren

Bij Defensie zijn verschillende methoden om de mentale gezondheid van medewerkers te signaleren/monitoren. In de eerste kring rondom een medewerker pakken collega's vaak een informele taak op om alert te zijn op elkaar. Leden van het Collegiaal Netwerk benaderen medewerkers na incidenten en bij signalen van gedragsverandering/gestagneerde verwerking, waarbij ze na incidenten de Trauma Risk Management checklist hanteren als leidraad. Leidinggevenden hebben een taak in de personeelszorg in de dagelijkse leiding en tijdens functie introductie-, monitor- en functioneringsgesprekken. De leden van het sociaal medisch team kunnen de leidinggevenden wijzen op signalen en ondersteunen in het monitoren hiervan. Geestelijk verzorgers zijn beschikbaar voor een luisterend oor en kunnen medewerkers actief benaderen. In de tweede kring zijn de militair (bedrijfs)arts, POH-GGZ en bedrijfsmaatschappelijk werkers benaderbaar om mentale problematiek te bespreken. De bedrijfsmaatschappelijk werker voert een (twee)jaarlijks periodiek onderhoudsgesprek (POG) bij eenheden die meer dan regulier geconfronteerd wordt met stress- of impactvolle situaties. Bevindingen uit het POG worden op trendniveau gedeeld met de leidinggevende van de eenheid. Bedrijfsmaatschappelijk werk kan op aanvraag een sociale inzetbaarheidsbeperking aangeven. Vooraf aan missie of plaatsing in het buitenland worden door leidinggevenden en bedrijfsmaatschappelijk werkers de psychosociale factoren beschouwd die een risico kunnen zijn voor de mentale inzetbaarheid van de militair en/of thuisfront. In de derde kring zijn de professionals van de militaire geestelijke gezondheidszorg (MGGZ) beschikbaar voor advies, consultatie en behandeling.

Operationeel leidinggevenden

De operationeel leidinggevende/commandant binnen de verschillende krijgsmachtdelen is de functionaris die afhankelijk van zijn positionering en taakstelling de dagelijkse leiding heeft over een groep medewerkers. Afhankelijk van de positie en taak verschilt het aantal medewerkers aan wie leiding wordt gegeven en per eenheid verschilt tevens de benaming van de leidinggevende. Elke operationeel leidinggevende heeft een plaatsvervanger. Een bepaalde groep leidinggevenden heeft, naast hun reguliere groep een grotere groep medewerkers onder zijn/haar/diens verantwoordelijkheid.

De rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning

Koninklijke Marechaussee

De Koninklijke Marechaussee werkt met twee verschillende coördinatoren. Er zijn zeven COG regio's in Nederland inclusief Caribisch Gebied en elke regio heeft een regio-coördinator. Deze regio-coördinator is een ervaren COG-er en fungeert als aanspreekpunt voor het COG-team in de regio, draagt zorg voor piketlijsten en houdt contact met de landelijk coördinator. De functie van landelijk coördinator COG is belegd binnen de Sectie Gezondheidszorg van de Staf Koninklijke Marechaussee en betreft een functionaris met een WO-psychologie achtergrond en kennis/ervaring in het domein van psychotrauma.

Rol	Landelijk coördinator: coördinator van inrichting, onderhoud en inzet; bewaker kwaliteit; achterwacht voor collegiale ondersteuners; aanspreekpunt voor leiding, meldkamer en derden; supervisor intervisie, opleiding en training; adviseur voor leiding.
Taken	<ul style="list-style-type: none"> • Functionele aansturing, begeleiding, coaching en ondersteuning van COG-ers; • Supervisie bieden, intervisie initiëren en de kwaliteit van taakuitoefening waarborgen; • Registratie in COG-online beheren, jaarlijks verslag opstellen en presenteren, trends en ontwikkelingen delen; • Financiële middelen aanvragen voor opleidingen en representatie, effecten vaststellen en vernieuwing voorstellen; • Evalueren en actueel houden van het Voorschrift COG KMar, intranet site COG KMar onderhouden; • Netwerk van COG-ers inrichten en onderhouden, werving, selectie en opleiding bewaken; • Deskundigheid bevorderen, presentaties en voorlichtingsmateriaal verzorgen; • COG-terugkomdagen organiseren en begeleiden, kwaliteit bewaken van COG-gerelateerde werkzaamheden; • Vertegenwoordigend coördinator COG zijn in CAOC, adviseren aan commandanten en leidinggevenden; • (Inter)nationale ontwikkelingen volgen en analyseren, bijdrage leveren aan beleidsvorming; • Presentaties verzorgen over psychosociale arbeidsbelasting en psychotrauma, kwaliteit van COG-opleidingen en terugkomdagen waarborgen;

	<ul style="list-style-type: none"> • Contact onderhouden met professionele zorg- en hulpverlening, (inter)nationaal netwerk in stand houden voor peer support. • het monitoren van de geestelijke gezondheid van de COG-er
Positie	Binnen de Sectie Gezondheidszorg van de Staf Koninklijke Marechaussee.

Defensie

De rol, taken en positie van de coördinator collegiale ondersteuning kan tussen het Commando Landstrijdkrachten, Commando Luchtstrijdkrachten en Commando Zee­strijdkrachten enigszins verschillen en is bij sommige onderdelen nog in ontwikkeling. In principe is bij elk krijgsmachtdeel de coördinator collegiale ondersteuning verantwoordelijk voor het beheer van alle Collegiaal Netwerkers, ondersteuning aan commandanten en teamleiders en het creëren van draagvlak voor het Collegiaal Netwerk.

Rol	Landelijk coördinator: coördinator van inrichting, onderhoud en inzet; bewaker kwaliteit; achterwacht voor collegiale ondersteuners; aanspreekpunt voor leiding, meldkamer en derden; supervisor intervisie, opleiding en training; adviseur voor leiding.
Taken	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning in de werving van Collegiaal Netwerkers • Ondersteuning in de organisatie van de opleidingen van Collegiaal Netwerkers en teamleiders • Goede spreiding van Collegiaal Netwerkers over de organisatie • Ondersteuning van coördinatoren, commandanten, teamleiders en Collegiaal Netwerkers • Bewaken van de belasting van de individuele Collegiaal Netwerker • Bewaken overzicht registratie van de TRiM- en CN-gesprekken • Ondersteuning van skillsdagen • Leveren van de noodzakelijke middelen die nodig zijn voor het functioneren van de teamleiders en Collegiaal Netwerkers • Creëren van draagvlak voor het CNL door gerichte voorlichting en communicatie
Positie	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen elk krijgsmachtdeel is een coördinator aangewezen en/of het coördinatorschap vorm gegeven

Referenties

1. International Organization for Standardization (ISO 45003:2021). Occupational health and safety management Psychological health and safety at work Guidelines for managing psychosocial risks. 2021.
2. Weerbaarbestuur. Collectieve norm tegen agressie en intimidatie. Geraadpleegd op 16 juni, 2023, via <https://weerbaarbestuur.nl/producten-en-diensten/collectieve-norm-tegen-agressie-en-intimidatie>.
3. Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (2022). Richtlijn morele verwonding Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen.
4. Marshall, R. E., Milligan-Saville, J. S., Mitchell, P. B., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2017). A systematic review of the usefulness of pre-employment and pre-duty screening in predicting mental health outcomes amongst emergency workers. *Psychiatry research*, 253, 129-137. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.03.047.
5. Opie, E., Brooks, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The usefulness of pre-employment and pre-deployment psychological screening for disaster relief workers: a systematic review. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-13. DOI: 10.1186/s12888-020-02593-1.
6. Jones, E., Hyams, K. C., & Wessely, S. (2003). Screening for vulnerability to psychological disorders in the military: an historical survey. *Journal of Medical Screening*, 10(1), 40-46. DOI: 10.1258/096914103321610798.
7. Marshall, R. E., Milligan-Saville, J., Petrie, K., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2021). Mental health screening amongst police officers: factors associated with under-reporting of symptoms. *BMC psychiatry*, 21, 1-8. DOI: 10.1186/s12888-021-03125-1.
8. Barrett, G. V., Polomsky, M. D., & McDaniel, M. A. (1999). Selection tests for firefighters: A comprehensive review and meta-analysis. *Journal of Business and Psychology*, 13, 507-513. DOI: 10.1023/A:1022966820186.
9. Panaite, V., Brown, R., Henry, M., et al. (2018). Post-deployment mental health screening: a systematic review of current evidence and future directions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45, 850-875. DOI: 10.1007/s10488-018-0869-7.
10. Lethbridge, R., & Australia P. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Complex Posttraumatic Stress Disorder. In; 2021.
11. NICE. Post-traumatic stress disorder NICE Guideline [NG116]. Geraadpleegd op 3 juni, 2023, via <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
12. Olf, M., Raaijmakers, I., Te Brake, H., et al. (2020) Focus op Dutchbat III: Onderzoek naar het welzijn van Dutchbat III-veteranen en de behoefte aan zorg, erkenning en waardering.
13. Arnetz, B. B., Arble, E., Backman, L., Lynch, A., & Lublin, A. (2013). Assessment of a prevention program for work-related stress among urban police officers. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 86(1), 79-88. DOI: 10.1007/s00420-012-0748-6.
14. Grupe, D. W., Stoller, J. L., Alonso, C., et al. (2021). The Impact of Mindfulness Training on Police Officer Stress, Mental Health, and Salivary Cortisol Levels. *Frontiers in Psychology*, 12, 720753. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.720753.F
15. Hourani, L., Tueller, S., Kizakevich, P., et al. (2016). Toward preventing post-traumatic stress disorder: development and testing of a pilot predeployment stress inoculation training program. *Military Medicine*, 181(9), 1151-1160. DOI: 10.7205/MILMED-D-15-00192.
16. Joyce, S., Shand, F., Lal, T. J., Mott, B., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2019). Resilience@Work Mindfulness Program: Results From a Cluster Randomized Controlled Trial With First Responders. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2). DOI: 10.2196/12894.

17. Wald, I., Fruchter, E., Ginat, K., Stolin, E., Dagan, D., & Bliese, P. D. (2016). Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12), 2627-2636. DOI: 10.1017/S0033291716000945.
18. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises. Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals. 2023. Diemen.
19. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises. Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Impact; 2008.
20. Bureaubroekhuizen (2023). Meer dan een vinkje. Een onderzoek naar het versterken van de bereidheid van ambtenaren om agressie en geweld te melden en te registreren.
21. van Lakerveld, J., Buiskool, B., Hospers, G., Klein Kranenburg, L., & Matthys, J. (2023). Indicatoren van agressie en geweld. 2023.
22. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises (2023). Handvatten voor werkgevers om de impact op medewerkers te verminderen. Diemen.
23. Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2023) Stop Agressie Samen. Geraadpleegd via <https://www.veiligepubliekedienstverlening.nl/documenten/publicaties/2023/01/31/pdf-stop-agressie-samen>.
24. Wettenbank. Arbeidsomstandighedenwet. (n.d.) Geraadpleegd op 16 juni. 2023 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/2023-06-20>.
25. Veteranenwet Wet. Geraadpleegd op 16 juni. 2023, via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0031401/2020-01-01>.
26. Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 77-85. DOI: 10.1348/000711200160318.
27. Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77(5), 928-940. DOI: 10.1037/a0016877.
28. Castro, C. A., Adler, A. B., McGurk, D., & Bliese, P. D. (2012). Mental health training with soldiers four months after returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 376-383. DOI: 10.1002/jts.21721.
29. Mulligan, K., Fear, N. T., Jones, N., Alvarez, H., Hull, L., & Naumann, U. (2012). Postdeployment Battlemind training for the U.K. armed forces: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 331-341. DOI: 10.1037/a0027664.
30. Wu, S., Zhu, X., Zhang, Y., et al. (2012). A new psychological intervention: "512 Psychological Intervention Model" used for military rescLitz. *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164(11), 1676-1683.
31. Chongruksa, D., Prinyapol, P., Sawatsri, S., & Pansomboon, C. (2015). Integrated group counselling to enhance mental health and resilience of Thai army rangers. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 6(1), 41-57. DOI: 10.1080/21507686.2015.1091018.
32. Stoller, C. C., Greuel, J. H., Cimini, L. S., Fowler, M. S., & Koomar, J. A. (2012). Effects of Sensory-Enhanced Yoga on Symptoms of Combat Stress in Deployed Military Personnel. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 59-68. DOI: 10.5014/ajot.2012.001230.
33. Christopher, M. S., Hunsinger, M., Goerling, L. R. J., et al. (2018). Mindfulness-based resilience training to reduce health risk, stress reactivity, and aggression among law enforcement officers: A feasibility and preliminary efficacy trial. *Psychiatry Research*, 264, 104-115. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.03.059.

34. Tuckey, M. R., & Scott, J. E. (2014). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(1), 38-54. DOI: 10.1080/10615806.2013.809421.
35. Greenberg, N., Langston, V., Everitt, B., Iversen, A., Fear, N. T., & Jones, N. (2010). A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 430-436. DOI: 10.1002/jts.20538.
36. Adler, A. B., Litz, B. T., Castro, C. A., Suvak, M., Thomas, J. L., & Burrell, L. (2008). A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. peacekeepers *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 253-263. DOI: 10.1002/jts.20342.
37. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1695486. DOI: 10.1080/20008198.2019.1695486.
38. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Robertson, L., Lewis, C., & Bisson, J. I. (2019). Multiple session early psychological interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). DOI: 10.1002/14651858.cd006869.pub3.
39. Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
40. Feuer, B. S. (2021). First responder peer support: An evidence-informed approach. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(3), 365-371. DOI: 10.1007/s11896-020-09420-z.
41. Whybrow, D., Jones, N., & Greenberg, N. (2015). Promoting organizational well-being: a comprehensive review of Trauma Risk Management. *Occupational Medicine*, 65(4), 331-336. DOI: 10.1093/occmed/kqv024.
42. Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49. DOI: 10.1177/1529100610387086.
43. Politie (2013). Concept Handboek Team Collegiale Ondersteuning Nationale Politie. Impact Politie.
44. Weerbaarbestuur. Stappenplan melding en aangifte voor politieke ambtsdragers. Geraadpleegd op. 2023 2023.
45. Ministerie van Binnenlandse Zaken (s.d.). Veilige Publieke Taak en (gedeeltelijke) Anonimiteit in het Strafproces (Factsheet).
46. Kadaster H. Informatiebrief. 13 juli 2023.
47. Veiligheidsregio Haaglanden. Protocol Veilige Publieke Taak Veiligheidsregio Haaglanden. 2020.
48. Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV). (2023). Als de emmer te zwaar wordt. Geraadpleegd op 8 december, 2023, via <https://nipv.nl/wp-content/uploads/2023/11/20231101-NIPV-Als-de-emmer-te-zwaar-wordt.pdf>.
49. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1695486. DOI: 10.1080/20008198.2019.1695486.
50. Alshahrani, K. M., Johnson, J., Prudenzi, A., & O'Connor, D. B. (2022). The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 17(8), e0272732. DOI: 10.1371/journal.pone.0272732.
51. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises. (2023). Multidisciplinaire Richtlijn psychosociaal Crisismanagement. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crisis. Diemen.

52. Burger, N., Zwenk, F., & Reiffers, R. (2013). Implementatiemonitor richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden.
53. Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs*, 21(3), 80-90. DOI: 10.1377/hlthaff.21.3.80.
54. Langley, G. L., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (1996). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organisational performance*. Jossey-Bass Publishers.
55. Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.
56. Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. John Wiley & Sons.
57. Wet bescherming persoonsgegevens.
58. ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises. (2010). *Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden*. Diemen.
59. Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). Risk and protective factors for the onset of mental disorders. In *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press (US).
60. Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., et al. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
61. Berger, W., Coutinho, E. S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., & Neylan, T. C. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001-11. DOI: 10.1007/s00127-011-0408-2.
62. Aguayo, R., Vargas, C., Canadas, G. R., & Fuente, E. I. (2017). Are socio-demographic factors associated to burnout syndrome in police officers? A correlational meta-analysis. *Anales de Psicología*, 33(2), 383-92. DOI: 10.6018/analesps.33.2.260391.
63. Blais, R. K., Tirone, V., Orlowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B., & Held, P. (2021). Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). DOI: 10.1080/20008198.2020.1851078.
64. Brooks, S. K., Dunn, R., Amlot, R., Greenberg, N., & Rubin, G. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: A systematic review. *BMC Psychology*, 4(18). DOI: 10.1186/s40359-016-0120-9.
65. Brooks, S. K., & Greenberg, N. (2018). Non-deployment factors affecting psychological wellbeing in military personnel: literature review. *Journal of Mental Health*, 27(1), 80-90. DOI: 10.1080/09638237.2016.1276536.
66. Buckman, J. E., Sundin, J., Greene, T., Fear, N. T., Dandeker, C., & Greenberg, N. (2011). The impact of deployment length on the health and well-being of military personnel: A systematic review of the literature. *Occupational & Environmental Medicine*, 68(1), 69-76. DOI: 10.1136/oem.2009.054692.
67. Butler, H., Tasca, M., Zhang, Y., & Carpenter, C. (2019). A systematic and meta-analytic review of the literature on correctional officers: Identifying new avenues for research. *Journal of Criminal Justice*, 60, 84-92. DOI: 10.1016/j.jcrimjus.2018.12.002.
68. Dautovich, N. D., Katijova, M., Cyrus, J. W., & Kliwer, W. (2022). Duty-related stressors, adjustment, and the role of coping processes in first responders: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(02). DOI: 10.1037/tra0001258.
69. Dowden, C., & Tellier, C. (2004). Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 32(1), 31-47. DOI: 10.1016/j.jcrimjus.2003.10.003.

70. Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. S. (2013). Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: A systematic review. *BMC Public Health*, 13(82). DOI: 10.1186/1471-2458-13-82.
71. Forman-Dolan, J., Caggiano, C., Anillo, I., & Kennedy, T. D. (2022). Burnout among professionals working in corrections: A two-stage review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 19(16). DOI: 10.3390/ijerph19169954.
72. Fosse, T. H., Skogstad, A., Einarsen, S. V., & Martinussen, M. (2019). Active and passive forms of destructive leadership in a military context: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(5), 708-22. DOI: 10.1080/1359432X.2019.1634550.
73. Galanis, P., Fragkou, D., & Katsoulas, T. A. (2021). Risk factors for stress among police officers: A systematic literature review. *Work*, 68(4), 1255-72. DOI: 10.3233/WOR-213455.
74. Garbarino, S., Guglielmi, O., Puntoni, M., Bragazzi, N. L., & Magnavita, N. (2019). Sleep Quality among Police Officers: Implications and Insights from a Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 16(5). DOI: 10.3390/ijerph16050885.
75. Gates, M. A., Holowka, D. W., Vasterling, J. J., Keane, T. M., Marx, B. P., & Rosen, R. C. (2012). Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: Epidemiology, screening, and case recognition. *Psychological Services*, 9(4), 361-82. DOI: 10.1037/a0027649.
76. Gibbons, S. W., Hickling, E. J., & Watts, D. D. (2012). Combat stressors and post-traumatic stress in deployed military healthcare professionals: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 3-21. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05708.x.
77. Golding, S. E., Horsfield, C., Davies, A., Egan, B., Jones, M., & Raleigh, M. (2017). Exploring the psychological health of emergency dispatch centre operatives: A systematic review and narrative synthesis. *PeerJ*, 5, e3735. DOI: 10.7717/peerj.3735.
78. Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). DOI: 10.1080/20008198.2018.1562840.
79. Hegg-Deloye, S., Brassard, P., Jauvin, N., Prairie, J., Larouche, D., & Poirier, P. (2014). Current state of knowledge of post-traumatic stress, sleeping problems, obesity and cardiovascular disease in paramedics. *Emergency Medicine Journal*, 31(3), 242-7. DOI: 10.1136/emmermed-2012-201672.
80. Igboanugo, S., Bigelow, P. L., & Mielke, J. G. (2021). Health outcomes of psychosocial stress within firefighters: A systematic review of the research landscape. *Journal of Occupational Health*, 63(1). DOI: 10.1002/1348-9585.12219.
81. Janssens, K. M., Velden, P. G., Taris, R., & Veldhoven, M. J. (2021). Resilience among police officers: A critical systematic review of used concepts, measures, and predictive values of resilience. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(1), 24-40. DOI: 10.1007/s11896-018-9298-5.
82. Klimley, K. E., Hasselt, V. B., & Stripling, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 33-44. DOI: 10.1016/j.avb.2018.08.005.
83. Koenig, H. G., Youssef, N. A., & Pearce, M. (2019). Assessment of moral injury in veterans and active duty military personnel with PTSD: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(443). DOI: 10.3389/fpsy.2019.00443.
84. Iovine-Wong, P. E., Nichols-Hadeed, C., Thompson Stone, J., Gamble, S., Cross, W., & Cerulli, C. (2019). Intimate Partner Violence, Suicide, and Their Overlapping Risk in Women Veterans: A Review of the Literature. *Military Medicine*, 184(5). DOI: 10.1093/milmed/usy355.

85. Kyron, M. J., Rees, C. S., Lawrence, D., Carleton, R. N., & McEvoy, P. M. (2021). Prospective risk and protective factors for psychopathology and wellbeing in civilian emergency services personnel: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 281, 517-532. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.021.
86. Lambert, E. G., Leone, M., Hogan, N. L., Buckner, Z., Worley, R., & Worley, V. B. (2021). To be committed or not: A systematic review of the empirical literature on organizational commitment among correctional staff. *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law & Society*, 34(1), 88-114. DOI: 10.1080/1478601X.2020.1762082.
87. Mark, K. M., Stevelink, S. A. M., Choi, J., & Fear, N. T. (2018). Post-traumatic growth in the military: A systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*, 75(12), 904-15. DOI: 10.1136/oemed-2018-105166.
88. Page, J., & Robertson, N. (2021). Extent and predictors of work-related distress in community correction officers: A systematic review. *Psychiatry, Psychology and Law*. DOI: 10.1080/13218719.2021.1894259.
89. Purba, A., & Demou, E. (2019). The relationship between organisational stressors and mental wellbeing within police officers: A systematic review. *BMC Public Health*, 19(1). DOI: 10.1186/s12889-019-7609-0.
90. Regehr, C., Carey, M. G., Wagner, S., Alden, L. E., Buys, N., & Corneil, W. (2021). A systematic review of mental health symptoms in police officers following extreme traumatic exposures. *Police Practice & Research: An International Journal*, 22(1), 225-39. DOI: 10.1080/15614263.2019.1689129.
91. Sareen, J., Stein, M. B., Thoresen, S., Belik, S. L., Zamorski, M., & Asmundson, G. J. (2010). Is peacekeeping peaceful? A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 55(7), 464-72. DOI: 10.1177/070674371005500710.
92. Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *International Journal of Stress Management*, 7(1), 19-48. DOI: 10.1023/A:1009514731657.
93. Senior, S. L. (2019). Health needs of ex-military personnel in the UK: A systematic review and qualitative synthesis. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 165(6), 410-5. DOI: 10.1136/jramc-2018-001101.
94. Serrano-Ibanez, E. R., Corras, T., Del Prado, M., Diz, J., & Varela, C. (2022). Psychological Variables Associated With Post-Traumatic Stress Disorder in Firefighters: A Systematic Review. *Trauma Violence & Abuse*. DOI: 10.1177/15248380221082944.
95. Sherman, M. D., Larsen, J., & Borden, L. M. (2015). Broadening the focus in supporting reintegrating Iraq and Afghanistan veterans: Six key domains of functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(5), 355-65. DOI: 10.1037/pro0000043.
96. Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25-44. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.12.002.
97. Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., Jones, R., Rowe, S., & Billings, J. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: A systematic review and meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine*, 77(11), 737-47. DOI: 10.1136/oemed-2020-106498.
98. van der Meulen, E., van der Velden, P. G., van Aert, R. C., & van Veldhoven, M. J. (2020). Longitudinal associations of psychological resilience with mental health and functioning among military personnel: A meta-analysis of prospective studies. *Social Science & Medicine*, 255, 112814. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.112814.
99. Wagner, S. L., White, N., Regehr, C., White, M., Alden, L. E., & Buys, N. (2020). Ambulance personnel: Systematic review of mental health symptoms. *Traumatology*, 26(4), 370-87. DOI: 10.1037/trm0000251.

100. Wagner, S. L., White, N., Fyfe, T., Matthews, L. R., Randall, C., & Regehr, C. (2020). Systematic review of posttraumatic stress disorder in police officers following routine work-related critical incident exposure. *American Journal of Industrial Medicine*, 63(7), 600-15. DOI: 10.1002/ajim.23120.
101. Wagner, S. L., White, N., Buys, N., Carey, M. G., Corneil, W., & Fyfe, T. (2021). Systematic review of mental health symptoms in firefighters exposed to routine duty-related critical incidents. *Traumatology*, 27(3), 285-302. DOI: 10.1037/trm0000275.
102. Wesemann, U., Applewhite, B., & Himmerich, H. (2022). Investigating the impact of terrorist attacks on the mental health of emergency responders: Systematic review. *BJPsych Open*, 8, 107. DOI: 10.1192/bjo.2022.69.
103. Sherwood, L., Hegarty, S., Vallieres, F., Hyland, P., Murphy, J., Fitzgerald, G., & Reid, T. (2019). Identifying the key risk factors for adverse psychological outcomes among police officers: a systematic literature review. *Journal of traumatic stress*, 32(5), 688-700.
104. Higgins, J. P., Savović, J., Page, M. J., & Sterne, J. A. (2019). Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). RoB2 Development Group [Internet]. DOI: 10.1002/9781119536604.ch8.
105. Clarke-Walper, K., Penix, E. A., Trachtenberg, F., Simon, E., Coleman, J., & Magnavita, A. (2020). Efficacy of a Web-Based Tool in Reducing Burnout Among Behavioral Health Clinicians: Results From the PTSD Clinicians Exchange. *Psychiatric Research & Clinical Practice*, 2(1), 3-9. DOI: 10.1176/appi.prcp.20190004.
106. Grupe, D. W., Stoller, J. L., Alonso, C., McGehee, C., Smith, C., & Mumford, J. A. (2021). The Impact of Mindfulness Training on Police Officer Stress, Mental Health, and Salivary Cortisol Levels. *Frontiers in Psychology*, 12(720753). DOI: 10.3389/fpsyg.2021.720753.
107. Hourani, L., Tueller, S., Kizakevich, P., Lewis, G., Strange, L., & Weimer, B. (2016). Toward Preventing Post-Traumatic Stress Disorder: Development and Testing of a Pilot Predeployment Stress Inoculation Training Program. *Military Medicine*, 181(9), 1151-60. DOI: 10.7205/MILMED-D-15-00192.
108. Onyishi, C. N., Ede, M. O., Ossai, O. V., & Ugwuanyi, C. S. (2021). Rational emotive occupational health coaching in the management of police subjective well-being and work ability: A case of repeated measures. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(1), 96-111. DOI: 10.1007/s11896-019-09357-y.
109. Skeffington, P. M., Rees, C. S., Mazzucchelli, T. G., & Kane, R. T. (2016). The Primary Prevention of PTSD in Firefighters: Preliminary Results of an RCT with 12-Month Follow-Up. *PLoS ONE*, 11(7). DOI: 10.1371/journal.pone.0155873.
110. Taylor, M. K., Stanfill, K. E., Padilla, G. A., et al. (2011). Effect of Psychological Skills Training During Military Survival School: A Randomized, Controlled Field Study. *Military Medicine*, 176(12), 1362-8. DOI: 10.7205/MILMED-D-11-00149.
111. Wald, I., Fruchter, E., Ginat, K., et al. (2016). Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 46(12), 2627-2636. DOI: 10.1017/S0033291716000945.
112. Wild, J., El-Salahi, S., Degli Esposti, M., & Thew, G. R. (2020). Evaluating the effectiveness of a group-based resilience intervention versus psychoeducation for emergency responders in England: A randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 15(11). DOI: 10.1371/journal.pone.0241704.
113. Taylor, M. K., Stanfill, K. E., Padilla, G. A., et al. (2011). Effect of Psychological Skills Training During Military Survival School: A Randomized, Controlled Field Study. *Military Medicine*, 176(12), 1362-1368. DOI: 10.7205/MILMED-D-11-00149.

114. Chitra, T., & Karunanidhi, S. (2021). The impact of resilience training on occupational stress, resilience, job satisfaction, and psychological well-being of female police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(1), 8-23. DOI: 10.1007/s11896-018-9294-9.
115. Chongruksa, D., Prinyapol, P., Sawatsri, S., & Pansomboon, C. (2015). Integrated group counselling to enhance mental health and resilience of Thai army rangers. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 6(1), 41-57. DOI: 10.1080/21507686.2015.1091018.