



Nationaal
Psychotrauma
Centrum

ARQ Kenniscentrum
Impact van Rampen
en Crises

Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Veiligheid en Justitie

Verantwoordelijk uitvoerende

ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises

Eindredactie

Dr. Hans te Brake, senior beleidsmedewerker onderzoek en ontwikkeling

Methodologische ondersteuning

Trimbos-instituut en Kwaliteitsbureau NVAB

Vormgeving

Burobraak en hollandse meesters

Uitgave

ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises, Diemen

Uitgiftedatum

Eerste druk december 2010, tweede druk januari 2012,
derde druk februari 2021 (aanpassing huisstijl)

© 2021, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

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

ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises

Nienoord 5

1112 XE Diemen

088 - 330 51 75

impact@arq.org

**Deze richtlijn is ook beschikbaar op de website van Impact:
impact.arq.org**

ISBN 978-90-78273-10-3 / NUR 740



**Nationaal
Psychotrauma
Centrum**

Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden

Deelnemende organisaties



Ministerie van Defensie



Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond



Nederlandse
Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde



Nederlands Instituut van Psychologen



Politie Nederland

Korps landelijke politiediensten (KLPD) Politieacademie

Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC) Politiepoli

Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding (NVBR)

Ambulancezorg Nederland (AZN)

Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ) Militaire GGZ, Ministerie van Defensie

Koninklijke Marechaussee (KMar), Ministerie van Defensie

Koninklijke Nederlandse Bond tot het Redden van Drenkelingen (KNBRD)

Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM)

Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond

Management-samenvatting

Hoofdstuk 1 Doelstelling en doelgroep

- Het doel van de richtlijn geüniformeerden is optimale psychosociale ondersteuning voor de geüniformeerde hulpverlener te garanderen, zodat stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval bij geüniformeerde hulpverleners na rampen en schokkende gebeurtenissen zo veel als mogelijk worden voorkomen. [1]*
- Psychosociale opvang en zorg voor geüniformeerde hulpverleners moet volgens de laatste, aantoonbaar werkzame, praktijken worden aangeboden. De invulling, uitvoering en monitoring van psychosociale interventies is nu echter vaak afhankelijk van de inzichten van organisaties, individuele hulpverleners en soms van commerciële belangen. Dit leidt ertoe dat interventies op verschillende manieren worden geboden en dat geüniformeerde hulpverleners lang niet altijd optimale zorg ontvangen. Mogelijk worden interventies uitgevoerd die nooit wetenschappelijk zijn onderzocht of waarvan uit onderzoek blijkt dat ze niet effectief en doelmatig zijn. Daarom is de voor u liggende evidence-based multidisciplinaire richtlijn voor psychosociale ondersteuning en zorg aan geüniformeerde hulpverleners ontwikkeld. Dit is gebeurd in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. [1]
- Onder **geüniformeerde** wordt verstaan: *een geüniformeerde van wie het de taak is hulp te verlenen bij incidenten en calamiteiten vanuit een georganiseerd, professioneel verband*. Hierna wordt in dit verband gesproken van 'geüniformeerde'. [1.1]
- De primaire doelgroep van de richtlijn wordt gevormd door (de organisaties van) geüniformeerden en hun leidinggevend. De volgende organisaties waren direct betrokken bij de ontwikkeling: Politie Nederland; Korps Landelijke Politiediensten; Brandweer; Ambulancezorg Nederland; Landelijke Meldkamer Ambulancezorg; Defensie; Koninklijke Marechaussee; Koninklijke Nederlandse Bond tot het Redden van Drenkelingen; Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij; Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. [1.1]
- Tevens zijn de in deze richtlijn opgenomen aanbevelingen relevant voor professionele hulpverleners die mogelijk betrokken zijn bij de psychosociale (na)zorg van geüniformeerden na potentieel schokkende gebeurtenissen, te weten: het Nederlands Huisartsen Genootschap; de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; het Nederlands Instituut van Psychologen; en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Al deze partijen zijn nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze richtlijn. [1.1]

* Tussen [vierkante haken] staat een verwijzing naar het hoofdstuk of paragraaf in de richtlijntekst.

- De aanbevelingen uit deze richtlijn zijn ook van toepassing op tal van additionele organisaties waarbinnen de – al dan niet 'geüniformeerde' – werknemers in zekere mate te maken kunnen krijgen met potentieel schokkende gebeurtenissen of die een rol spelen in de psychosociale ondersteuning van geüniformeerden. Een aantal van deze organisaties is in de commentaarfase bij de richtlijn betrokken, te weten: Rode Kruis Nederland; MO-groep; geestelijk verzorgers van zowel Politie als Defensie; Slachtofferhulp Nederland; de Vereniging van Nederlandse Gemeenten; De Basis; en de Raad voor de Journalistiek. [1.1]
- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire projectgroep en stuurgroep samengesteld. De samenstelling hiervan is in bijlage 1 opgenomen. [1.2.1]
- De richtlijn is evidence-based: gebaseerd op resultaten van de laatste stand van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis (best-practices) en overige overwegingen. De betrokken organisaties en erkende beroepsverenigingen zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn, om de inhoud bij de dagelijkse praktijk en de huidige inzichten te laten aansluiten. [1.2]
- Richtlijnen zijn geen wettelijke, bindende voorschriften. Op basis van de eigen professionele verantwoordelijkheid kan beargumenteerd worden afgeweken van de richtlijn. [1.3]

Hoofdstuk 2 Inhoudelijke inleiding: visie en context

- Uitgangsdocumenten voor deze richtlijn zijn de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007) en het rapport Feiten en fictie (2008). Hieruit komt naar voren dat geüniformeerden stelselmatig aan potentieel schokkende gebeurtenissen worden blootgesteld. Volgens de beroepsziekte-registratierichtlijn Traumatische stressstoornis lopen geüniformeerden een vergroot risico om beroepsgebonden traumatische stressstoornissen te ontwikkelen. Tot slot bestaat er ook vanuit het veld behoefte aan duidelijkheid en eenduidigheid over de organisatie en het verlenen van psychosociale zorg aan deze groep. Niet binnen alle organisaties is duidelijk bij wie (welke functie) de eindverantwoordelijkheid voor psychosociale nazorg ligt. [2.1.1]
- De visie van de richtlijn wordt gevormd door het uitgangspunt van bevordering van het eigen herstel en de gefaseerde inzet van meer professionele ondersteuning bij dat herstel. De geüniformeerde en zijn of haar veerkracht staan centraal. [2.1.2]
- De richtlijn behandelt drie fasen in de psychosociale ondersteuning aan geüniformeerden: preparatie (selectie, voorlichting en training), collegiale ondersteuning en monitoring en zonodig doorverwijzing naar professionele zorg. [2.1.2]
- Een **potentieel schokkende gebeurtenis** is als volgt gedefinieerd: *betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit (alles wat een aanslag is op de persoon zelf) van betrokkene en van anderen.* [2.2.1]
- Mogelijke psychische en psychosociale gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen bij geüniformeerden zijn: disfunctioneren; spanningsklachten; toename van ziekteverzuim; toename van middeengebruik; problemen in de privésfeer; ongevoeligheid; emotionele afvlakking; acuut stresssyndroom; posttraumatisch stresssyndroom; depressieve stoornis; slaapstoornissen; arbeidsconflicten; en arbeids-

ongeschiktheid. Deze gevolgen kunnen nog jaren na een incident spelen. [2.2.2]

- Factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van psychosociale problemen zijn onder meer de mate van blootstelling aan potentieel schokkende gebeurtenissen; werkgerelateerde opvattingen (werktevredenheid, toewijding) en werkspecifieke problemen (onveiligheid, rolverschillen); het oplopen van fysiek letsel; en (maatschappelijke) erkenning of kritiek op het handelen (bijvoorbeeld via de media). [2.3]
- 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. [2.3]
- De geüniformeerde dient zo goed mogelijk te worden beschermd (o.a. door middel van voorlichting en voorbereiding) voor eventuele (negatieve) reacties uit de omgeving, agressie, en eventuele vervolgonderzoeken. [2.3]
- Hoewel de wetgever de werkgever verantwoordelijk stelt voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden, doet de meest recente wetgeving geen duidelijke uitspraak over de specifieke invulling daarvan. Het is voor de organisatie goed om na te gaan hoe verantwoordelijkheden zijn geregeld, en dat zonodig zelf vast te leggen. Aanbevolen wordt daarom dat iedere organisatie nagaat waar de verantwoordelijkheid voor de opvang van haar medewerkers binnen de organisatie ligt en dit vastlegt. [2.4]
- De organisatie heeft een verantwoordelijkheid inzake het continu aandacht besteden aan de bestaande risicofactoren binnen de organisatie op het ontwikkelen van negatieve gevolgen van schokkende gebeurtenissen voor de psychische gezondheid van geüniformeerden. Dit kan zij bijvoorbeeld doen door het psychosociale welzijn onderdeel te laten zijn van een preventief medisch of periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek. [2.4]

Hoofdstuk 3 Preparatie: selectie, voorlichting en de rol van de organisatie

- 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. [3.1]
- De projectgroep beveelt aan voorbeelden van succesvolle praktijken rond nazorg en collegiale ondersteuning te beschrijven en in te bedden binnen de verschillende organisaties. [3.2]
- De projectgroep beveelt aan, in het kader van goed werkgeverschap, aandacht te besteden aan periodiek gezondheidskundig onderzoek, preventief medisch onderzoek en/of medewerkerstevredenheidsonderzoek. Daarnaast is een georganiseerde incidentenafhandeling noodzakelijk, waarbinnen met betrekking tot nazorg en collegiale opvang:
 - (1) voorzien wordt in goed getraind en professioneel personeel;
 - (2) de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners vooraf duidelijk zijn vastgelegd;
 - (3) professionele hulp beschikbaar is. [3.2]

Hoofdstuk 4 Georganiseerde collegiale ondersteuning en monitoring

- Er bestaat brede consensus over het nut van het bieden van een steunende context ter preventie van het ontstaan van psychosociale problemen. Deze context kan geboden worden door collega's. [4.1.1]
- Bij veel geüniformeerde diensten in Nederland wordt collegiale ondersteuning geboden in de vorm van georganiseerde ondersteuningsteams (bijvoorbeeld de Bedrijf Opvang Teams, of BOT). De ervaringen hiermee zijn positief. **Georganiseerde collegiale ondersteuning** kan het sociale netwerk mobiliseren, draagt bij aan een open sfeer, vergemakkelijkt het vinden van professionele hulpverlening indien nodig en voorziet in een belangrijke signalerings- en doorverwijsfunctie. [4.1.1]
- Door georganiseerde collegiale ondersteuning als uitgangspunt te nemen wordt op een organische manier aangesloten bij de werkwijze zoals die op dit moment geboden wordt door verschillende geüniformeerde organisaties. Dit is van belang, omdat de dagelijkse praktijk erg verschillend is tussen de organisaties. Het beschrijven van de georganiseerde collegiale ondersteuning biedt dus een goede mogelijkheid voor een 'algemene' beschrijving van ondersteuning, die van toepassing is op alle organisaties. [4.1.1]
- In relatie tot de inzet en werkzaamheden van georganiseerde collegiale ondersteuning is het goed de 'operationele debriefing' te noemen. Onder een operationele debriefing wordt verstaan: een nabespreking met een operationeel karakter waar het achterhalen van de feiten centraal staat; en hoewel er beperkt ruimte is voor emoties, vormt het psychologische element geen actieve component, omdat daar andere interventies voor beschikbaar zijn. Operationele debriefing is belangrijk voor het weghalen van vraagtekens, om fouten en gebeurtenissen in het vervolg te vermijden; vaak is dit voldoende om daarna weer verder te kunnen werken. [4.1.2]
- Het is belangrijk dat een operationele debriefing ruimte biedt voor emoties, mochten die bij de bespreking een rol spelen. De geüniformeerde moet gelegenheid worden geboden het eigen verhaal te vertellen. Het wordt echter afgeraden om kort na een incident op 'actieve' wijze de gevoelens en emoties uit te vragen die de geüniformeerde mogelijk heeft ervaren, zoals wel gebeurt bij een **psychologische debriefing**: een eenmalig semigestructureerd gesprek met een persoon die kort daarvoor is getroffen door een schokkende gebeurtenis. Psychologische debriefing wordt afgeraden, omdat niet wetenschappelijk is aangetoond dat dergelijke debriefingen effectief zijn; er zijn zelfs aanwijzingen dat zij de psychosociale gevolgen verergeren. [4.1.2]
- Aanbevolen wordt geüniformeerden voorlichting te verschaffen door middel van psycho-informatie. **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 (welke reacties zijn normaal, wanneer wordt het abnormaal?), 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. [4.1.2]
- De georganiseerde collegiale ondersteuning dient aandacht te geven aan de volgende taken: het bieden van praktische hulp; het stimuleren van een gezonde verwerking; vroegtijdige signalering en tijdige doorverwijzing; monitoring van het proces van verwerking; het sociale netwerk van de betrokken geüniformeerde; en de (negatieve) reacties uit de omgeving. [4.2.1]

- Binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning kunnen vier stappen worden onderscheiden: constateren van blootstelling of een andere aanleiding; invoeren/aanwijzen van een collegiale ondersteuner; ondersteunen van een collega volgens de bovengenoemde taken; en indien noodzakelijk adviseren om contact op te nemen met professionele hulpverlening. [4.2.1]
- Door naar aanleiding van een gemeld incident herhaald ondersteuning te bieden en te signaleren hoe men erbij staat, wordt er gestructureerde monitoring bewerkstelligd. Daarnaast is het belangrijk dat de leidinggevende vanaf het begin en gedurende het proces wordt geïnformeerd dat gesprekken plaatsvinden (en nadrukkelijk niet over de inhoud van deze gesprekken), zodat hij of zij hier als verantwoordelijke voor de personeelszorg rekening mee kan houden. [4.2.1]
- Er bestaat zowel tussen als binnen de geüniformeerde organisaties variatie in de criteria die gehanteerd worden om de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning op te baseren. Er kan niettemin een aantal gemeenschappelijke 'inzetcriteria' worden vastgesteld: ernstig letsel of dreiging (vooral als er kinderen in het spel zijn); betrokkenheid van familie of collega's van geüniformeerden; onmacht bij de geüniformeerde; wanneer geüniformeerde zelf aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning; en (direct) geweld tegen de geüniformeerde. [4.2.2]
- Aanbevolen wordt aan organisaties om een eigen basis-incidentenlijst met specifieke inzetcriteria voor de eigen hulpverleningsdienst op te stellen en deze lijst te delen met andere hulpverleningsorganisaties. Dit maakt afstemming en uitwisseling van ervaringen en overwegingen mogelijk. [4.2.2]
- De daadwerkelijke collegiale ondersteuning bestaat uit het aanbod van een ondersteuningsgesprek, waarna indien nodig vervolcontacten kunnen plaatsvinden. [4.2.3]
- De timing van de eerste inzet van de georganiseerde collegiale ondersteuning is van belang. Wanneer dit te snel na het incident is, kan het schadelijk zijn voor de verwerking (zie eerdere opmerking over psychologische debriefing). Dit laat onverlet dat binnen de organisatie een steunende context moet bestaan waarbinnen desgewenst ruimte is om emoties te kunnen uiten en het verhaal kwijt te kunnen, bijvoorbeeld tijdens de operationele debriefing. [4.2.3]
- Belangrijk is dat de geüniformeerde niet te lang binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning wordt vastgehouden, maar tijdig wordt doorverwezen of losgelaten. Aangeraden wordt maximaal drie gesprekken te voeren; daarna dient geadviseerd te worden dat de geüniformeerde contact zoekt met professionele hulpverlening. Globaal kan de volgende fasering aan worden gehouden: het eerste gesprek enkele dagen na het incident, het tweede gesprek na vier tot zes weken en het derde gesprek na drie maanden. [4.2.3]
- Een spanningsveld kan bestaan tussen enerzijds het aanbieden van (georganiseerde) psychosociale ondersteuning en anderzijds waarheidsvinding door de opsporingsinstantie/het OM. Geüniformeerden worden vaak al gehoord/verhoord voordat zij een eerste ondersteuningsgesprek hebben gehad. Een eerste ondersteuningsgesprek dient voorrang te krijgen boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het Openbaar Ministerie zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen. [4.2.3]
- Iedere geüniformeerde 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. Hij of zij moet met enige regelmaat gewezen worden op de mogelijkheden van hulpaanvaarding. [4.2.4]

- Competenties die van belang zijn voor leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning: communicatieve vaardigheden; goed kunnen luisteren; invoelend vermogen; robuust, daadkrachtige persoonlijkheid; zelfstandigheid; en betrouwbaarheid. [4.2.4]
- Screeningslijsten moeten niet afgenomen worden tijdens gesprekken met de collegiale ondersteuning, want dit kan afbreuk doen aan de steunende context die geboden moet worden. Wel kunnen factoren die in screeningslijsten worden gebruikt als topiclijst naar voren komen tijdens het gesprek. [4.3.1]
- Leidinggevendenden dienen een zeker kennis- en vaardigheidsniveau te 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; kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren; kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim; kennis van praktische en sociale ondersteuning; kennis over nut van en eventuele noodzaak tot aanpassing werkzaamheden; kennis van het organisatietypische 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. [4.3.2]
- De leidinggevende dient rekening te houden met negatieve bijverschijnselen van incidenten en met nader onderzoeken en evaluatie-onderzoeken, zoals intern onderzoek, media-aandacht etc. Neem dit effect op in voorlichting aan en training van het management, leidinggevendenden en leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning. [4.3.2]
- Georganiseerde collegiale ondersteuning verdient een nadrukkelijke plek binnen de organisatie. De taak van coördinatie – het monitoren en evalueren van activiteiten van collegiale ondersteuning – dient te worden vastgelegd door de organisatie. Idealiter wordt deze taak bij één persoon neergelegd. Zo wordt voorkomen dat de taken versnipperd worden uitgevoerd, waardoor het onderlinge verband tussen de taken zal verdwijnen en daarmee ook een deel van de kwaliteitsbewaking van de collegiale ondersteuning. [4.4.1]
- Een systeem waarbij van elke geüniformeerde wordt bijgehouden bij welke incidenten hij of zij betrokken is geweest, kan bijdragen aan een betere zorgverlening. Indien er een registratiesysteem wordt opgezet ten dienste van de collegiale ondersteuning, dient dit te gebeuren met zorgvuldige privacyregelingen. Buiten de context van collegiale ondersteuning mag geen gebruik worden gemaakt van (de informatie over individuele personen in) een dergelijk systeem. [4.4.2]

Hoofdstuk 5 Inzet professionele zorg

- Na een schokkende gebeurtenis kan een onderscheid worden gemaakt tussen 1) mensen die geen klachten hebben, 2) een tussengroep van mensen die mogelijk klachten zullen ontwikkelen en 3) mensen die signalen vertonen die duiden op een verstoorde verwerking (en die daarom direct moeten worden gesignaleerd en doorverwezen). De georganiseerde collegiale ondersteuning heeft een rol in deze 'psychologische triage'. Voor de eerste en tweede groep mensen is in de eerste vier tot zes weken een watchful-waitingbeleid geïndiceerd, waarbij vooral een steunende context van belang is. [5.1]
- Voorbeelden van aanwijzingen/signalen van een verstoorde verwerking zijn: het hebben van verontrustende herinneringen of dromen over de gebeurtenis; overstuur raken van herinneringen; het hebben van lichamelijke stressreacties; vermijdingsgedrag, verzuim; slaapproblemen; verhoogde prikkelbaarheid of het hebben van een 'kort lontje'; op scherp staan als het niet hoeft; stemmingsverandering; concentratieproblemen; toegenomen alcohol- of drugsgebruik; functioneringsproblemen (werk en privé); en angst en schaamte. [5.1]
- Indien een geüniformeerde na de schokkende gebeurtenis tijdens een van de gesprekken met de collegiale ondersteuner een verontrustende hoeveelheid van de bovenstaande aanwijzingen/signalen vertoont, is het goed hem of haar te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverlening. [5.1]
- Een tijdige herkenning en verwijzing vanuit eerstelijns (bedrijfsgezondheids)zorg naar tweedelijns psychische zorg van werknemers die verzuimen wegens angst- en/of depressieve aandoeningen leidt tot verminderde klachten en een versnelde werkhervatting. [5.1]
- Er bestaan gevalideerde vragenlijsten voor het vaststellen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij de algemene bevolking. Deze kunnen ook gebruikt worden voor geüniformeerden. Dergelijke vragenlijsten dienen echter wel door professionals te worden afgenomen, en niet door de leden van de collegiale ondersteuning. [5.1]
- Te leveren nazorg voor geüniformeerden verschilt van nazorg aan burgers vanwege de volgende kenmerken van het werk van geüniformeerden: media-aandacht; publieke functie (secundaire victimisatie); positieve aandacht (heldendom, er kan ook te veel erkenning zijn); training vooraf en (zelf)selectie; en verantwoording afleggen achteraf. [5.2]
- Het is belangrijk dat de organisatie over kennis beschikt van de mogelijke behandelwijzen. Hierover kan bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts worden ingewonnen. [5.2]

Richtlijn

psychosociale
ondersteuning
geüniformeerden



Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Managementsamenvatting | 3 |
| Inhoudsopgave | 13 |
| 1 Inleiding en methode | 17 |
| 1.1 Doelstelling en doelgroep | 18 |
| 1.2 Methode | 19 |
| 1.2.1 Projectgroep en stuurgroep | 19 |
| 1.2.2 Wetenschappelijke onderbouwing | 19 |
| 1.2.3 Bruikbaarheidstest, commentaarfase, en autorisatie | 22 |
| 1.3 Status van de richtlijn | 23 |
| 1.4 Herziening | 23 |
| 1.5 Leeswijzer | 23 |
| 2 Inhoudelijke inleiding: visie en context | 25 |
| 2.1 Uitgangspunten en visie | 25 |
| 2.1.1 UitgangsdOCUMENTEN | 25 |
| 2.1.2 Een visie voor de richtlijn en de uitwerking daarvan | 27 |
| 2.2 Potentieel schokkende gebeurtenissen: definitie en mogelijke gevolgen | 30 |
| 2.2.1 Definitie van een potentieel schokkende gebeurtenis | 30 |
| 2.2.2 Mogelijke gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen | 31 |
| 2.3 Risicoverhogende en beschermende factoren | 33 |
| 2.4 Verantwoordelijkheid voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden | 41 |
| 3 Preparatie: selectie, voorlichting en de rol van de organisatie | 49 |
| 3.1 Selectie en voorlichting van geüniformeerden | 49 |
| 3.2 De rol van de organisatie bij de mentale gezondheid van geüniformeerden | 53 |
| 4 Georganiseerde collegiale ondersteuning en monitoring | 57 |
| 4.1 Uitgangspunten | 57 |
| 4.1.1 Steunende context: welke ondersteuning is effectief? | 57 |
| 4.1.2 Collegiale ondersteuning en daaraan gerelateerde interventies | 61 |
| 4.2 De organisatie van collegiale ondersteuning | 66 |
| 4.2.1 Kern van de collegiale ondersteuning | 66 |
| 4.2.2 Inzet van collegiale ondersteuning | 70 |
| 4.2.3 Bieden van georganiseerde collegiale ondersteuning | 75 |
| 4.2.4 Vereiste kennis en vaardigheden voor deelname aan georganiseerde collegiale ondersteuning | 81 |

| | | |
|-------------------|--|------------|
| 4.3 | Monitoring | 84 |
| 4.3.1 | Monitoring als signaleringsfunctie | 84 |
| 4.3.2 | De signaleringsfunctie van leidinggevenden | 87 |
| 4.4 | Verantwoordelijkheden en evaluatie van georganiseerde collegiale ondersteuning | 91 |
| 4.4.1 | Verantwoordelijkheden en ondersteuning vanuit de organisatie | 91 |
| 4.4.2 | Evaluatie | 95 |
| 5 | Inzet professionele zorg | 99 |
| 5.1 | Indicaties noodzaak professionele hulp | 99 |
| 5.2 | Effectiviteit van professionele zorg | 104 |
| Bijlage 1 | Deelnemers | 109 |
| Bijlage 2 | Uitgangsvragen | 114 |
| Bijlage 3 | Wetgeving | 116 |
| Bijlage 4 | Beschrijving literatuursearch | 119 |
| Bijlage 5 | Verslag focusgroepen | 124 |
| Bijlage 6 | Verslag bruikbaarheidtest | 130 |
| Bijlage 7 | Lijst met afkortingen | 139 |
| Bijlage 8 | Overzicht aanbevelingen | 141 |
| Literatuur | | 155 |



1 Inleiding en methode

In 2007 is de richtlijn *Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* verschenen (47). Deze richtlijn is bedoeld voor hulpverleners die, op welke wijze dan ook, betrokken zijn bij een gebeurtenis met een plotseling, onverwacht en gewelddadig karakter. Uit deze richtlijn kwam naar voren dat geüniformeerde hulpverleners – hierna aangeduid als 'geüniformeerden' – een verhoogde kans lopen in aanraking te komen met dit soort gebeurtenissen en de mogelijke psychische gevolgen daarvan.

Ter eerste inventarisatie heeft Impact, het landelijk kennis- en adviescentrum voor psychosociale zorg na rampen, een vervolgonderzoek onder een aantal 'geüniformeerde organisaties' (brandweer, politie en ambulance) opgezet, wat geleid heeft tot het rapport *Feiten en fictie* (46). Hieruit werd duidelijk dat binnen deze organisaties veel is geregeld voor de psychosociale ondersteuning van het eigen personeel. Vaak is dit gebeurd in de vorm van collegiale ondersteuning, zoals via het bedrijfsopvangteam (BOT). De manier waarop deze collegiale ondersteuning wordt ingezet, is echter vaak verschillend tussen de diverse hulpdiensten, en ook binnen hulpdiensten kunnen regionale verschillen bestaan. Gezien de vaak gezamenlijke en regio-overstijgende inzet van geüniformeerde hulpdiensten kan dit tot de onwenselijke situatie leiden dat collega's uit verschillende regio's/organisaties op verschillende wijze opgevangen worden na een mogelijk schokkende ervaring.

Psychosociale zorgverlening voor geüniformeerden moet volgens de laatste aantoonbaar werkzame praktijken worden aangeboden. De invulling, uitvoering en monitoring van psychosociale interventies zijn nu echter vaak afhankelijk van de inzichten van organisaties, individuele hulpverleners en soms van commerciële belangen. Daardoor ontstaat mogelijk een discrepantie tussen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychosociale interventies bij geüniformeerden en de dagelijkse praktijk. Dit leidt ertoe dat interventies op veel verschillende manieren worden geboden, en dat geüniformeerden lang niet altijd optimale zorg ontvangen. Mogelijk worden interventies uitgevoerd die nooit wetenschappelijk zijn onderzocht, of waarvan uit onderzoek blijkt dat ze niet effectief en niet doelmatig zijn.¹

Vanuit de overheid, de betrokken organisaties en het professionele (GGZ-)veld bestaat de vraag naar duidelijkheid en eenduidigheid. Als antwoord is de voor u liggende evidence-based multidisciplinaire richtlijn voor psychosociale ondersteuning en zorg aan geüniformeerden ontwikkeld. Dit is gebeurd in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Directoraat-generaal Veiligheid.² De betrokken organisaties en erkende beroepsverenigingen zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn om de inhoud op de dagelijkse praktijk en de huidige inzichten te laten aansluiten.

¹ In het bijzonder valt hierbij te denken aan het gebruik van een eenmalige psychologische debriefing, zoals behandeld in hoofdstuk 4.1.2.

² Het Directoraat-generaal Veiligheid valt met de kabinetswijziging van 2010 onder het ministerie van Veiligheid en Justitie.

1.1 Doelstelling en doelgroep

Het doel van deze richtlijn is optimale psychosociale ondersteuning voor geüniformeerden te beschrijven, opdat stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval zo veel mogelijk worden voorkomen. Met psychosociale ondersteuning wordt ondersteuning bedoeld waarbij het accent ligt op de wisselwerking tussen het gedrag van de mens en zijn omgeving. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en overige overwegingen geeft de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor kwalitatief hoogwaardige psychosociale ondersteuning en zorg aan geüniformeerden. De richtlijn zal zo als een hulpmiddel kunnen fungeren waarmee volgens de laatste inzichten vanuit de wetenschap en de (systematisch beschreven) praktijkervaring aanbevelingen worden gedaan voor de psychosociale ondersteuning van geüniformeerden na schokkende gebeurtenissen. De richtlijn kan tevens gebruikt worden bij het (verder) ontwikkelen van procedures en protocollen voor psychosociale ondersteuning aan geüniformeerden binnen de betrokken organisaties.

Uitgangspunt van de richtlijn is dat de visie en aanbevelingen generiek toepasbaar zijn voor de betrokken geüniformeerde organisaties. De richtlijn biedt geen definitieve protocollen of structuren om de aanbevolen zorg mee in te richten, omdat deze inrichting zeer zal verschillen naargelang de mogelijkheden en werkwijzen binnen de verschillende organisaties. De inrichting van de psychosociale ondersteuning, en de wijze waarop dit organisatorisch structuur krijgt, behoort tot een apart implementatietraject, dat per organisatie zal moeten worden opgezet. Tegelijkertijd is het belang onderkend om een product te creëren dat zoveel mogelijk aansluiting kent op de praktijk. Om de bruikbaarheid van de richtlijn te vergroten is daarom een overzicht van bestaande praktijken, ervaringen uit focusgroepen (zie bijlage 5) en een eerste overzicht van knelpunten voor implementatie (de zogeheten 'bruikbaarheidstest', zie bijlage 6) opgenomen. In paragraaf 1.2 is de methode beschreven waarmee wetenschap, praktijk en consensus samen zijn gebracht in deze richtlijn. Om verdere aansluiting bij de praktijk te bewerkstelligen is op grond van de richtlijn een samenvatting opgesteld met de kernaspecten en aanbevelingen uit de richtlijn.

De primaire doelgroep van de richtlijn wordt gevormd door (de organisaties van) geüniformeerden en hun leidinggevenden. Onder geüniformeerden worden verstaan: *geüniformeerden van wie het de taak is hulp te verlenen bij incidenten en calamiteiten vanuit een georganiseerd professioneel verband*. Het betreft daarbij in de eerste plaats werknemers uit de volgende organisaties, die direct betrokken zijn bij de ontwikkeling van deze richtlijn: Politie Nederland; Korps Landelijke Politiediensten (KLPD); Brandweer (NVBR); Ambulancezorg Nederland (AZN); Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ); Defensie; Koninklijke Marechaussee (KMar); Koninklijke Nederlandse Bond tot het Redden van Drenkelingen (KNBRD); Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM); en Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond.

Tevens zijn de in deze richtlijn opgenomen aanbevelingen relevant voor professionele hulpverleners die mogelijk betrokken zijn bij de psychosociale (na)zorg van geüniformeerden na potentieel schokkende gebeurtenissen, te weten: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Al deze partijen zijn nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze richtlijn.

De aanbevelingen uit deze richtlijn zijn ook van toepassing op tal van additionele organisaties waarbinnen de (al dan niet 'geüniformeerde') werknemers in zekere mate te maken kunnen krijgen met potentieel schokkende gebeurtenissen of die een rol spelen in de psychosociale ondersteuning van geüniformeerden. Een aantal van

deze organisaties is in de commentaarfase bij de richtlijn betrokken, te weten: Rode Kruis Nederland; MO-groep; geestelijk verzorgers; Slachtofferhulp Nederland; de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG); en de Raad voor de Journalistiek (RvJ). Een volledig overzicht van de in de commentaarfase betrokken partijen is opgenomen in bijlage 1.

1.2 Methode

De richtlijn is geen leerboek, waarin zo veel mogelijk beschikbare kennis over een onderwerp wordt opgenomen, maar een document met praktische aanbevelingen rondom knelpunten uit de praktijk. In samenspraak met een stuurgroep en een projectgroep (1.2.1) is informatie die uit wetenschap en praktijk is verzameld (1.2.2 en 1.2.3) op relevantie besproken.

1.2.1 Projectgroep en stuurgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire project- en stuurgroep samengesteld. In totaal vertegenwoordigden de leden van de project- en stuurgroep de betrokken 'geüniformeerde organisaties' en de vier beroepsverenigingen van professionals die psychosociale zorg aan geüniformeerden kunnen bieden. Voor een volledig overzicht van de project- en stuurgroepleden, de organisaties en de verenigingen die zij vertegenwoordigen en de overige medewerkers, wordt verwezen naar bijlage 1. In totaal kwam de stuurgroep vier keer bijeen in een periode van 23 maanden (november 2008-oktober 2010). Gedurende het richtlijntraject heeft continu contact en overleg plaatsgevonden tussen de projectgroep en de stuurgroep. De taken van de stuurgroep zijn het bewaken van de voortgang van het richtlijnontwikkelproces en het verlenen van instemming met het eindresultaat.

Deelnemers aan de projectgroep zijn geworven via rechtstreekse contacten van Impact met betrokken organisaties en door middel van (schriftelijke) uitnodigingen aan de beroepsverenigingen van huisartsen, bedrijfsartsen, psychiaters en psychologen. Alle organisaties en beroepsverenigingen waren in de projectgroep vertegenwoordigd. De projectgroep leverde input aan de ontwikkeling van de richtlijn samen met de projectleiding, en kwam in totaal twaalf keer bijeen in een periode van 22 maanden (november 2008-september 2010). Daarnaast zijn bij gelegenheid kleinere (sub)groepen gevormd, waarin specifieke zaken nader zijn uitgewerkt (zoals de opzet en organisatie van focusgroepen en bruikbaarheidstest, zie verder).

1.2.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Impact werd ondersteund en geadviseerd in de systematische richtlijnontwikkeling door het Kwaliteitsbureau van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en in een later stadium door het Trimbos-instituut. De richtlijnontwikkeling vond plaats volgens de methode van Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling, de zogeheten EBRO-methodiek. De richtlijn is ontwikkeld op geleide van 35 uitgangsvragen, die in bijlage 2 zijn opgenomen. De uitgangsvragen zijn gebaseerd op knelpunten die in de zorg voor geüniformeerden na rampen en schokkende gebeurtenissen worden ervaren. Deze zijn in de projectgroep en stuurgroep vastgesteld. De uitgangsvragen zijn vervolgens met behulp van wetenschap, praktijk en consensus beantwoord.

Antwoorden op de uitgangsvragen zijn in eerste instantie gezocht in de vorm van een brede literatuursearch en een aantal interviews met experts. Ook zijn zogeheten 'meeleesgroepen' gevormd. Binnen de disciplines van brandweer, ambulance, Koninklijke Marechaussee, Defensie en politie zijn (praktijk)deskundigen bereid gevonden met een selectie van de gevonden literatuur mee te lezen, om zo de relevantie ervan nader te kunnen vaststellen. Op grond van aanvullende vragen vanuit de projectgroep is daaropvolgend nog een aanvullende, meer 'generieke' search uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Om tot nadere beantwoording van de uitgangsvragen te komen is – aan de hand van zoektermen vanuit de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47) – gezocht naar relevante onderzoeksbevindingen door het verrichten van systematische zoekacties. Meer informatie over de uitgevoerde literatuursearch door NVAB en het Trimbos-instituut is in bijlage 4 opgenomen.

Daarnaast is een zestal focusgroepbijeenkomsten van elk ongeveer zes deelnemers belegd om de praktijk beter en meer gericht in kaart te brengen. In september 2009 zijn deze focusgroepen georganiseerd op verschillende niveaus binnen de organisaties. Hiervoor is gekozen omdat focusgroepen bij uitstek geschikt zijn om inzicht te krijgen in regionale, geslachtsgebonden en etnische verschillen in opvatting en organisatie. In de praktijk blijken er aanzienlijke regionale verschillen te bestaan in de dagelijkse aanpak binnen de verschillende disciplines van geüniformeerden. Focusgroepen zijn bijzonder nuttig om de impliciete redenering achter de standpunten van deelnemers te achterhalen. Door de specifieke voorbereiding en uitvoeringstechniek levert een focusgroep interessante en vaak verrassende inhoudelijke inzichten op. In bijlage 5 is een verslag opgenomen van de resultaten uit deze focusgroepen. De namen van de deelnemers zijn in bijlage 1 te vinden.

Uiteindelijk zijn er evidence-based conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Dit gebeurde aan de hand van:

- resultaten van wetenschappelijk onderzoek; in combinatie met
- overige overwegingen van de projectgroepleden; en
- ervaringskennis naar aanleiding van focusgroeps gesprekken.

De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met voor het betreffende onderzoekstype relevante checklists, die zijn gebaseerd op checklists van het EBRO-platform (Handleiding voor werkgroepleden CBO 2005). Daarna zijn ze gegradeerd naar mate van methodologische kwaliteit. Hierbij is de indeling gebruikt zoals weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

| | Interventie | Diagnostisch accuratesse-onderzoek | Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose |
|-----------|--|--|--|
| A1 | Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau | | |
| A2 | Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang | Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad | Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten |
| B | Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek en cohortonderzoek) | Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd | Prospectief cohort- onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontroleonderzoek |
| C | Niet-vergelijkend onderzoek | | |
| D | Mening van deskundigen | | |

Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in combinatie met overige overwegingen van de projectgroepleden zijn evidence-based conclusies getrokken (zie tabel 2) en aanbevelingen geformuleerd. Een aantal uitgangsvragen kon helaas nog niet beantwoord worden door gebrek aan eensluidend bewijs en tegenstrijdige meningen in de projectgroep. Voor het beantwoorden van deze uitgangsvragen heeft de projectgroep aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan. Een overzicht van alle aanbevelingen is opgenomen in bijlage 8.

Tabel 2. Niveau van bewijs van conclusies

| Conclusie | Gebaseerd op |
|------------------|--|
| Niveau 1 | Onderzoek van kwaliteit A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van kwaliteit A2 |
| Niveau 2 | Een onderzoek van kwaliteit A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van kwaliteit B |
| Niveau 3 | Een onderzoek van kwaliteit B of C |
| Niveau 4 | Mening van deskundigen |

Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijke bewijs vaak ook andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: huidige praktijk, kosten, (culturele) voorkeuren, beschikbaarheid en organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. De aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn en vergroot de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

De projectgroep constateerde dat de beschikbare en geraadpleegde wetenschappelijke literatuur zich grotendeels toespitst op de posttraumatische stressstoornis. De projectgroep hecht eraan te benadrukken dat de posttraumatische stressstoornis weliswaar een stoornis is die voorkomt na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen, maar dat er diverse andere psychische gevolgen zijn die in de literatuur minder belicht worden. Hierbij valt te denken aan depressieve stoornissen, angststoornissen, lichamelijk onverklaarde klachten en middelenmisbruik.

1.2.3 Bruikbaarheidstest, commentaarfase, en autorisatie

Recent onderzoek laat zien dat er bij richtlijntrajecten voornamelijk aandacht is voor de ontwikkeling van de richtlijn (30). Planmatig opgezette en onderbouwde invoering komt maar heel beperkt van de grond. Hier dient gericht op te worden aangestuurd door financiers, zodat al bij de start geld hiervoor beschikbaar is. De Regieraad voor richtlijntrajecten onderschrijft dan ook een programmatische aanpak van de ontwikkeling, invoering én evaluatie van richtlijnen inclusief (financiële en organisatorische) middelen, om het gebruik van de richtlijnen te stimuleren, monitoren en evalueren.³ TNO, CBO en het Trimbos-instituut besloten deze opdracht samen uit te voeren, met als doel de complementaire inzichten en expertises te vertalen in een gemeenschappelijke visie op richtlijnen. Dit resulteerde in een praktisch instrument voor een analyse van richtlijntrajecten: Kwaliteit richtlijnontwikkeling, invoering en evaluatie (KRIE) (30).

Ook binnen dit richtlijntraject is uitvoerig aandacht besteed aan invoering van de richtlijn. Er heeft een bruikbaarheidstest plaatsgevonden, waarin de sleutelaanbevelingen uit de concept-richtlijn zijn getest op toepasbaarheid in de praktijk. Gedurende de bruikbaarheidstest ontvingen geüniformeerde diensten voorlichting over de sleutelaanbevelingen en een checklist met indicatoren. Vervolgens werd hen gevraagd naar de bruikbaarheid van deze indicatoren naar aanleiding van een real-life casus. Via groepsinterviews werd de toepasbaarheid van de diverse aanbevelingen en indicatoren binnen de dagelijkse praktijk besproken.

De concept-richtlijn is ter becommentariëring en voor akkoord voorgelegd aan de achterban van de project-groepleden. Daarnaast is een aantal aanvullende partijen geïnformeerd over de concept-richtlijn (zie paragraaf 1.1). Bijzonder aan deze commentaarfase was dat de concept-richtlijn werd aangepast aan de praktijk door middel van een 'oplegger' met een inhoudelijke en uitvoerende samenvatting, en een voor de organisatie bruikbaar overzicht van de aanbevelingen. Er werden met name commentaar en hulpmiddelen gevraagd over de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk. Na verwerking van de laatste commentaren uit de commentaarfase en de bruikbaarheidstest is de definitieve richtlijn vastgesteld en uiteindelijk door de betrokken organisaties geautoriseerd.

³ http://www.cbo.nl/Downloads/932/Advies_Regieraad_KRIE.pdf, geraadpleegd juni 2010

1.3 Status van de richtlijn

De professionaliteit van hulpverleners in de gezondheidszorg brengt met zich mee dat zij (mede door het hanteren van een richtlijn) zoveel als mogelijk evidence-based handelen, volgens de laatste stand van de wetenschap. Wanneer richtlijnen door en binnen de beroepsgroep zijn opgesteld, normeren zij het medisch-professioneel handelen en zijn zij een uitwerking van de medisch-professionele standaard (35). De juridische basis is de wet BIG voor specifieke beroepen en de WGBO, die voor alle hulpverleners in de gezondheidszorg geldt. De richtlijn heeft, naast bescherming van in dit geval de geüniformeerde zelf, als doel de hulpverlener zelf en de zorgverlener te beschermen in zijn of haar beroepsuitoefening (98). Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zo veel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen, waaraan hulpverleners, organisaties, zorgverleners, beleidsmakers en inhoudelijk adviseurs en cliënten en patiënten kennis kunnen ontleen om kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen en te waarborgen. De doelgroep van de richtlijn kan – als zij dat nodig acht – op basis van de eigen professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie dat vereist, zelfs noodzakelijk. Er is wel een plicht dit schriftelijk vast te leggen. Dit betekent dat richtlijnen niet bindend zijn, een richtlijn is dus geen voorschrift (een voorschrift is wel bindend) (98). Andere aspecten van de richtlijn kunnen ook onder arbeidsrechtelijke verantwoordelijkheid vallen. Deze voorschriften dienen altijd gevolgd te worden.

1.4 Herziening

Uiterlijk in 2016 bepaalt Impact in samenspraak met de betrokken partijen of deze richtlijn nog actueel is. Zonodig wordt een nieuwe projectgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een vervroegd herzieningstraject te starten. Tegenwoordig wordt steeds vaker gewerkt met 'levende richtlijnen', waarbij elk jaar een deel van de richtlijn wordt herzien. Hierin worden dan mogelijk delen afhankelijk van de nieuw verschenen evidentie en inzichten aangepast. Op deze manier is het mogelijk binnen de standaardtermijn van vijf jaar de hele richtlijn te herzien en kunnen tussentijds eventueel nieuwe onderwerpen worden toegevoegd. De richtlijnontwikkeling blijft dan een continu proces.

1.5 Leeswijzer

De richtlijn stelt het eigen herstelvermogen (de 'veerkracht') van de geüniformeerde centraal, evenals de belangrijke rol die directe collega's spelen in de ondersteuning na potentieel schokkende gebeurtenissen. Deze en andere belangrijke uitgangspunten worden nader uitgewerkt in hoofdstuk 2, waar een inhoudelijke inleiding van de richtlijn wordt gegeven. In de overige hoofdstukken worden deze uitgangspunten vervolgens uitgewerkt tot aanbevelingen: de preparatie van geüniformeerden (hoofdstuk 3), de opzet en organisatie van collegiale ondersteuning (hoofdstuk 4) en de inzet van professionele zorg (hoofdstuk 5). Afkortingen worden bij eerste gebruik voluit geschreven, in bijlage 7 is daarnaast een overzicht van gebruikte afkortingen opgenomen.



2 Inhoudelijke inleiding: visie en context

In dit hoofdstuk worden de context en de uitgangspunten van de richtlijn nader beschreven. Op grond van overwegingen uit literatuur en aanvullend overleg in de project- en stuurgroep worden de kaders waarbinnen de richtlijn werkzaam is beschreven. Als eerste wordt in 2.1 een conceptueel kader geschetst ter onderbouwing van de psychosociale ondersteuning voor geüniformeerden. In paragraaf 2.2 komt aan de orde wat binnen deze richtlijn als 'potentieel schokkende gebeurtenis' wordt beschouwd, en wat mogelijke gevolgen van deze gebeurtenissen bij geüniformeerde professionals zijn. In paragraaf 2.3 komen risicoverhogende en beschermende factoren aan de orde met betrekking tot deze gevolgen. Daarbij wordt ook een aantal maatschappelijke omstandigheden besproken die relevant (kunnen) zijn bij het omgaan met psychosociale gevolgen van schokkende gebeurtenissen. In paragraaf 2.4, ten slotte, komen vragen over de verantwoordelijkheid voor het psychosociaal welbevinden van de geüniformeerden aan bod.

2.1 Uitgangspunten en visie

De richtlijn stelt de geüniformeerde professional en zijn collega's centraal in de psychosociale ondersteuning die na potentieel schokkende gebeurtenissen geboden dient te worden. Het gaat daarmee uit van de veerkracht van het individu, en de steunende context die de collegiale omgeving biedt. Deze paragraaf biedt een nadere onderbouwing van dit uitgangspunt, die voor een groot deel gebaseerd is op twee belangrijke uitgangsdOCUMENTEN, die in het navolgende worden besproken. Ook biedt deze paragraaf een visie voor de richtlijn, waarin een model wordt geformuleerd dat collegiale psychosociale ondersteuning positioneert in relatie tot reguliere psychologische hulpverlening. De uitgangsdOCUMENTEN, de visie en het model vormen de basis voor het vervolg van deze richtlijn.

2.1.1 UitgangsdOCUMENTEN

Bij de start van de ontwikkeling is uitgegaan van twee belangrijke dOCUMENTEN, te weten de richtlijn voor Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47), en het rapport Feiten en fictie (46). De uitgangsdOCUMENTEN worden hieronder kort beschreven.

De richtlijn voor Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007)

Deze richtlijn (47), in 2007 door zeventien veldpartijen geautoriseerd, doet aanbevelingen aan allen die betrokken zijn bij de hulpverlening aan de algemene bevolking in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Doelstelling is het bevorderen van natuurlijk herstel, het signaleren van getroffen en die acute psychische hulp nodig hebben en het zonedig doorverwijzen en behandelen van deze getroffen.

In de richtlijn wordt gebruikgemaakt van relevante wetenschappelijke publicaties uit de periode 1995-2006, waaronder richtlijnen, systematische reviews en oorspronkelijk onderzoek. De voor de richtlijn geraadpleegde wetenschappelijke literatuur spitst zich grotendeels toe op de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit is een belangrijke en ook specifieke gevolgtostand bij mensen na het meemaken van een ramp of terroristische aanslag (hoewel de prevalentie laag is). Er zijn evenwel nog andere psychische aandoeningen die minder specifiek zijn, maar die eveneens frequent worden gezien na rampen, zoals depressieve stoornissen, angststoornissen, lichamelijk onverklaarde klachten en middelenmisbruik. Taal (89) vergeleek de kwantiteit en kwaliteit van de aanbevelingen in deze Nederlandse richtlijn met de aanbevelingen uit de onafhankelijk in Australië ontwikkelde Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder (32). Tussen beide richtlijnen blijkt een hoge mate van overeenkomstigheid te bestaan. Dit is een indicatie dat het beschikbare bewijs uit wetenschap en praktijk goed in kaart is gebracht.

Feiten en fictie. Inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland (2008)

Dit rapport (46) bevat een inventarisatie van de wetenschappelijke kennis met betrekking tot de psychosociale gevolgen van de inzet van politie, brandweer en ambulance bij rampen en grootschalige calamiteiten. Het gaat in op aspecten als veerkracht, preventie van negatieve effecten, en periodieke monitoring bij geüniformeerden. Voorts bevat het rapport een inventarisatie van de huidige organisatie van preventie, opvang en behandeling van geüniformeerden in Nederland. Het rapport is gebaseerd op literatuuronderzoek, inventarisatie via deskresearch, en interviews met deskundigen. Duidelijk komt echter naar voren dat er weinig wetenschappelijke literatuur bestaat over psychosociale gevolgen na rampen bij geüniformeerden. Wel is bijvoorbeeld duidelijk dat onder geüniformeerden door de dagelijkse blootstelling aan stress meer PTSS voorkomt dan in de algemene bevolking. Maar ook andere psychische stoornissen zijn bij geüniformeerden prevalent na rampen, zoals depressieve stoornissen, angststoornissen, en overmatig alcoholgebruik. Een aantal risicofactoren kan worden onderscheiden, zoals psychische problematiek in de voorgeschiedenis. Er zijn ook mogelijke beschermende factoren beschreven: selectie, training, goede voorbereiding op reddingswerkzaamheden. Er is eveneens weinig onderzoek beschikbaar betreffende preventie en therapie van psychosociale problemen bij geüniformeerden. We weten eigenlijk niet goed welke methoden voor deze doelgroep effectief zijn.

In Nederland is de werkgever wettelijk verplicht om nazorg aan de werknemer te verlenen. Vanuit de rampenbestrijdingsprocessen behoren geüniformeerden tot de doelgroep voor psychosociale zorg. Bij alle onderzochte diensten (brandweer, ambulance en politie) krijgen preventie en opvang en nazorg na calamiteiten veel aandacht. Preventieve activiteiten zijn opleiding, nascholing, en het opzetten van een adequaat Arbobeleid. Opvang en nazorg zijn meestal geregeld als collegiale ondersteuning, vaak als zogenaamd bedrijfsopvangteam (BOT); andere benamingen van een dergelijke vorm van georganiseerde collegiale ondersteuning zijn ook gevonden. Het monitoren van de gezondheid van ingezette hulpverleners is niet structureel opgezet. Er zijn wel ideeën om bij een plaatsgebonden ramp de gezondheid van hulpverleners te monitoren met behulp van bestaande registraties van huisartsen, bedrijfsartsen en apothekers.

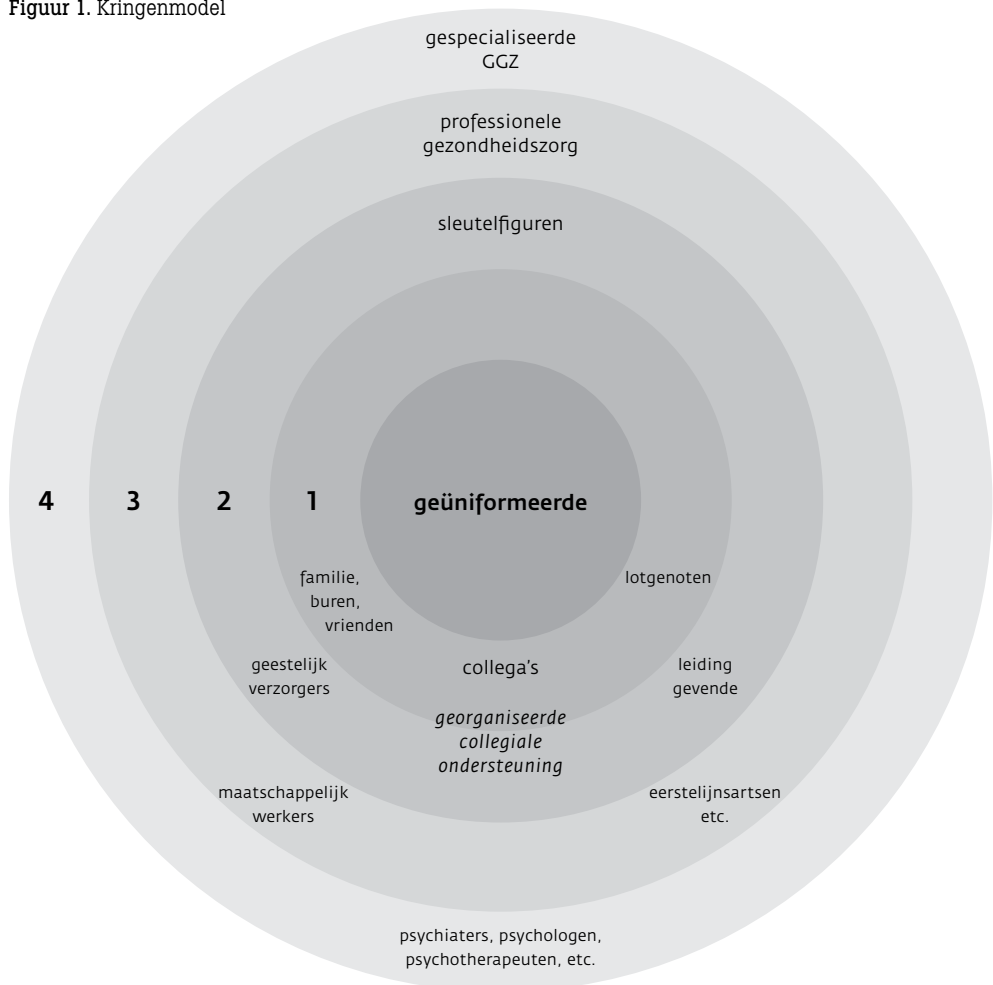
Het rapport beveelt aan dat regio's afspraken maken, zo mogelijk interdisciplinair en interregionaal, over de organisatie van de nazorg na een ramp. Speciale aandacht is nodig voor de opvang van leidinggevenden. Multidisciplinaire trainingen kunnen de samenwerking tijdens rampen bevorderen. Ten slotte identificeert het rapport aspecten die nader onderzoek behoeven.

2.1.2 Een visie voor de richtlijn en de uitwerking daarvan

Kern van de visie voor deze richtlijn is het kringenmodel van de civiele GGZ, dat ook binnen Defensie wordt gehanteerd (zie figuur 1). Een belangrijk uitgangspunt hierbij is de bevordering van het eigen herstel, en de gefaseerde inzet van meer professionele ondersteuning bij dat herstel.

Het model gaat ervan uit dat de zorg voor de geüniformeerde bij hem⁴ of haarzelf begint. De geüniformeerde is in eerste instantie verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Zodra dit nodig is, echter, kan steun gezocht worden bij de omliggende kringen, waarbij naar buiten toe stapsgewijs meer professionele hulpverlening wordt ingezet. De eerste kring bestaat uit familie, vrienden en lotgenoten. De tweede kring bestaat uit ondersteuning die niet tot de gezondheidszorg wordt gerekend, zoals de leidinggevende. Ook de georganiseerde

Figuur 1. Kringenmodel



collegiale ondersteuning (zoals de bestaande bedrijfopvang teams) valt binnen deze kring, waarbij het ten dele overlapt met de eerste kring. De derde kring komt overeen met de 'eerstelijnsgezondheidszorg'; artsen (medisch) en maatschappelijk werkers (psychosociaal) kunnen in deze kring al oplossingen en behandelingen aanbieden. Pas als sprake is van zware psychische of psychosociale problematiek wordt naar de vierde kring verwezen (34).

De invloedssfeer van de organisatie ligt vooral in de binnenste kringen (0, 1 en 2). Omdat deze richtlijn handelt over de wijze waarop psychosociale ondersteuning binnen organisaties georganiseerd is, zal de kern van deze ondersteuning ook binnen deze kringen plaatsvinden. Dit sluit aan bij:

- (a) de uitgangspunten van de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47), onder meer het bevorderen van het eigen herstel;
- (b) de praktijk waarin psychosociale ondersteuning veelal aan de hand van collegiale ondersteuning is ingericht, zoals uit het rapport Feiten en fictie (46) naar voren komt.

In de richtlijn wordt uitgegaan van drie fasen in de psychosociale ondersteuning bij rampen en schokkende gebeurtenissen. Deze indeling is verenigbaar met het hierboven beschreven kringenmodel en kan tevens gezien worden als een vertaling van de indeling van Mrazek & Haggerty (62) in vormen van preventie (zie box 2a). De indeling ziet er als volgt uit:

Preparatie: selectie, voorlichting en training (preventie) (kringen 0 en 1 van het model); dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 van deze richtlijn.

In deze fase gaat het om interventies/acties voorafgaand aan de blootstelling aan rampen en schokkende gebeurtenissen. Te denken valt aan de selectie, training en informatievoorziening. Hierbij worden de vormen van primaire preventie zoals opgenomen in box 2a in acht genomen.

Collegiale ondersteuning en monitoring (kringen 1 en 2 van het model); verder uitgewerkt in hoofdstuk 4 van deze richtlijn.

Deze fase betreft de eerste opvang na de schokkende gebeurtenis door ervaren collega's (peer-support). Ook de activiteiten van georganiseerde collegiale ondersteuning (zoals bedrijfsopvangteams) en de taak van leidinggevenden behoren bij deze fase.

Doorverwijzing naar professionele zorg (kringen 2, 3 en 4 van het model); uitgewerkt in hoofdstuk 5 van deze richtlijn.

In deze fase gaat het om de zorgverlening door professionele hulpverleners, mocht deze nodig blijken.

De methodiek van de richtlijnontwikkeling is in hoofdstuk 1 aan de orde gekomen. Om de bovenstaande fasen inhoudelijk in te vullen is gebruikgemaakt van specifieke 'uitgangsvragen'. Deze vragen zijn leidend geweest bij het zoeken – in wetenschap en praktijk – naar informatie waar de richtlijn op gebaseerd is. In bijlage 2 zijn deze uitgangsvragen opgenomen. Dit hoofdstuk wordt nu eerst vervolgd met een nadere afbakening van de richtlijn. Ten eerste zal beschreven worden wat 'schokkende gebeurtenissen' zijn en wat de mogelijke gevolgen. In paragraaf 2.3 komen mogelijke beschermende en risicofactoren aan de orde, ten slotte gaat 2.4 in op de verantwoordelijkheid voor het psychisch welbevinden.

⁴ Waar in deze tekst wordt gesproken over 'hij' of 'hem' kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

Box 2a. Vormen van preventie

In Nederland is het lang gebruikelijk geweest om een onderscheid te maken tussen primaire preventie (het voorkomen van ziekte door het wegnemen van de oorzaken) en secundaire preventie (vroegtijdige opsporing en behandeling). Bij primaire preventie richt men zich op populaties die nog geen aandoening hebben, bij secundaire preventie op mensen die wel klachten hebben maar niet zo veel of zodanig ernstig dat een psychiatrische diagnose gesteld kan worden.

Op basis van de indeling van Mrazek & Haggerty (62) zijn binnen het gehele spectrum van interventies gericht op psychische problemen vier vormen van primaire preventie te onderscheiden:

- Universele preventie is gericht op een (deel)populatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Bijvoorbeeld: massamediale campagnes gericht op de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij alle leerlingen, ongeacht hun risico-status, benaderd worden.
- Selectieve preventie is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem aanzienlijk verhoogd is. Bijvoorbeeld: mensen die recentelijk een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt of blootstaan aan een (chronische) stressor, zoals echtscheiding, rouw, zorgen voor een ziek familielid, en werkloosheid).
- Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die al wel een aantal symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis, of die biologische kenmerken (markers) hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische aandoening. Terwijl bij selectieve preventie nog geen klachten aanwezig hoeven te zijn, is dat bij geïndiceerde preventie wel het geval.
- Zorggerichte preventie is gericht op mensen die een aandoening hebben volgens ICD-10- of DSM-IV-criteria. Preventieve interventies gericht op deze groepen zijn gericht op terugvalpreventie, het voorkomen van comorbiditeit en het verminderen van de consequenties van de psychische aandoeningen voor mensen in de directe omgeving.

2.2 Potentieel schokkende gebeurtenissen: definitie en mogelijke gevolgen

Omdat op voorhand niet eenduidig kan worden vastgesteld wat onder een 'potentieel schokkende gebeurtenis' wordt verstaan, is deze paragraaf in de eerste plaats gewijd aan de definiëring van het begrip. In 2.2.1 volgt een definitie van potentieel schokkende gebeurtenis. In 2.2.2 wordt ingegaan op de mogelijke gevolgen voor de geüniformeerde.

2.2.1 Definitie van een potentieel schokkende gebeurtenis

Wetenschappelijke onderbouwing

In de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (46) wordt een schokkende gebeurtenis gedefinieerd aan de hand van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition, (DSM-IV - 3). De DSM-IV geeft de volgende definitie van een schokkende gebeurtenis in het zogeheten 'A1-criterium' uit de definitie van PTSS: de betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring die voldoet aan het volgende criterium: betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen.

Het Madison Institute of Medicine (39) geeft een aantal voorbeelden van gebeurtenissen die PTSS kunnen veroorzaken: militaire gevechtsoperaties, gewelddadige persoonlijke aanslagen, ontvoering, terroristische aanslag, marteling, krijgsgevangenschap, natuurrampen, door de mens veroorzaakte rampen, verkeersongevallen. Daarnaast kunnen ook (diagnose van) ernstige ziekten, seksuele ervaringen bij kinderen, het getuige zijn van een ernstig ongeval van een naaste vriend of familielid tot PTSS leiden.

Conclusie

Niveau 4 Gebeurtenissen die onder de werkingssfeer van deze richtlijn vallen zijn traumatische ervaringen die voldoen aan het volgende criterium: betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit (alles wat een aanslag is op de persoon zelf) van betrokkene of van anderen.

D American Psychiatric Association 1994

Overige overwegingen

- De projectgroep wijst op het belang van het woord 'potentieel' aan de vraagstelling, omdat een schokkende gebeurtenis voor iedereen anders is. Eenzelfde gebeurtenis die voorheen nooit schokkend was, kan ineens als schokkend ervaren worden. Dit kan zijn omdat het verwachtingspatroon anders was (men verwacht een volwassen slachtoffer, het blijkt een kind), of als collega's, media etc. afkeurend zijn. De potentieel schokkende gebeurtenis kan zowel direct als indirect zijn; iemand die in de meldkamer een paniek-telefoonje ontvangt, kan de gebeurtenis als schokkend ervaren zonder aanwezig te zijn bij de gebeurtenis.

- De projectgroep onderschrijft de definitie van een potentieel schokkende gebeurtenis vanuit het A1-criterium volgens de DSM-IV. De projectgroep benadrukt echter dat deze definitie niet alleen gericht is op PTSS als uitkomstmaat, maar een (veel) breder scala aan mogelijke gevolgen kan hebben, zoals genoemd in de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47).

Aanbeveling

- 1 De projectgroep beveelt aan bij de definitie van een potentieel schokkende gebeurtenis uit te gaan van het A1-criterium van de diagnose PTSS volgens de DSM-IV, en deze te verbreden naar andere mogelijke psychische klachten en stoornissen. Het A1-criterium luidt: betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit (alles wat een aanslag is op de persoon zelf) van betrokkene of van anderen.

2.2.2 Mogelijke gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen

Hieronder wordt literatuur beschreven over de mogelijke gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen bij geüniformeerden.

Wetenschappelijke onderbouwing

De gevonden literatuur naar de gevolgen van traumatische gebeurtenissen richt zich in belangrijke mate op PTSS als uitgangmaat. Ook een search met specifieke zoektermen als 'schuldgevoelens', 'schaamte' en 'machteloosheid' leverde geen aanvullende literatuur op. In een longitudinale studie na een groot treinongeluk in Denemarken had zowel drie als zeven maanden na het ongeluk 10% van de 77 reddingswerkers PTSS (4). Bij 355 militaire reddingswerkers ingezet na een vliegramp nam de PTSS-prevalentie eerst toe van 8% na zes maanden tot 12% na twaalf maanden, om vervolgens weer af te nemen tot 7% na achttien maanden (26). Bij een gezondheidsmonitoringsonderzoek onder bedrijfsartsen na de vuurwerkramp in Enschede zijn er in de halfjaarlijkse perioden van een half jaar voorafgaand tot twee jaar na de ramp ongeveer gelijke percentages van PTSS bij hulpverleners gerapporteerd van minder dan 1% (104). Tot slot blijken PTSS-klachten zelfs na een periode van 8,5 jaar na de Bijlmervliegramp voor te komen bij respectievelijk 5% en 7% van de betrokken brandweer- en politiemedewerkers. De aanwezigheid van psychische problematiek 8,5 jaar na deze ramp kan deels het gevolg zijn geweest van de onzekerheid over mogelijke blootstelling aan toxische stoffen en lange maatschappelijke en medianasleep van de ramp (45).

De Australische richtlijn (32) noemt als specifieke gevolgen van schokkende gebeurtenissen voor hulpverleners onder andere: problematisch alcoholgebruik, relationele conflicten in de familiesfeer, ongevoeligheid, afgestomptheid, verhoogde spanningsklachten bij een recent trauma. Dit alles leidt nogal eens tot het verlaten van de organisatie, waarbij soms de ernstigste symptomen pas optreden nadat men de organisatie al verlaten heeft.

Bills et al. (7) onderzochten (niet-systematisch) de literatuur over de aanslagen in New York van september 2001. Zij includeerden 25 studies van uiteenlopende kwaliteit, die de psychische gezondheid en de hulpvraag van hulpverleners beschreven. PTSS kwam voor bij 8 tot 22,5% van de betrokken hulpverleners. Major depressive disorder (MDD) bij 5,6%. Slottje et al. (83) beschrijven in een vergelijkend onderzoek (Politiefunctionarissen en Brandweer) de langetermijneffecten bij hulpverleners gemiddeld 8,5 jaar na een ramp. De resultaten laten zien dat professionele hulpverleners bij incidenten en calamiteiten (politie en brandweer) risico lopen op een verminderde kwaliteit van leven, zelfs na jaren. De resultaten van deze studie worden wel vertekend door selectie- en informatiebias. Slechts op details worden verschillen tussen politiefunctionarissen en brandweerlieden gevonden.

Morren et al. (60) beschrijven in een historisch-cohortonderzoek de gevolgen van een ramp (explosie vuurwerkfabriek) bij brandweerlieden, politiefunctionarissen en medisch hulppersoneel. Zij vonden dat het ziekteverzuim door psychische problemen verdubbelde in het eerste jaar na de ramp. Na drie jaar was dit verzuim echter weer terug op het oude niveau. Ook Dirkzwager et al. (21) vonden in een ongecontroleerd onderzoek (een voor-na-vergelijking) bijna een verdubbeling van het ziekteverzuim bij meer dan duizend reddingswerkers na de vuurwerkcramp. In de daaropvolgende halfjaarperiodes vond een langzame daling van het verzuim plaats. Er was sprake van een langetermijntoename van psychische en respiratoire klachten en van klachten van het bewegingsapparaat. Drie jaar na de vuurwerkcramp vonden Morren et al. (61) geen verschillen in de gezondheidstoestand tussen ingezette en niet-ingezette vrijwillige brandweerlieden.

In een ongecontroleerd onderzoek onderzochten Spinhoven et al. (87) de prevalentie van vermoeidheid bij reddingswerkers na de Bijlmervliegcramp. In een follow-up-periode van 13 tot 28 maanden na de ramp was deze prevalentie 20,6%. Witteveen et al. (101) onderzochten in een gecontroleerde studie psychische klachten bij brandweerlieden en politiemensen, gemiddeld 8,5 jaar na de Bijlmervliegcramp. Zij vonden meer klachten bij hulpverleners die bij de ramp betrokken waren geweest (lichamelijke klachten en vermoeidheid bij brandweerlieden, psychische klachten bij politiefunctionarissen).

Resultaten van deze studies worden bevestigd door Benedek et al. (6) in hun overzicht van recente epidemiologische studies naar een scala van gezondheidsgevolgen (fysiek en psychisch) voor hulpverleners.

Conclusie

Niveau 3 Mogelijke psychische en psychosociale gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen bij hulpverleners zijn: disfunctioneren; spanningsklachten; toename van ziekteverzuim; toename middelengebruik; problemen in de privésfeer; ongevoeligheid; emotionele afvlakking; acuut stresssyndroom; posttraumatisch stresssyndroom; depressieve stoornis; slaapstoornissen; arbeidsconflicten; en arbeidsongeschiktheid.

C ACPMH 2007; Bills et al. 2008; Morren et al. 2007; Witteveen et al. 2007; Benedek et al. 2007

Overige overwegingen

- Op grond van de gevonden literatuur meent de projectgroep dat er geen reden is te veronderstellen dat gevolgen van schokkende gebeurtenissen verschillen tussen vrijwillige en niet-vrijwillige hulpverleners. Ook ziet men geen reden om substantieel verschillende gevolgen te veronderstellen tussen de verschillende hulpverleningsdiensten.

Aanbeveling

- 2** Na potentieel schokkende gebeurtenissen moet rekening worden gehouden met de volgende psychische en psychosociale gevolgen: disfunctioneren; spanningsklachten; toename van ziekteverzuim; toename middelengebruik; problemen in de privésfeer; ongevoeligheid; emotionele afvlakking; acuut stressyndroom; posttraumatisch stressyndroom; depressieve stoornis; slaapstoornissen; arbeidsconflicten; en arbeidsongeschiktheid.
-

2.3 Risicoverhogende en beschermende factoren

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij factoren die hulpverleners vatbaar maken of juist beschermen tegen de mogelijke gevolgen van een potentieel schokkende gebeurtenis. Deze factoren zijn te typeren als risicoverhogende of beschermende factoren.

Wetenschappelijke onderbouwing

De risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan en het beloop van psychische klachten na een schokkende gebeurtenis, worden vaak in drie categorieën onderverdeeld (o.a. 46):

- pretraumatische of predisponerende factoren (factoren die verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen bepalen);
- peritraumatische of uitlokkende factoren (omstandigheden van de ramp die de klachten op gang brengen); en
- posttraumatische of in stand houdende factoren (factoren die klachten doen voortduren en herstel in de weg staan).

Pretraumatische factoren vertonen over het algemeen minder samenhang met latere PTSS dan peri- en posttraumatische stoornissen. De categorieën worden in het navolgende behandeld.

Pretraumatische of predisponerende factoren

Uit literatuur naar voorspellende factoren voor het ontstaan van PTSS komen eerdere traumatisering, bestaande psychopathologie en neuroticisme naar voren (9; 24; 67). Ook sociale steun (de mate waarin iemand over een sociaal netwerk beschikt) wordt als een belangrijke pre- (en post)traumatische beschermende factor gezien. Traumatische ervaringen uit het verleden, andere actuele stressoren tijdens of buiten het werk en persoonlijkheid kunnen een versterkende werking hebben op lichamelijke, psychische en gedragsmatige reacties en de mate van arbeidsongeschiktheid na een traumatische ervaring (64). Ook interpretatie, betekenisgeving en attributie worden herhaaldelijk gevonden als belangrijke predictoren (63).

Spinhoven et al. (87) vonden bij reddingswerkers na de Bijlmervliegrramp dat een hoger niveau van psychopathologie voorspellend was voor vermoeidheidsklachten na een periode van 13 tot 28 maanden. Vooraf be-

staande psychiatrische diagnoses zijn sterk geassocieerd met latere PTSS en kunnen dus een nuttig criterium voor triage zijn, in het bijzonder in combinatie met vrouwelijk geslacht en de mate van trauma severity (de mate waarin iemand aan de schokkende gebeurtenis werd blootgesteld). Pole et al. (70) vonden overigens onder politiefunctionarissen geen verschillen tussen mannen en vrouwen voor de kans op PTSS, dit in tegenstelling tot de bevindingen met betrekking tot geslacht in de algemene bevolking.

Peritraumatische of uitlokkende factoren

Marmar et al. (58) testten in een overzichtartikel een conceptueel model voor kwetsbaarheid voor peritraumatische paniekreacties bij politiewerknemers (n=715). Vijf significante variabelen in het model bleken 40% van de uitkomsten op PTSS te verklaren: peritraumatische stress, peritraumatische dissociatie, probleemoplossend vermogen, routinematige werkstress en weinig sociale steun.

De Australische richtlijn (32) concludeert op grond van het daarin opgenomen systematische literatuuronderzoek dat langdurige of herhaalde blootstelling aan potentieel schokkende gebeurtenissen het risico op het optreden van psychische gevolgen zoals PTSS vergroot, niet alleen in de algemene bevolking, maar ook bij hulpverleners. Bij het contact met blootgestelde hulpverleners adviseert men dan ook de frequentie en duur van blootstelling in de eerdere werk- en/of levensgeschiedenis te achterhalen, evenals de direct voorafgaande gebeurtenis die de symptomen heeft uitgelokt.

Ook in de focusgroepen geven ervaringsdeskundigen aan dat het vaak niet één specifieke gebeurtenis is die voor hen traumatisch is geweest, maar dat het meer gaat om de opbouw van meerdere gebeurtenissen: 'Of er bij een hulpactie wel of geen dodelijke slachtoffers zijn, maakt geen verschil voor de impact. Het is de opeenstapeling van gebeurtenissen waar je op een gegeven moment vol door raakt. De ene keer doet het je niks en dezelfde gebeurtenis de keer daarop raakt je wel enorm. De stress wordt opgebouwd'. Uit de focusgroepen komt naar voren dat 'de reacties eromheen' – zowel van publiek als van andere hulpverleners – ertoe kunnen leiden dat een gebeurtenis als schokkend wordt ervaren.

Wat opvalt bij onderzoeken die op verschillende tijdstippen na een ramp PTSS hebben gemeten, is dat er bij het verstrijken van de tijd geen duidelijke aflopende trend is in het vóórkomen (prevalentie) van PTSS bij geüniformeerden. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat hulpverleners beroepsmatig regelmatig met stressvolle situaties en ernstige incidenten geconfronteerd (blijven) worden. Verscheidene onderzoeken hebben namelijk aangetoond dat bij hulpverleners door hun dagelijkse blootstelling aan stress PTSS meer voorkomt (1; 11; 14). Wetenschappelijke literatuur over de samenhang tussen chronische/cumulatieve werkstress enerzijds en potentieel schokkende gebeurtenissen anderzijds is niet gevonden. Wel is er wetenschappelijke onderbouwing voor dat een toename van het aantal life-events een toename van stress voorspelt (9).

Posttraumatische of in stand houdende factoren

Een aantal factoren dat bij de pretraumatische risicofactoren is besproken, zoals persoonlijke factoren en sociale steun, is ook van belang als posttraumatische factoren (46). Daarnaast verhoogt het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen in de periode na de gebeurtenis het risico op het krijgen van PTSS. Het ontstaan van een Acute Stress Stoornis (ASS) of depressie lijkt de kans op het ontwikkelen van PTSS te verhogen, maar de diagnose ASS in de eerste maand na een potentieel schokkende gebeurtenis is geen eenduidige voorspeller van problematiek op de langere termijn, zoals PTSS.

Maatschappelijke aandacht kan zowel in positieve als negatieve zin een rol spelen in het psychisch welbevinden van een bij een schokkende gebeurtenis betrokken hulpverlener. Uit onderzoek naar de Bijlmer-

en Herculesramp blijkt dat de media een grote impact kunnen hebben op het ontwikkelen van psychische problematiek bij hulpverleners (84; 85; 92). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om negatieve kritieken over (vermeende) vrijgekomen giftige stoffen, (veronderstelde) foutieve handelingen van bij de ramp betrokken personen of organisaties, (niet genomen) maatregelen die de ramp hadden kunnen voorkomen, of (suggesties over) pogingen van de betrokken organisaties om de ware toedracht te verdoezelen. Deze negatieve kritieken kunnen ook jaren later nog zeer belastend zijn. Huizink et al. (45) wijten de aanwezigheid van psychische problematiek 8,5 jaar na de Bijlmervliegramp deels aan de onzekerheid over mogelijke blootstelling aan toxische stoffen en lange maatschappelijke en medianasleep van deze ramp.

Ook uit interviews met experts en focusgroeps gesprekken blijkt vaak de enorme impact die maatschappelijke aandacht en publiciteit in de media hebben op het al dan niet goed verwerken van een schokkende gebeurtenis. De aard van de kritiek speelt hier een belangrijke rol. Negatieve kritiek kan negatieve gevolgen hebben voor de verwerking. Positieve maatschappelijke aandacht echter wordt onderkend als belangrijke factor bij het positief beïnvloeden van de verwerking. Op dit moment ervaren geüniformeerden dat de maatschappelijke aandacht voor en berichtgeving over hun optreden overwegend negatief is. Het betreft vaak zaken die mis zijn gegaan in plaats van goed. Een veel genoemd voorbeeld is de politieagent die zijn wapen gebruikt en vervolgens wordt blootgesteld aan allerlei negatieve berichtgeving en onderzoeken. Ervaren wordt dat dit bijvoorbeeld in tegenstelling is met een land als de Verenigde Staten, waar geüniformeerden eerder (juridisch) beschermd en maatschappelijk op een voetstuk geplaatst zouden worden. Ook bij Defensie zien geüniformeerden graag meer waardering na een uitzendingmissie. Defensie heeft mede om deze reden een communicatiedienst binnen de organisatie die zeer proactief opereert, in een poging een evenwichtige media-berichtgeving te bewerkstelligen. Ook deze dienst heeft echter geen directe invloed. Omgang met negatieve kritieken in de media kan ook een plaats krijgen in de nazorg aan hulpverleners, zoals is gebeurd bij de nabesprekingen tijdens de opvang na de Schipholbrand (46). Daarnaast is het zo dat voor direct belanghebbenden of voor een rechtspersoon die opkomt voor het in geding zijnde belang, het in beginsel mogelijk is om een klacht in te dienen bij de Raad voor de Journalistiek. Deze Raad oordeelt of met de journalistieke gedragingen grenzen zijn overschreden van wat maatschappelijk aanvaardbaar is, gelet op de eisen van journalistieke verantwoordelijkheid.

Dirkzwager et al. (20) tonen in prognostisch onderzoek aan dat vroege aandacht voor psychische klachten voor de potentieel schokkende gebeurtenis van invloed kan zijn op lichamelijke klachten na een ramp. Van overlevenden van rampen is het patiëntendossier van het jaar voorafgaand aan de ramp bekeken en mensen die al psychische klachten hadden, ondervonden meer klachten na de ramp. Naast psychische problemen zijn er ook andere factoren die een risicofactor kunnen zijn voor symptomen na een ramp; bijvoorbeeld de mate van blootstelling aan de ramp en gevolgen als financieel verlies, gedwongen verhuizing en verwondingen. Als vroeg na de ramp aandacht geschonken wordt aan deze mensen, kan de gezondheid op de lange termijn verbeteren.

Er is enig onderzoek uitgevoerd naar de invloed van fysiek letsel en het omgaan met schokkende gebeurtenissen. Hoge et al. (43) vonden dat een jaar na uitzending bij Irakveteranen 16,6% aan PTSS-criteria voldeed, en dat dit significant gerelateerd was aan een lagere score op fysieke gezondheid. Koren et al. (52) beschrijven in een literatuuroverzicht de literatuur over de relatie tussen fysieke aandoeningen en de gevolgen voor potentieel schokkende gebeurtenissen. Zo bleek uit een matched-control-studie voor soldaten in dezelfde gevechtssituaties die wel (n=60) en niet gewond waren (n=40), dat fysiek letsel een aanzienlijke risicofactor is op het krijgen van PTSS (53). Ook een studie van MacGregor (57) laat zien dat bij fysiek letsel gerelateerd aan

de gevechtssituaties, mentale problemen groter zijn dan ander fysiek letsel. In de focusgroepen melden de ervaringsdeskundigen dat fysieke verwondingen – zowel bij zichzelf als bij collega's – achteraf tot nachtmerries of schuldgevoelens kunnen leiden.

Uit een recente literatuurstudie van Nieuwenhuijsen et al. (65) kwamen voor overspanning en/of burn-out meerdere risicofactoren naar voren, zoals hoge psychologische taakeisen (hoge tijdsdruk, hoog werktempo, moeilijk en geestelijk inspannend werk); weinig sturingsmogelijkheden; weinig sociale steun van collega's of leidinggevende; procedurele onrechtvaardigheid binnen de organisatie; relationele onrechtvaardigheid (daarbij gaat het vooral over de relatie met leidinggevend, bijvoorbeeld of deze onpartijdig is); en hoge inspanning gepaard met lage beloning (beloning gaat behalve over salaris ook over waardering en ontwikkelingsmogelijkheden). Ook met betrekking tot hoge emotionele taakeisen (emotioneel zwaar werk of werk dat een sterke persoonlijke betrokkenheid vraagt) werden aanwijzingen gevonden voor een relatie met overspanning en/of burn-out.

Met betrekking tot voorspellende factoren in het ontstaan van chronische werkstress verrichten Dowden et al. (22) een meta-analyse bij gevangenisbewaarders waarin twintig studies werden betrokken. De sterkste voorspellende relaties werden gevonden met werkgerelateerde attitudes (o.a. deelname aan besluitvorming, werktevredenheid, toewijding) en werkspecifieke problemen (o.a. de waargenomen onveiligheid en rolverschillen).

Beschermende factoren

Werk in de breedste zin van het woord heeft diverse aspecten die werknemers en dus ook geüniformeerden kunnen beschermen tegen nadelige gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen. Waar mentale gezondheid van werknemers leidt tot betere en langdurige arbeidsprestaties, geldt omgekeerd dat werk belangrijk is voor de bevordering van mentale 'veerkracht'. Werk biedt namelijk uitdagingen, structuur, sociale contacten en een goede verbinding met de maatschappij. Tegenwoordig is er steeds meer aandacht voor 'goed werkgeverschap', dat de werktevredenheid en mentale veerkracht kan vergroten van werknemers en zo dus de kans op negatieve consequenties van schokkende gebeurtenissen verkleint (86). Kenmerken van een duurzaam positieve organisatie zijn: werk zo veel mogelijk zelf kunnen organiseren (regelmogelijkheden); ontwikkelingsmogelijkheden voor het benutten van persoonlijke vaardigheden (feedback); een maatschappelijk aansprekende missie; werken in een team (sociale steun); en inspirerend en dienend leiderschap dat medewerkers via feedback ondersteunt (95). Er zijn aanwijzingen dat werk door kenmerken als structuur, activering in sociale rollen en sociale steun een gunstige rol kan spelen in het voorkomen van depressies en op het zelfbeeld bij werknemers met een depressie (72). Uit het onderzoek na de Herculesramp bleek dat diverse aspecten van personeelszorg een gunstige samenhang vertoonden met de psychische gezondheid. Ernstige angstgevoelens, vijandigheidgevoelens, verwerkingsklachten en slaapproblemen kwamen significant minder voor bij reddingswerkers die a) erkenning, b) een plaats om het verhaal te vertellen, c) nazorg en opvanggesprekken, en d) informatie over de handelwijze van andere betrokken partijen wilden en hebben gehad, dan bij reddingswerkers die deze steun ook wilden maar niet hebben gekregen (46).

Training is een factor om de negatieve psychologische gevolgen bij hulpverleners te reduceren of te voorkomen (2; 46; 56). Dit kan bijvoorbeeld gelden in verband met de omgang met agressie. Agressie richting geüniformeerden lijkt toe te nemen en krijgt momenteel veel aandacht in de media. Een literatuurstudie van Richter et al. (74) geeft aan dat training in de omgang met agressie bij personeel binnen de mental health and disability care de kennis over het omgaan met geweld en het vertrouwen in het eigen kunnen op dat gebied versterkt. Ook in de leergang Master of Crisis and Disaster Management⁵ van het Nederlands Instituut Fysieke

⁵ MCDM, sinds januari 2010 vervangen door de leergang Master of Crisis and Public Order Management (MCPM), uitgevoerd door het NIFV en de Politieacademie.

Veiligheid Nibra (NIFV) in Arnhem en de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) in Den Haag (46) wordt gesteld dat de omgang met agressie en geweld een steeds grotere rol speelt in de opleiding en het werkveld.

Bij de politie is in januari 2010 het Protocol Geweld Tegen Politie Ambtenaren (Protocol GTPA) vastgesteld. Korpsen worden geacht hun interne processen af te stemmen op dit protocol en conform te handelen. Door middel van dit protocol wordt voldaan aan de bepalingen van artikel 3 van de Arbeidsomstandighedenwet (het als werkgever hebben van beleid inzake agressie en geweld tegen medewerkers). Borging van het Protocol GTPA wordt gerealiseerd door het onder te brengen in de inmiddels van kracht zijnde Arbocatalogus sector Politie (thema Fysieke veiligheid).

Conclusies

Niveau 1 Langdurige of herhaalde blootstelling aan potentieel schokkende gebeurtenissen vergroot het risico op het optreden van traumagerelateerde klachten, ook bij hulpverleners.

D ACPMH 2007; Impact 2007

Niveau 3 Er is sprake van een positieve relatie tussen fysiek letsel gerelateerd aan de potentieel schokkende gebeurtenis en de uiteindelijke psychosociale impact bij geüniformeerden.

B MacGregor et al. 2009; Koren et al. 2006, 2005; Hoge et al. 2007

Niveau 1 In risicoverhogende en beschermende factoren (binnen de algemene bevolking) kan een onderscheid worden gemaakt tussen pretraumafactoren (eerdere traumatisering, eerdere psychopathologie, neuroticisme), peritraumafactoren (ernst van het trauma) en posttraumafactoren (sociale steun en verdere stress). Ook interpretatie, betekenisgeving en attributie worden herhaaldelijk gevonden als belangrijke predictoren. Dit zijn predictoren voor PTSS, maar eerdere traumatisering, betekenisgeving en verdere stress gelden ook voor depressie.

A1 Ozer et al. 2003; Brewin et al. 2000

D Ehlers et al. 2000

Niveau 4 Maatschappelijke erkenning is van belang voor geüniformeerden. Het kan de verwerking van schokkende gebeurtenissen positief beïnvloeden.

D Mening deskundigen

Niveau 4 Kritiek op het handelen van geüniformeerden kan van veel kanten komen: collega's en leidinggevenden, maar ook recherche en inspectie, publiek en media. In combinatie met persoonlijke schuldgevoelens kan negatieve berichtgeving in de media en/of andersoortige kritiek van buiten de verwerking van schokkende gebeurtenissen negatief beïnvloeden.

D Mening deskundigen

Niveau 4 Trainingen in omgang met agressie hebben een positief effect op de kennis, omgang en het zelfvertrouwen op dit terrein voor de geüniformeerde.

C Richter et al. 2006

Niveau 1 Organisatorische en werkgerelateerde risicofactoren voor verminderde psychische gezondheid op het werk zijn werkdruk, emotioneel zwaar werk, en procedurele en relationele onrechtvaardigheid binnen de organisatie. De beschermende werking van 'goed werkgeverschap' bestaat vooral uit een aansprekende missie, regel- en ontwikkelmogelijkheden, sociale steun, feedback en waardering via teamwerk en inspirerend en dienend leiderschap, die bij kunnen dragen aan mentale veerkracht van medewerkers.

A1 Dowden et al. 2004; NCvB 2009

D SER 2009; Walburg 2008; Rebergen et al. 2008

Niveau 3 Ernstige angstgevoelens, vijandigheidgevoelens, verwerkingsklachten en slaapproblemen komen significant minder voor bij reddingswerkers die

a erkenning;

b een plaats om het verhaal te vertellen;

c nazorg en opvanggesprekken; en

d informatie over de handelwijze van andere betrokken partijen

wilden en hebben gehad, dan bij reddingswerkers die deze steun ook wilden maar niet hebben gekregen.

C Impact 2008

Overige overwegingen

- Organisaties moeten alert zijn op risicofactoren die het niet-verwerken van een schokkende gebeurtenis in stand houden.
- Langdurige en/of herhaalde blootstelling zijn de belangrijkste factoren ter verklaring van het ontstaan van traumagerelateerde klachten.
- Chronische werkstress als zodanig is geen incident of gebeurtenis in de zin van bovenstaande omschrijvingen, en valt buiten het kader van deze richtlijn. De projectgroep erkent chronische werkstress wel als factor, en acht het van belang dat de organisatie daar aandacht aan besteedt. De projectgroep is het er daarbij over eens dat de grens erg onduidelijk is. Men is ervan op de hoogte dat elke potentieel schokkende gebeurtenis de kans op PTSS vergroot. Het is een multicausaal principe, waarbij ook nog eens factoren uit het privéleven van geüniformeerden meespelen.
- Fysiek letsel kan behalve als een factor in het ontwikkelen van klachten gezien worden als een indicator voor de mate van de ernst van de dreiging. Fysiek letsel zorgt ervoor dat de aandacht voor herstel zich allereerst op het lichamelijke richt, waardoor een verlate psychologische reactie te verwachten is. Fysiek letsel leidt tot verminderd functioneren, waardoor mensen thuiszitten of een kantoorbaan toegewezen krijgen. Ook dit is in de praktijk zeker van invloed op de psychologische impact.
- Fysiek letsel is van invloed op de psychosociale impact van een gebeurtenis. Het is van belang dat werkgevers en betrokken professionals zich hiervan bewust zijn en hier rekening mee houden.

- De projectgroep vindt dat agressie richting geüniformeerden valt onder de definitie van schokkende gebeurtenis zoals beschreven in 2.2.1. In dit verband stelt de projectgroep vast dat erkenning en waardering erg belangrijk zijn voor geüniformeerden. Ook ziet de projectgroep als bijkomend effect van het aanbieden van agressietrainingen door de organisatie dat geüniformeerden zich goed kunnen voorbereiden, en zich serieus genomen voelen door de werkgever.
- De projectgroep stelt vast dat de schuldvraag bij het werk als geüniformeerde erg belangrijk is. Het kan hierbij zowel gaan over een negatieve beoordeling, of zelfs strafrechtelijke vervolging als gevolg van het eigen handelen, als over eigen schuldgevoelens over de afloop (twijfels of er 'niet meer gedaan had kunnen worden').
- De projectgroep benadrukt het belang van goed werkgeverschap, waarbij vooral procedurele en relationele onrechtvaardigheid moeilijke punten zijn. Het is aan de werkgever om ervoor te zorgen dat de werknemer goed kan functioneren.
- De projectgroep benadrukt dat predisponerende factoren – die bepalend zijn voor verschillen tussen mensen in kwetsbaarheid na een schokkende gebeurtenis – niet alleen in verband met PTSS moeten worden gebracht. Goed werkgeverschap in relatie tot mentale gezondheid van werknemers wordt ook belangrijk geacht.
- De projectgroep wijst op de invloed van collectieve stress, waarbij een organisatie als geheel onder druk komt te staan (bijvoorbeeld na de rellen in Hoek van Holland, 2009). Deze invloed kan doorwerken in de individuele psychosociale impact. Niet alleen in de media, maar ook binnen de eigen organisatie kan een geüniformeerde negatieve reacties krijgen over de manier van handelen.
- De projectgroep stelt vast dat mediaberichtgeving door organisaties moeilijk (of niet) te sturen is. Het kunnen relativeren van berichtgeving is van belang.

Aanbevelingen

3

Algemene risicoverhogende en beschermende factoren voor het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis zijn (binnen de algemene bevolking):

pretraumafactoren

- *eerdere traumatisering*
- *eerdere psychopathologie*
- *neuroticisme*

peritraumafactoren

- *ernst van het trauma*

posttraumafactoren

- *sociale steun*
- *verdere stress*

De projectgroep raadt voorts aan alert te zijn op situaties waarin geüniformeerden niet praten over het doorgemaakte trauma, specifieke taken en werkzaamheden vermijden of vormen van afleiding zoeken die nadelig zijn voor de persoon of zijn of haar sociale context (bijvoorbeeld middelengebruik).

-
- 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 ontwikkel-mogelijkheden, sociale steun, feedback en waardering via teamwerk en inspirerend en dienend leiderschap. Tevens is er aandacht voor het verminderen van risico-factoren, zoals werkdruk, emotioneel zwaar werk, en procedurele en relationele on-rechtvaardigheid binnen de organisatie.
-
- 5** Naast bovengenoemde algemene factoren, die ook voor geüniformeerden gelden, benadrukt de projectgroep het belang van het bieden van sociale steun aan geüni-formeerden. Daarbij dient speciaal aandacht te worden gegeven aan:
- a** erkenning;
 - b** de mogelijkheid het verhaal te vertellen;
 - c** nazorg en opvanggesprekken; en
 - d** informatie over de handelwijze van andere betrokken partijen.
- Tevens dient de geüniformeerde zo goed mogelijk te worden beschermd – o.a. door middel van voorlichting en voorbereiding – voor eventuele (negatieve) reacties uit de omgeving en vervolgonderzoeken, evenals agressie.
-
- 6** De projectgroep raadt nader onderzoek aan naar risicoverhogende en met name beschermende factoren, opdat dit geüniformeerde organisaties in staat stelt maat-regelen te nemen ter voorkoming van latere verwerkingsproblemen.
-
- 7** De projectgroep beveelt aan er rekening mee te houden dat fysiek letsel, ontstaan bij een potentieel schokkende gebeurtenis, de uiteindelijke psychosociale impact bij geüniformeerden kan vergroten.
-
- 8** Mediaberichtgeving (met name negatieve berichtgeving) verdient een plek in de na-zorg 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.
-
- 9** De projectgroep raadt aan (reeds bestaande) protocollen voor omgang met agressie te hanteren, voor zover dit binnen de organisatie van toepassing is.
-

2.4 Verantwoordelijkheid voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden

In deze paragraaf wordt de verantwoordelijkheid voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden onder de loep genomen. Als eerste is daarbij de relevante wetgeving van belang, maar ook komt de vraag aan de orde bij wie binnen de organisatie de verantwoordelijkheid ligt voor kwalitatieve zorg voor geüniformeerden na schokkende gebeurtenissen. Op grond van literatuur en gesprekken (interviews en focusgroepen) wordt de vraag beantwoord of schokkende gebeurtenissen kunnen worden beschouwd als beroepsziekten. Dit zou dan consequenties hebben voor de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van deze schokkende gebeurtenissen en mogelijke juridische en/of financiële gevolgen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Wetgeving

Er bestaat op dit moment op verschillende terreinen wetgeving over wie de verantwoordelijkheid heeft voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden. De wet- en regelgeving die van belang zijn voor de richtlijn betreffen:

- de Wet publieke gezondheid;⁶
- de Arbeidsomstandighedenwet;
- de Ziektewet;
- de Wet veiligheidsregio's (per 1 oktober 2010 in werking getreden).

Deze wetgeving wordt in bijlage 3 kort besproken.

Verantwoordelijkheid voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden

In de wetgeving wordt niet specifiek gerefereerd aan psychosociale nazorg voor geüniformeerden. Volgens de Arbowet zijn alle organisaties als werkgever verplicht psychosociale preventie, opvang en behandeling te verlenen aan de werknemer. In navolging van deze wet is binnen hulpverleningsorganisaties vaak al enige vorm van opvang ingericht, vaak in de vorm van georganiseerde collegiale ondersteuning. Daarnaast moeten werkgevers het personeel de gelegenheid bieden zich vrijwillig arbeidsgezondheidskundig te laten onderzoeken om zodoende risico's te voorkomen of te beperken. Op grond van het Besluit Algemene Rechtspositie Politie (BARP) kan een ambtenaar van politie worden verplicht om ingevolge artikel 50:1 een arbeidsgezondheidskundig onderzoek te ondergaan als er twijfel bestaat aan de gezondheidstoestand en/of het verrichten van de werkzaamheden wel kan worden voortgezet in het kader van herstel. Bij (gemeente)ambtenaren is een dergelijke verplichting aanwezig op grond van rechtspositieregelingen in de zin van de artikelen 7:2:4 en 7:2:5 e.v. van de CAR/UWO. De Arbowet geldt ook voor vrijwilligers die arbeid verrichten waaraan bijzondere gevaren voor de veiligheid of de gezondheid zijn verbonden.

De Ziektewet (ook wel bekend als Wet tot regeling der arbeiders-ziekteverzekering) verplicht overheids-personeel – waaronder ook geüniformeerden kunnen vallen – een geneeskundig onderzoek te ondergaan wanneer zij aanspraak willen maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Indien zij dit weigeren, vervalt hun aanspraak op deze uitkering. Ook wanneer werknemers – in algemene zin – verzuimen zich tijdig geneeskundig te laten onderzoeken, kan hun uitkering geheel, gedeeltelijk, permanent of tijdelijk worden stopgezet. Deze wet is niet van toepassing op vrijwilligers.

⁶ De Wet collectieve preventie volksgezondheid van 1990 is per 1-12-2008 komen te vervallen en is nu opgenomen in de Wet publieke gezondheid van 2008.

Box 2b. Voorbeelden uit de praktijk: eindverantwoordelijkheid preventie, opvang, behandeling geüniformeerden binnen organisatie**KLDP**

Het Bedrijfsopvang Team (BOT) wordt aangestuurd door een (plaatsvervangend) diensthoofd (hij is voorzitter van de stuurgroep BOT), die verantwoording aflegt aan de korpschef, en zich laat bijstaan door de stuurgroep. Professionele begeleiding van het BOT vindt plaats door het bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW). De primaire verantwoordelijkheid van de bedrijfsopvang ligt bij het lijnmanagement. Dat is er verantwoordelijk voor dat het personeel na een ingrijpende gebeurtenis onder goede omstandigheden en op adequate wijze wordt opgevangen. De leidinggevende draagt er verantwoording voor dat BOT'ers ingeschakeld en/of geüniformeerd worden na elk top-10-incident, zodat BOT'ers binnen 72 uur opvanggesprekken kunnen aanbieden. Coördinatoren/teamleiders fungeren als intermediair tussen de formeel leidinggevende en de BOT'er en zijn lid van de stuurgroep BOT. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de operationalisering van de afgesproken procesinrichting.

Brandweer

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 korps kan dat verschillen. Degene met budget is verantwoordelijk, dat is bij de brandweer het hoofd brandweezorg/commandant. Met deze organisatorische inbedding is een hiërarchische lijn, inclusief verantwoordelijkheid, gegarandeerd.

Ambulance

Coördinatoren van collegiale opvang dragen zorg voor de beschikbaarheid en kwaliteit van het bedrijfsopvangteam (BOT). Een leidinggevende – dit kan een operationeel leidinggevende maar ook een echelon hoger zijn – is functioneel verantwoordelijk; de directie is eindverantwoordelijk. P&O heeft veelal een ondersteunende rol. De inschakeling van het BOT gebeurt via de meldkamer of OvdG aan de hand van inzetcriteria. Het BOT wordt vaak professioneel begeleid door een specialist van een arbodienst of anderszins; intervisie en deskundigheidsbevordering vinden ook op deze wijze plaats.

Defensie/Koninklijke Marechaussee

Binnen Defensie is de commandant verantwoordelijk, met ondersteuning van het SMT (Sociaal Medisch Team). Binnen de Koninklijke Marechaussee is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid wat betreft collegiale ondersteuning. De districtscommandant is functioneel verantwoordelijk en het kernteam collegiale ondersteuning is inhoudelijk verantwoordelijk.

Preventiebeleid in arbeidsorganisaties omvat in de visie van de Sociaal economische raad (86) alle vormen van bedrijfsbeleid die de gezondheid en daarmee de inzetbaarheid van werknemers bewaken en bevorderen. Dat zijn: work ability (het fysieke, psychische en sociale arbeidsvermogen), employability (het vermogen om productief en belonend werk te vinden) en vitality (energie en motivatie). Preventiebeleid omvat in het verlengde daarvan gezondheidsmanagement (Arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid) dat mede onderdelen van HRM-beleid en van leefstijlbeleid kan bevatten. Er is de laatste tijd steeds meer aandacht voor preventie

met als uitgangspunt een beweging te maken van 'nazorg' richting 'voorzorg'. De SER pleit in haar rapport voor meer aandacht voor 'goed werkgeverschap' om duurzame inzetbaarheid en productie van medewerkers te bevorderen. Daarnaast wordt meer aandacht bepleit voor aandacht in de reguliere gezondheidszorg voor de factor arbeid.

Uit de focusgroeps gesprekken kwam naar voren dat de eindverantwoordelijkheid voor (de kwaliteit van) psychosociale preventie, opvang en behandeling van geüniformeerden, en de rol vanuit de organisatie rondom deze zorg niet altijd duidelijk zijn. Allen geven aan dat de eindverantwoordelijkheid bij de organisatie ligt, maar wie dat dan precies is binnen de organisatie blijft vaak onduidelijk. In box 2b is weergegeven hoe dit momenteel geregeld is binnen de verschillende organisaties, op grond van interviews met betrokkenen.

Beroepsziekten

Pak et al. (68) inventariseerden de fysieke en mentale gevolgen na de aanslagen in New York van september 2001. Zij wijzen erop dat symptomen soms pas na langere tijd (jaren) zich kunnen manifesteren, wat gevolgen kan hebben voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het artikel vraagt aandacht voor het aspect 'beroepsziekte', dat van belang is voor de richtlijn. Nederland kent in tegenstelling tot vele andere landen geen uitkeringsysteem waarbij arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (workers compensation) afhangen van of de oorzaak werkgerelateerd is of niet. In andere landen bepaalt dit bijvoorbeeld of de werkgever aansprakelijk kan worden gesteld en of de werkgever dan de arbeidsongeschiktheidsuitkering dient te vergoeden. In Nederland is dit minder relevant, omdat de werkgever momenteel in de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid zorgt voor een uitkering, of de reden nou wel of niet werkgerelateerd is. Na twee jaar arbeidsongeschiktheid wordt de uitkering zonder ditzelfde onderscheid betaald door de overheid. In Nederland geldt voor overheidsdienaren en mensen met een vergelijkbare rechtspositie wel een aanvulling op de wettelijke uitkering bij arbeidsongeschiktheid als deze in overwegende mate het gevolg is van het werk of de werkomstandigheden (46). Het mogelijk voorkomen bij een geüniformeerde van een beroepsziekte na het meemaken van een potentieel schokkende gebeurtenis, kan in Nederland dus ook van invloed zijn op de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het door de werkgever erkennen van PTSS als een beroepsziekte in juridische zin heeft consequenties voor de werknemer. Zo zal bij aanhoudend verzuim de wettelijke loonkorting niet worden toegepast en kunnen zorgkosten die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar op de werkgever verhaald worden.

Om gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen, is er voor alle werknemers in Nederland een wettelijk verplichte melding en registratie van beroepsziekten. Bedrijfsartsen moeten zich realiseren dat gezondheidsklachten bij geüniformeerden na een schokkende gebeurtenis kunnen wijzen op een beroepsziekte. Beroepsziekten moeten door de bedrijfsarts worden gemeld aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Melding en registratie van beroepsziekten heeft in Nederland een preventief doel. Jaarlijks publiceert het NCvB een signaleringsrapport, waarin trends in beroepsziekten worden weergegeven, en beleidsaanbevelingen worden geformuleerd voor de sociale partners en de overheid (www.ncvb.nl). Het onderscheid tussen beroepsziekte in medische zin en in juridische zin is hierbij van belang: het NCvB hanteert een bedrijfsgeneeskundige definitie van beroepsziekten. Deze is ruimer dan de in het buitenland gehanteerde definitie in het kader van de daar bestaande compensatieregelingen. Een beroepsziekte in medische zin, zoals gemeld bij het NCvB, is daarmee niet automatisch een beroepsziekte in juridische zin. Zo wordt bij een politieambtenaar PTSS alleen als een beroepsziekte in juridische zin erkend als aan twee voorwaarden wordt voldaan. Ten eerste moet de hoofdoorzaak liggen in de opgedragen werkzaamheden. Ten tweede moeten de opgedragen werkzaamheden een buitensporig karakter hebben ten opzichte van de normaal uitgevoerde werkzaamheden. Aange-

zien politiemensen in hun werk regelmatig geconfronteerd worden met schokkende gebeurtenissen, wordt nogal eens geredeneerd dat schokkende gebeurtenissen *part of the job* zijn en daarmee niet buitensporig.⁷

Volgens de beroepsziekteregistratierichtlijn Traumatische stressstoornis (64) lopen geüniformeerden een vergroot risico om beroepsgebonden traumatische stressstoornissen te ontwikkelen.⁸ Mogelijke risicofactoren staan beschreven in paragraaf 2.2. In de aangepaste registratierichtlijn Beroepsgebonden overspanning/burn-out⁹ worden risicofactoren beschreven die bij geüniformeerden bovengemiddeld aanwezig lijken te zijn, en dus het risico op beroepsgerelateerde stressgerelateerde aandoeningen vergroten (zie ook paragraaf 2.2). Psychische en psychiatrische stoornissen die bij geüniformeerden optreden na blootstelling aan schokkende gebeurtenissen kunnen – onder voorwaarden – als beroepsziekten worden beschouwd. Ter verificatie hiervan kan de bedrijfsarts het zogeheten vijfstappenplan hanteren:

- 1 stel ziekte of gezondheidsschade vast;
- 2 is er een relatie van de ziekte met het beroep of de arbeidsomstandigheden bekend?
- 3 stel de blootstelling of de belastende factoren vast;
- 4 stel de invloed van bijdragende factoren vast;
- 5 formuleer een conclusie: beroepsziekte/vermoede beroepsziekte/geen beroepsziekte.

Als blijkt dat het om een beroepsziekte gaat, dienen verdere stappen te worden ondernomen om de geüniformeerde bij te staan en te helpen. De consequentie kan zijn dat een geüniformeerde een andere functie krijgt binnen de organisatie.

Conclusies

Niveau 4 Er bestaat diverse wetgeving over wie wanneer verantwoordelijk is voor (de hulpverlening met betrekking tot) het psychisch welbevinden van geüniformeerden. Maar deze wetgeving doet geen uitspraak over de specifieke invulling van deze verantwoordelijkheid voor geüniformeerde organisaties.

D Mening deskundigen

Niveau 4 De eindverantwoordelijkheid voor (de kwaliteit van) psychosociale preventie, opvang en behandeling van geüniformeerden, en de invulling van de rol van de organisatie rondom deze zorg zijn momenteel niet eenduidig. De organisatie heeft hierin een eindverantwoordelijkheid.

D Mening deskundigen

Niveau 4 Het mogelijk voorkomen bij een geüniformeerde van een beroepsziekte (bijvoorbeeld als gevolg van PTSS) na een schokkende gebeurtenis, kan in Nederland van invloed zijn op de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

D Mening deskundigen

⁷ In maart 2009 heeft de politieregio Fryslân bekendgemaakt dat zij alle PTSS waarvan medisch is vastgesteld dat het om een werkgerelateerde PTSS gaat, als beroepsziekte in juridische zin zal erkennen (Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde: TBV 18/ nr. 2/ februari 2010).

⁸ <http://www.beroepsziekten.nl/datafiles/E001.pdf>, geraadpleegd juni 2010

⁹ <http://www.beroepsziekten.nl/content/aangepaste-registratierichtlijn-beroepsgebonden-overspanningburnout>, geraadpleegd juni 2010

Niveau 4 Psychische en psychiatrische stoornissen die bij geüniformeerden optreden na blootstelling aan schokkende gebeurtenissen kunnen - onder voorwaarden - als beroepsziekten worden beschouwd. Om hierop scherper zicht te krijgen kan men het vijfstappenplan beroepsziekte hanteren voor bedrijfsartsen. Als blijkt dat het om een beroepsziekte gaat, worden verdere stappen ondernomen om de geüniformeerde bij te staan en te helpen. Een consequentie kan zijn dat een geüniformeerde een andere functie krijgt binnen de organisatie.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- De projectgroep constateert dat er bij het werk als geüniformeerde een kans bestaat een beroepsziekte op te lopen. De richtlijn richt zich niet op de symptomen en/of registratie van beroepsziekten. De projectgroep constateert wel dat er een mogelijk knelpunt bestaat met betrekking tot het classificeren van traumagereleerde klachten als beroepsziekte. Hierdoor vallen sommige geüniformeerden tussen wal en schip met betrekking tot het krijgen van een uitkering. Soms heeft het gevolgen voor het verkrijgen van professionele hulp na het meemaken van een schokkende gebeurtenis tijdens de beroepsuitoefening.
- Hoewel er over PTSS veel bekend is, verschillen organisaties nog over hun houding inzake PTSS als beroepsziekte.
- Bij een beroepsziekte is het de taak van de organisatie te zorgen voor hulpverlening, zonodig ander werk, en het beperken van nadelige financiële gevolgen.
- De projectgroep is van mening dat de organisatie een verantwoordelijkheid heeft in het vermijden van risicofactoren voor het ontwikkelen van beroepsgebonden stressstoornissen na schokkende gebeurtenissen. Tevens is het van belang dat organisaties conditionele factoren faciliteren die negatieve gevolgen van schokkende gebeurtenissen op de psychische gezondheid van geüniformeerden verkleinen. De overheid dient de organisaties van geüniformeerden te ondersteunen in het creëren van goede arbeidsomstandigheden.
- De projectgroep adviseert dat bij elk incident gerapporteerd wordt welke geüniformeerden erbij betrokken waren. Als uit dit systeem blijkt dat een geüniformeerde in een korte tijd bij meerdere (heftige) incidenten betrokken is geweest, kan collegiale ondersteuning en/of een leidinggevende contact opnemen met deze medewerker.
- Kwaliteit(stoetsing) van collegiale ondersteuning en door de organisatie ingezette professionele zorg zou moeten vallen onder de verantwoordelijkheid van een centrale coördinator (zie ook paragraaf 4.4).
- Organisatorisch dient er verantwoordelijkheid genomen te worden. Het management van de organisatie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van ondersteuning die naar de medewerkers toe geboden wordt. Op welke niveaus dat uitgesplitst wordt, moeten organisaties zelf beslissen. Zij hebben het beste inzicht in hoe dat het best is te regelen. De richtlijn hoeft hierover geen uitspraken te doen. Wel dient het geregeld te zijn en transparant te worden vastgelegd.
- De richtlijn geldt voor de volle duur van het dienstverband van de geüniformeerde. De projectgroep vindt het belangrijk dat hierbij verantwoordelijkheden in psychosociale nazorg door organisaties worden overgenomen wanneer geüniformeerden voor een andere (geüniformeerde) organisatie gaan werken. Zo is in Zweden deelname aan follow-up-onderzoek verplicht, ook na het verlaten van de dienst. De projectgroep adviseert een exit-onderzoek van geüniformeerden ten bate van goede registratie, waarbij de betrokken organisaties de verantwoordelijkheid voor psychosociale nazorg op zich nemen.

Aanbevelingen

- 10** Hoewel de wetgever de werkgever verantwoordelijk stelt voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden, doet de meest recente wetgeving geen duidelijke uitspraak over de specifieke invulling daarvan. Het is voor de organisatie goed om na te gaan hoe verantwoordelijkheden zijn geregeld, en dat zonodig zelf vast te leggen. Aanbevolen wordt daarom dat iedere organisatie nagaat waar de verantwoordelijkheid voor de opvang van zijn medewerkers binnen de organisatie ligt en dit vastlegt.
-
- 11** De organisatie heeft een verantwoordelijkheid voor het continu aandacht besteden aan de bestaande risicofactoren voor het ontwikkelen van beroepsgebonden stressstoornissen na schokkende gebeurtenissen. Dit kan zij bijvoorbeeld doen door het psychosociale welzijn deel te laten uitmaken van een arbeidsgezondheidskundig onderzoek.
-
- 12** Organisaties dienen arbeidsomstandigheden te creëren die negatieve gevolgen van schokkende gebeurtenissen op de psychische gezondheid van hulpverleners verkleinen.
-



3 Preparatie: selectie, voorlichting en de rol van de organisatie

Dit hoofdstuk gaat in op de rol van een goede preparatie (selectie en voorlichting, paragraaf 3.1) op het omgaan van geüniformeerden met schokkende gebeurtenissen. In paragraaf 3.2 komen specifieke organisatiestrategieën aan de orde.

3.1 Selectie en voorlichting van geüniformeerden

Deze paragraaf gaat in op de vraag hoe organisaties de selectie van en voorlichting aan geüniformeerden het best kunnen vormgeven, met als doel ervoor te zorgen dat deze werknemers zo goed mogelijk kunnen omgaan met schokkende gebeurtenissen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Selectie van geüniformeerden

Barrett en collega's (5) voerden een meta-analyse uit om de bruikbaarheid (validiteit) vast te stellen van testen die gebruikt worden in de selectie van brandweermannen. Deze zijn gebaseerd op het meten van cognitieve en mechanische vaardigheden. De literatuur rond het gebruik van geschreven selectietesten werd gereviewed voor 13.418 individuen, uit 101 studies uitgevoerd in de voorgaande twee jaren. De auteurs concludeerden dat cognitieve testen bruikbaar zijn in het voorspellen van arbeids- en opleidingsprestaties, om zo vast te stellen of men geschikt is voor het beroep van brandweerman.

Meta-analyses over persoonlijkheidsmaten, gestructureerde interviews en biografische vragenlijsten laten zien dat persoonsvariabelen goede voorspellers zijn van verloop in opleiding en banen. Echter, zes studies bij Defensie (tussen 1995 en 2007) laten zien dat er voor de groep geselecteerde kandidaten over het algemeen geen betekenisvolle relaties zijn tussen de in de selectiesituatie gemeten persoonsvariabelen en verloop (66).

Met betrekking tot selectiemethoden voor het omgaan met psychisch belastende situaties is er een gebrek aan onderzoek. Heslegrave en Colvin (41) stellen vast dat er een tekort is aan onderzochte selectie-instrumenten voor omgang met stress; zij bevelen vervolgonderzoek aan. Ook Wessely (97) vond geen studies met positieve effecten voor screenen op psychologische kwetsbaarheid in zijn literatuuroverzicht. Op grond van dit gebrek aan bewijs raadt de auteur het gebruik daarvan dan ook af.

Jones en collega's (49) beschrijven in een uitgebreid literatuuronderzoek de pogingen van de militaire autoriteiten sinds de Eerste Wereldoorlog om personeel te screenen op kwetsbaarheid (vulnerability) voor psychische stoornissen. Follow-up-onderzoeken toonden aan dat het niet gelukt is om met screeningsprogram-

ma's de incidentie van psychische stoornissen omlaag te krijgen. Experimenten met screeningsmethoden gericht op psychiatrische kwetsbaarheid hebben geen overtuigende resultaten opgeleverd in de naoorlogse periode. Ook volgens deze auteurs is er tot op heden dus geen instrument beschikbaar waarmee men psychologische kwetsbaarheid nauwkeurig kan vaststellen. Er zijn wel aanwijzingen dat psychologische monitoring van nut kan zijn indien deze wordt toegepast op militairen die aan stress zijn blootgesteld.

Rona en collega's (76) deden een follow-up-studie bij een kleine 3000 personen van Leger, Marine en Luchtmacht, die in 2003 werden ingezet in de oorlog in Irak en van tevoren een vragenlijst hadden ingevuld met betrekking tot veelvoorkomende psychische stoornissen. De auteurs toonden aan dat de screening in dit cohort het vóórkomen van PTSS niet heeft kunnen verlagen.

Een aanbeveling uit Feiten en fictie (46) was dat bij elke hulpverlener voldoende selectie/screening zou moeten plaatsvinden op basis van psychische problematiek in de voorgeschiedenis, persoonlijke karakteristieken etc., zodat personen worden aangenomen die beschikken over voldoende veerkracht. Hoewel dit overeenkomt met de uitgangspunten en risicofactoren uit hoofdstuk 2, zijn er geen voldoende onderzochte instrumenten beschikbaar om een dergelijke screening uit te voeren.

Voorlichting van geüniformeerden

Deahl et al. (17) voerden een niet-gecontroleerd onderzoek uit bij Britse soldaten die deelnamen aan een vredesmissie in het voormalige Joegoslavië. Vóór uitzending kregen alle soldaten een operational stress training package. Deze voorlichting bestond uit selectie, voorbereiding en opleiding van soldaten, psychologische vaardigheden n.a.v. een traumatische gebeurtenis en, zonodig, behandeling van PTSS. Na de missie werden zeer lage frequenties van PTSS en van andere psychopathologie gevonden.

Cigrang et al. (13) onderzochten een stressmanagementtraining bij 178 militairen-in-opleiding, die na een psychische evaluatie risico liepen op uitval van de opleiding. Deze gerandomiseerde trial van Cigrang liet geen effecten zien op slagingspercentages na deze stressmanagementtraining, vergeleken met controle-conditie.

Williams et al. (100) voerden een gerandomiseerde trial uit bij 801 mariniers-in-opleiding, waarbij kandidaten 'at risk voor depressie' negen weken een stressmanagementtraining volgden. Deze training ging in op interventies rondom stress, depressie, situatiespecifieke gebeurtenissen, en interpersoonlijke factoren. De training bleek effectief in het verbeteren van functioneren, coping, ontvangen van sociale support en groepscohesie. Het leidde tot een vermindering van psychische klachten. Een latere studie (99) toont aan dat deze aanpak binnen het Strategies to Assist Navy Recruits' Success-project ook kosten kan besparen van naar schatting \$ 18,6 miljoen, bij gemiddelde kosten van de interventie van \$ 1,5 miljoen per jaar.

Conclusies

Niveau 2 Er is evidentie dat door middel van selectie op cognitieve vaardigheden van nieuwe medewerkers bij geüniformeerde diensten (brandweer, Defensie) de arbeidsprestaties verbeterd kunnen worden.

A2 Baret et al. 1999

D Rapport Nijenhuis, ministerie van Defensie 2009

Niveau 4 Er is evidentie dat door middel van weldoordachte selectie – onder andere door middel van een intelligentietest en persoonlijkheidskenmerkentest – het verloop van Defensiepersoneel verminderd kan worden.

D Rapport Nijenhuis, ministerie van Defensie 2009

Niveau 3 Er is onvoldoende evidentie om screening vooraf – met als doel het verminderen van de incidentie van psychische klachten – aan te bevelen onder geüniformeerden. Er is geen instrument waarmee de potentiële aanleg voor het ontstaan van deze klachten voldoende nauwkeurig vast is te stellen.

B Rona et al. 2006

D Jones et al. 2003; Wessely 2005; Heslegrave et al. 1998

Niveau 2 Er is onvoldoende eenduidig bewijs voor de effectiviteit van stressmanagementtraining aan geüniformeerden, met als doel het verminderen van de incidentie van psychische en psychiatrische stoornissen na blootstelling aan schokkende gebeurtenissen.

A2 Cigrang et al. 2000; Williams et al. 2004

B Cigrang et al. 2003; Williams et al. 2007

C Deahl et al. 2000

Overige overwegingen

- 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).
- Selectie is onmisbaar, alleen al omdat er anders geen informatie beschikbaar zou zijn over de achtergrond van de kandidaten. Zonder selectie zou er in de opleiding een toename zijn van mensen met onverwerkte trauma's (bijvoorbeeld negatieve seksuele ervaringen of mensen met drugsproblemen). Selectie kan plaatsvinden door onder andere een weldoordacht gebruik van intelligentietesten. De GATB (General Aptitude Test Battery) voldoet aan de eisen die aan de selectie gesteld worden. Ook dienen mensen toegelaten te worden die niet voldoen aan de vereiste diploma's, maar verder wel geschikt blijken. Dit kan geschieden zonder dat de kwaliteit van de prestaties in de opleiding verlaagd wordt (70).
- Alle diensten hebben momenteel een selectieprocedure/toelatingstest in gebruik, bijvoorbeeld in het Besluit Brandweerpersoneel.¹⁰ Hierin zit altijd een medisch deel en een psychologisch deel. Dit psychologische deel bestaat nu minimaal uit een test voor stressbestendigheid.
- De mogelijkheid geconfronteerd te worden met schokkende gebeurtenissen zou wel in de selectieprocedure (kort) onder de aandacht moeten worden gebracht.
- De projectgroep meent dat cognitieve en persoonlijkheidstesten slechts beperkt te koppelen zijn aan werkelijke arbeidsprestaties; hier zijn vele andere factoren op van invloed.
- Selectieprocedures bij aanstelling of tijdens een dienstverband kunnen minder effectief zijn door sociaal wenselijk gedrag. Mensen zullen aanwezige klachten en psychiatrische aandoeningen onbesproken laten om een baan te verkrijgen (of te behouden).
- Het lijkt de projectgroep niet zinvol specifieke selectie-instrumenten te benoemen.

¹⁰ Besluit Brandweerpersoneel (1991). Dit besluit is per 1-10-2010 vervangen door het Besluit personeel Veiligheidsregio's. Bron: <http://wetten.overheid.nl>, geraadpleegd 15 november 2010.

- Gezien het lage percentage medewerkers dat mogelijk klachten ontwikkelt na een schokkende gebeurtenis en aangezien cognitieve testen hier weinig sensitief voor zijn, ziet de projectgroep geen reden cognitieve testen met als doel het verminderen van klachten na een potentieel schokkende gebeurtenis aan te bevelen.
- Het (weinig) onderzoek heeft zich exclusief met geüniformeerden beziggehouden. Onderzoek naar screeningsinstrumenten zou zich in het geval van collegiale ondersteuning ook moeten richten op mogelijke secundaire traumatisering.
- In de literatuur wordt veelal over PTSS en psychische uitkomstmaten gesproken, men kan ook 'slechts' verminderde arbeidsprestaties leveren, dit is ook een belangrijke uitkomstmaat.
- De projectgroep benadrukt het verschil tussen preventie en preparatie. Alleen dit laatste – preparatie in de vorm van voldoende voorlichting – is onderdeel van deze richtlijn.
- In nascholingstrajecten dient structureel aandacht gegeven te worden aan stressmanagement en het herkennen van klachten. Speciale aandacht zou er kunnen zijn voor medewerkers die niet altijd in hun opleiding informatie over stressgerelateerde klachten en de preventie ervan hebben meegekregen (46).
- De voorlichting moet voldoende aansluiten bij de omstandigheden en werkzaamheden bij rampen. Multidisciplinaire oefeningen tussen verschillende geüniformeerde diensten spelen hierbij een cruciale rol, omdat zij vaak nauw samen moeten werken (46). Ook uit de focusgroepen komt het belang naar voren van een goede training en voorbereiding van geüniformeerden op het werk in 'het veld'. Voorsnog gebeurt dit vooral theoretisch, 'op papier', en weinig echt lijfelijk. Hier blijkt een behoefte aan het opdoen van meer praktijkervaring tijdens de opleiding. De focusgroepen menen dat dit zeer effectief kan werken. Het voorbeeld werd gegeven dat de training wel ingaat op de technische werking van een wapen, maar dat daarmee niets geleerd is over het daadwerkelijk gebruiken ervan.
- Iets dergelijks geldt voor de voorbereiding op de reacties op schokkende gebeurtenissen. Bij Defensie wordt hierover weliswaar informatie verstrekt, maar uit de focusgroepen kwam een behoefte naar voren om daarnaast een soort lotgenotencontact te organiseren: "Ik zou het goed vinden als mensen die al langer terugzijn van uitzending vertellen aan hen die net terug zijn hoe ze hulp kunnen krijgen. Dat het normaal is dat je hulp nodig hebt. Een verhaal zegt meer dan papierwerk."
- Opleiding werkt wellicht niet om psychosociale klachten te voorkomen, maar kan wel helpen bij het vinden van onderlinge steun. Men weet zo meer wat er kan gebeuren. Opleiding kan wel degelijk zin hebben, ter versterking van de veerkracht van de geüniformeerde.
- Het is van belang in de opleiding aandacht te hebben voor goede voorbeelden uit de praktijk en het positief labelen hiervan. Dit kan bijvoorbeeld door tijdens de opleiding casuïstiek te behandelen.
- 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).
- Leidinggevenden moeten een werkcontext, een bedrijfscultuur creëren waarin medewerkers zich veilig voelen en om hulp durven te vragen.

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.

3.2 De rol van de organisatie bij de mentale gezondheid van geüniformeerden

Deze paragraaf gaat in op de preventiestrategieën en/of organisatiestrategieën die van toepassing zijn voor geüniformeerden.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een proefschrift beschrijft Woodall (103) twee studies en literatuur bij de brandweer naar critical incident management, om te komen tot een nieuwe theorie. Deze theorie behelst een organisatorisch gerichte wijze van ondersteuning van hulpverleners om hen te begrijpen en hen om te laten gaan met emoties die voortkomen uit hun werk. Om hiertoe te komen, is een goed georganiseerde incidentenafhandeling door een goed geleide organisatie de beste preventie. Hiervoor zijn fitte en goed opgeleide medewerkers en professioneel personeel nodig. Er wordt een voorstel gedaan voor een holistische, organisatiebrede aanpak gericht op loopbaanbeleid, preventie en opvang bij de brandweer op verschillende organisatieniveaus.

De NICE-richtlijn PTSD (63) doet een algemene aanbeveling over disaster planning welke niet specifiek is gericht op geüniformeerden. Er wordt gepleit voor een planmatige aanpak waarbij de rollen en verantwoordelijkheden van de diverse hulpverleners goed worden onderscheiden. Hier moet van tevoren overeenstemming over bestaan.

Wodarski (102) onderstreept het belang van disaster preparedness voor de hulpverleningsdiensten. Een effectief disaster preparedness plan bestaat volgens hem uit een aantal fasen: preparedness, mitigation, response, recovery, evaluation en coordination. Hij beschrijft de elementen van een trainingsprogramma voor hulpverleners. Deze aanbevelingen zijn echter niet of onvoldoende onderbouwd.

Greenberg et al. beschrijven het Trauma Risk Management-model (TRiM) dat in de Britse Marine is gestart en inmiddels wegens succes ook binnen de Britse Marine en het Britse leger is gebruikt in Afghanistan en Irak (37; 38). Er is groeiende evidentie voor het gebruik van het TRiM-model in hiërarchische organisaties als Defensie.

Conclusie

Niveau 4 Voor een effectieve preventiestrategie om de psychosociale gevolgen van een schokkende gebeurtenis of ramp zo veel mogelijk te beperken, is goed werkgeverschap door middel van een goed geleide organisatie met getraind en professioneel personeel noodzakelijk. Ook belangrijk zijn aandacht voor gezondheidsbeleid en een goede organisatie voor het afhandelen van incidenten, waarbij de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners vooraf duidelijk zijn vastgelegd.

D Woodall 1998; NICE 2005; Greenberg et al. 2005; Greenberg et al. 2008; SER 2009

Overige overweging

- Vanuit de focusgroepen komt de wens naar voren te kunnen leren van de best-practices van andere geüniformeerde organisaties.

Aanbevelingen

14 De projectgroep beveelt aan voorbeelden van succesvolle praktijken rond nazorg en collegiale ondersteuning te beschrijven en in te bedden binnen de verschillende organisaties.

15 De projectgroep beveelt aan, in het kader van goed werkgeverschap, aandacht te besteden aan periodiek gezondheidskundig onderzoek, preventief medisch onderzoek en/of medewerkers-tevredenheids-onderzoek. Daarnaast is een georganiseerde incidentenafhandeling noodzakelijk, waarbinnen met betrekking tot nazorg en collegiale opvang:

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

16 De projectgroep beveelt aan meer (kwalitatief) onderzoek te verrichten naar de effecten van een gezond preventiebeleid op het voorkómen van klachten onder geüniformeerden.



4 Georganiseerde collegiale ondersteuning en monitoring

In hoofdstuk 2 werd het kringenmodel geïntroduceerd (zie paragraaf 2.1.2), dat als uitgangspunt dient voor deze richtlijn. Het kenmerkende van het kringenmodel is dat het de geüniformeerde zelf centraal zet, met daar direct omheen de naaste collega's en direct betrokkenen. Hoofdstuk 3 richtte zich op de preparatiefase voor deze binnenste kringen. Dit hoofdstuk behandelt de wijze waarop de organisatie zorg kan dragen voor de psychosociale ondersteuning na een schokkende gebeurtenis. In beginsel wordt ook daarbij uitgegaan van de binnenste kringen, waarbij een gefundeerde keuze is gemaakt voor georganiseerde collegiale ondersteuning. De keuze voor deze vorm van ondersteuning sluit aan bij de bestaande praktijk en aanbevelingen van experts, zoals zal blijken. Echter, de georganiseerde collegiale ondersteuning heeft ook een verwijfsfunctie naar de verder naar buiten gelegen kringen. De wijze waarop dit moet worden vormgegeven binnen de organisatie is ook onderwerp van dit hoofdstuk, maar zal ook in hoofdstuk 5 aan de orde komen.

4.1 Uitgangspunten

In paragraaf 4.1 behandelen we de kennis over het belang van een steunende context en een aantal kernbegrippen rond interventies die bij een steunende context op de werkvloer centraal lijken te staan. Ook de kennis over effectiviteit van deze interventies komt aan de orde, zodat deze paragraaf uitgangspunten biedt voor de verdere uitwerking van georganiseerde collegiale ondersteuning later in dit hoofdstuk.

4.1.1 Steunende context: welke ondersteuning is effectief?

Personen die getroffen worden door schokkende gebeurtenissen moeten al in een vroeg stadium ondersteuning krijgen. Hierbij hebben het verlenen van praktische ondersteuning, een empathische houding en het bevorderen van het gebruik van de eigen sociale steunbronnen prioriteit. Aangenomen wordt dat dit het eigen herstelvermogen bevordert en de steunende context dient bij voorkeur doorlopend beschikbaar en toegankelijk te zijn (47).

Geüniformeerden worden vaak en in verschillende situaties blootgesteld aan potentieel schokkende gebeurtenissen. Dit kunnen zowel kleine als grote incidenten zijn, iedereen gaat anders om met het verwerken van zulke gebeurtenissen. Organisaties waar geüniformeerden werkzaam zijn, zijn – net als alle andere bedrijven – verplicht goed werkgeverschap te bieden en dus ook wettelijk verplicht deze geüniformeerden ondersteuning op psychosociaal gebied aan te bieden indien dit nodig is.

Geüniformeerden worden na schokkende gebeurtenissen in eerste instantie vaak door hun werkgever ondersteund (46). Deze ondersteuning bestaat bij geüniformeerde diensten in Nederland vaak uit georganiseerde collegiale ondersteuningsteams. Er zijn verschillende vormen van georganiseerde collegiale ondersteuning

en verschillende wijzen van het benoemen daarvan. Een veelgebruikte term is Bedrijfs Opvang Team; zo'n BOT is o.a. vaak bij politie, ambulance en brandweer in gebruik. Er zijn echter ook andere termen (en bijbehorende afkortingen) in omloop. Zo spreekt men bij de Koninklijke Marechaussee van een COG (Collegiale Opvang Groep).

In dit hoofdstuk spreken wij verder van 'georganiseerde collegiale ondersteuning' als het werknemers betreft die op een georganiseerde manier vormgeven aan collegiale ondersteuning.

Wetenschappelijke onderbouwing

De huidige richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47) beveelt bij gebrek aan overtuigende wetenschappelijke onderbouwing op basis van consensus aan, dat na een ramp, terrorisme of een andere schokkende gebeurtenis een steunende context dient te worden aangeboden aan diegene die dit heeft meegemaakt. Deze steunende context dient te bestaan uit:

- het bieden van een luisterend oor, steun en troost en openstaan voor de directe praktische behoeften van getroffen en;
- het bieden van feitelijke en actuele informatie over de schokkende gebeurtenis;
- het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving;
- het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
- het geruistellen van getroffen en die normale stressreacties vertonen.

De Australische richtlijn (32) benadrukt het belang van een vroege aanpak binnen de werksituatie van de hulpverleners, die met name gericht is op vroege herkenning van de problematiek. In de huidige richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies (47) is een specifieke aanbeveling opgenomen dat peer-support, ofwel opvang door collega's, bijdraagt aan een steunende context. Hierin wordt aanbevolen om 'de eerste psychosociale opvang en het aanbieden van psychosociale interventies, in samenwerking met vrijwilligers en personeel spoedeisende hulp, door de eerste en nulde lijn te laten plaatsvinden' (p. 69). Tevens beveelt deze richtlijn expliciet aan dat voor geüniformeerden 'opvang door collega's (peer-support) bijdraagt aan een steunende context. Het kan praktische en emotionele ondersteuning bieden en kan het gebruik van de eigen sociale steunbronnen bevorderen' (p. 53).

Greenberg et al. (38) en Jones et al. (50) beschrijven door organisaties als effectief ontvangen vormen van collegiale ondersteuning (peer-support interventies) bij militairen. Het betreft hier geprotocolleerde systeem pakketten voor hiërarchische organisaties, met als doel dat ze praktisch goed werkbaar zijn in de organisatie. Zo kunnen bijvoorbeeld geprotocolleerd tien voorspellers van verstoorde verwerking worden afgecheckt, en hulpzoekgedrag en stigmatisatie beter herkenbaar worden gemaakt. Dit lijkt te werken op het niveau van praktische uitvoerbaarheid, maar het is onduidelijk of dit ook gezondheid en functioneren verbetert.

Uit het rapport Feiten en fictie (46) komt een positief beeld van collegiale ondersteuning naar voren. Zo wordt aangegeven dat collegiale ondersteuning het sociale netwerk kan mobiliseren (p. 24). Ook draagt het bij aan een open sfeer, waarin het gemakkelijker is voor geüniformeerden om te praten over ervaringen en gevoelens (p. 41). Een evaluatieonderzoek onder politieagenten heeft uitgewezen dat collegiale ondersteuning zeer gewaardeerd wordt (p. 33). Daarnaast blijkt uit dit rapport (46) dat een georganiseerde collegiale ondersteuning de mogelijkheid biedt aan de verschillende hulporganisaties om de eerste opvang zo te regelen, dat deze overeenkomt met de dagelijkse praktijk. Dit is van belang omdat deze dagelijkse praktijk erg verschillend is tussen de organisaties. Evaluatie door Ambulancezorg Nederland van de eigen bedrijfsopvang gaf aan dat er intensief gebruik van wordt gemaakt en dat medewerkers er zeer tevreden over zijn (Handreik-

ing Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg (79)). Ook een evaluatieonderzoek bij de politie (KLPD) over de psychosociale nazorg door collegiale ondersteuning gaf aan dat dit zeer gewaardeerd werd (46, p. 56).

Het beschrijven van de collegiale ondersteuning biedt dus een goede mogelijkheid voor een 'generieke' beschrijving van ondersteuning, die van toepassing is op alle organisaties. Ook vindt deze insteek ondersteuning in het rapport Samenwerken als waarborg (10), dat in 2002 in opdracht van de ministeries van SZW, VWS en BZK is opgesteld. In dit rapport worden de actiepunten 83 en 84 uit het Kabinetsstandpunt Vuurwerkkramp uitgewerkt: 'Hoe valt de samenwerking en afstemming tussen hulpverlenende organisaties bij de bescherming van de hulpverleners tijdens en na rampen of zware ongevallen te waarborgen? Welke aanpassingen in de wet- en regelgeving zijn eventueel nodig?' Het rapport bekijkt daarvoor de praktijk van politie, ambulance en brandweer, waarbij ook al opvalt dat collegiale ondersteuning aansluit op de werkwijze zoals die op dit moment geboden wordt door verschillende hulporganisaties (p. 39). Ten slotte geeft dit rapport aan dat deze manier van werken voorziet in een belangrijke signalerings- en doorverwijzfunctie, en dat door de informele setting de weg naar professionele hulpverlening makkelijker te bewandelen is voor geüniformeerden (p. 57-58).

Conclusies

Niveau 4 Er bestaat brede consensus over het nut van het bieden van een steunende context.

D Mening deskundigen; Impact 2007

Niveau 4 Geüniformeerden worden na schokkende gebeurtenissen in eerste instantie vaak door hun werkgever ondersteund. Georganiseerde collegiale ondersteuning bestaat in Nederland (vaak) uit een collegiale-opvangteam. Er zijn verschillende vormen van georganiseerde collegiale-ondersteuningsteams en verschillende wijzen van het benoemen daarvan.

D Mening deskundigen; Impact 2008

Niveau 4 Er zijn aanwijzingen dat vroege opvang en onderlinge steun na een schokkende gebeurtenis effectief zijn ter preventie van psychische klachten en aandoeningen.

D ACPMH 2007; CREST 2003

Niveau 3 Peer-support interventies zijn beschreven als een als succesvol ervaren aanpak binnen Defensie.

D Greenberg et al. 2008; Jones et al. 2003

Niveau 4 Uit een inventarisatie van de psychosociale nazorg binnen ambulance, brandweer en politie komt een positief beeld van de collegiale ondersteuning naar voren.

D Mening deskundigen; Impact 2008

Niveau 4 Collegiale ondersteuning sluit aan bij de (diverse) werkwijzen binnen verschillende geüniformeerde organisaties. Beschrijven van de collegiale ondersteuning biedt een goede mogelijkheid voor een 'generieke' beschrijving van ondersteuning, die van toepassing is op alle organisaties.

D Mening deskundigen; Broersen & Bos 2002

Box 4a. Uitgangspunten bij collegiale ondersteuning

De projectgroep streeft naar een zo generiek mogelijke vorm van collegiale ondersteuning, waarbij geprobeerd wordt werknemers met werkgerelateerde potentieel traumatische ervaringen steun en psychosociale zorg te verlenen om verminderde inzetbaarheid te voorkomen. De volgende aspecten zijn belangrijk bij het ontwerpen van deze vorm:

- 1 een generieke vorm dient uit te gaan van de veerkracht van werknemers binnen geüniformeerde diensten, die grotendeels zelfstandig, zonder enige professionele hulp, om kunnen gaan met potentieel traumatische incidenten (salutogene benadering en geen pathogene);
- 2 een relatief beperkt deel van getroffen en zal géén adequate verwerking vertonen en dient derhalve accuraat geïdentificeerd te worden;
- 3 een interventie in het kader van steun en nazorg na een potentieel traumatische ervaring dient een initiële herstelperiode in acht te nemen, aangezien assimilatie van informatie en duiding van ervaringen kort na het incident moeilijk dan wel onmogelijk zullen zijn;
- 4 het focussen op dieper liggende emoties door niet-professionals dient vermeden te worden, aangezien dit schadelijk kan zijn;
- 5 psycho-informatie over traumaverwerking, coping-adviezen en toegankelijke bronnen van hulp dient verstrekt te worden;
- 6 de behoefte aan steun en hulp is individueel bepaald, zodat een stapsgewijze en gedifferentieerde ondersteuning geboden dient te worden;
- 7 werknemers die geïdentificeerd zijn als risicogroep qua verwerking, dienen tijdig verwezen te worden naar aanvullende professionele hulpverlening;
- 8 stigmatisering van werknemers welke getroffen zijn, dient vermeden te worden;
- 9 een vorm van collegiale ondersteuning dient flexibel en inzetbaar te zijn binnen alle domeinen van een organisatie;
- 10 deze generieke aanpak dient qua kosten-baten verhouding gunstig uit te voeren te zijn.
- 11 kwaliteit van de geboden steun en opvang dient professioneel geborgd te zijn. Denk hierbij aan super/intervisie, bijscholing en back-up;
- 12 hiërarchische of afhankelijkheidsverhoudingen dienen vermeden te worden, zodat getroffen werknemers vrijuit kunnen spreken;
- 13 vertrouwelijkheid dient geboden te worden;
- 14 aangezien herstel een dynamisch proces is en langere tijd kan vergen, dient structurele longitudinale monitoring plaats te vinden.

Overige overwegingen

- De projectgroep onderschrijft het belang van georganiseerde collegiale ondersteuning en stelt voor dat de uitwerking hiervan de essentie is van de richtlijn. Daarbinnen moet de rol van de leidinggevende niet uit het oog worden verloren. Deze zienswijze sluit aan bij de huidige praktijk.
- Geüniformeerden ervaren dat collega's elkaar onderling snel begrijpen en ervaringen herkennen. Daarom is collegiale ondersteuning zo belangrijk. Dit geldt niet alleen voor de collega's van de georganiseerde collegiale ondersteuning, maar ook voor de collega's met wie je samen op pad bent, met wie je direct samenwerkt.
- De projectgroep hecht er belang aan de richtlijn te focussen op een generieke beschrijving van georganiseerde collegiale ondersteuning, waarbij de uitgangspunten zoals weergegeven in box 4a als voorbeeld kunnen dienen.

Aanbevelingen

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 inzetbaarheid te voorkomen'. Deze collegiale ondersteuning sluit aan bij de werkwijze zoals die op dit moment geboden wordt door de geüniformeerde organisaties.

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.

4.1.2 Collegiale ondersteuning en daaraan gerelateerde interventies

In deze paragraaf wordt een aantal interventies beschreven die relevant zijn in het kader van georganiseerde collegiale ondersteuning. In de onderstaande wetenschappelijke onderbouwing wordt elk van deze interventies gedefinieerd, waarna de beschikbare literatuur wordt besproken.

Wetenschappelijke onderbouwing

Psychologische debriefing is een *eenmalig semigestructureerd gesprek met een persoon die kort daarvoor is getroffen door een schokkende gebeurtenis*. In een Cochrane-review over de effectiviteit van psychologische debriefing voor de preventie van PTSS, wordt onder debriefing verstaan: 'Any single session psychological intervention that involves some reworking, reliving, or recollection of the trauma and subsequent emotional reactions. These interventions may be described by trial authors as psychological debriefing; stress debriefing; critical incident stress debriefing; crisis intervention; psychiatric stress debriefing; multiple stressor debriefing; traumatic event debriefing; trauma debriefing. Some interventions labeled as cognitive or behavioural may also satisfy criteria' (77).

In de meeste gevallen is het doel van een psychologische debriefing het voorkómen van psychologische schade door het informeren van mensen over hun ervaring en het bieden van de mogelijkheid om erover te praten. Onder psychologische debriefing worden routinematige crisisinterventies verstaan die het voorkómen en verminderen van ongewenste psychische gevolgen van traumatische gebeurtenissen beogen (47).

Psychologische debriefing kent veel verschijningsvormen, bijvoorbeeld de **Critical Incident Stress Debriefing (CISD)**. CISD vindt bij voorkeur plaats twee à drie dagen na de calamiteit en neemt gemiddeld ongeveer twee uur in beslag. Het gaat om een gestructureerd gesprek waarin deelnemers eenmalig een zevental fases doorlopen. Kort omschreven wordt tijdens deze fasen uitleg gegeven over een aantal spelregels, er wordt een reconstructie gemaakt van de feiten, waarbij nadien de gedachten en de emoties aan bod komen. In de vijfde fase wordt de aan- of afwezigheid van symptomen bij de deelnemers nagegaan, waarna aandacht wordt besteed aan psycho-educatie (uitleg en aanreiken van nuttige copingstrategieën). In de afsluitingsfase worden de mogelijkheden voor nazorg besproken (91).

In een Cochrane-review van Rose et al. (77) over de effectiviteit van psychologische debriefing voor de preventie van PTSS blijkt dat deze niet effectief is. De NICE guideline PTSS (63) komt voor individuele personen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt tot dezelfde conclusie. Psychologische debriefing zou niet standaard moeten worden aangeboden en kan zelfs schadelijk zijn. Hetzelfde geldt voor de CREST Guideline PTSS (15). De richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies (47) beveelt aan eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD) te vermijden. Ook voor geüniformeerden wordt het niet aanbevolen. Wel wordt voor geüniformeerden aanbevolen dat opvang door collega's (peer-support) bijdraagt aan de steunende context. De werkgever dient deze vorm van begeleiding te bieden. Wagner (94) beschrijft de beschikbare literatuur inzake de effectiviteit van CISD bij toepassing bij geüniformeerden, en concludeert dat er momenteel onvoldoende gronden zijn om programma's die gebaseerd zijn op CISD voor geüniformeerden te schrappen. Roberts et al. (75) evalueerden in een Cochrane-review vroegtijdige multiplesessies-interventies ter preventie van PTSS. De conclusie was dat geen psychologische interventie voor routinematig gebruik kan worden aanbevolen en dat multiplesessies net als eenmaligesessies-interventies zelfs nadelige effecten kunnen hebben. Peñalba et al. (69) onderzochten in een Cochrane-review de effectiviteit van verschillende interventies bij politiemensen. Daarbij zijn onderzocht: cognitief-gedragsmatige therapie, ondersteunende therapieën (counseling, social support), psychodynamische therapie, lichamelijke oefentherapie en alternatieve of complementaire therapie (bv. acupunctuur, Reiki, dieet, meditatie). Alleen de interventies genoemd bij de ondersteunende therapieën komen overeen met collegiale ondersteuning. Dit leverde onvoldoende onderbouwing op voor het effect van preventieve ondersteunende psychosociale interventies, aangezien het gebaseerd was op wetenschappelijk gezien matige trials. Giddens (36) bepleit in een literatuuroverzicht een onderscheid te maken tussen het effect van CISD voor geüniformeerden binnen organisaties versus de discutabele effecten van psychologische debriefing die voor getroffen en niet effectief lijken. Jacobs et al. (48) komt tot vergelijkbare conclusies in een review waarin psychologische debriefing negatief blijkt voor direct getroffen en, maar positief in de hulpverleningssetting.

Critical Incident Stress Management (CISM) staat voor een geïntegreerde benadering die is opgebouwd uit een veelheid van afzonderlijke interventies, waaronder psycho-educatie en CISD (28; 29; 47). In zijn overzicht beschrijft Regel (73) CISM als een alomvattende term voor een organisatiebrede aanpak die nog vaak gehanteerd wordt en waarbinnen met name psychologische debriefing (CISD) ter discussie staat.

De richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47) concludeert dat het onderzoek waarin effectiviteit van CISM gesuggereerd wordt, vooral door

de ontwikkelaars van deze methode zelf is uitgevoerd, en dat er geen aanwijzingen zijn voor effectiviteit op de lange termijn (47, p. 54).

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 (47). 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 (47). Dergelijke voorlichting wordt in het na-volgende **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.

Scholes et al. (78) vinden in een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) geen effect van het ter beschikking stellen van zelfhulpinformatie op het ontstaan van PTSD, angst en depressie bij ongevals-slachtoffers. Lange et al (55) vinden in een kleine gecontroleerde studie wel een duidelijk effect van psycho-educatie via internet, op het herstel van posttraumatische stress bij studenten. De richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47) zegt het volgende over psycho-informatie: 'Er is weinig tot geen wetenschappelijke evidentie betreffende het aanbieden van algemene voorlichting aan alle getroffen na een schokkende gebeurtenis. Wel bestaat er brede consensus dat dit noodzakelijk is (niveau 4). Er is geen wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van preventieve psycho-educatie, zowel mondeling als schriftelijk (niveau 1).' Kanttekening is dat deze conclusies niet specifiek gericht zijn op geüniformeerden. Turpin et al. (90) vond in een gerandomiseerde gecontroleerde trial geen effect voor het aanbieden van zelfhulpinformatie als preventieve strategie bij PTSS.

Operationele debriefing *is een nabespreking met een operationeel karakter waar het achterhalen van de feiten centraal staat, en hoewel er beperkt ruimte is voor emoties, vormt het psychologische element geen actieve component omdat daar andere interventies voor beschikbaar zijn.* Het doel is alle feitelijke omstandigheden van de recente inzet met elkaar op een rij te zetten en zo 'de puzzelstukjes ineen te laten vallen'. Operationele debriefing wordt verzorgd vanuit de lijn, het vormt een onderdeel van het 'normale' werkproces. Aanvullend kan incidenteel vanuit de collegiale ondersteuning psycho-informatie verstrekt worden. Vaak wordt een operationele debriefing na een (grootschalige) inzet al uitgevoerd, en het wordt dan evaluatie, nabespreking of simpelweg debriefing genoemd; bij deze laatste term moet het onderscheid met de 'eenmalige psychologische debriefing' goed in de gaten worden gehouden! Vaak vindt een operationele debriefing plaats bij een incident, soms kort na een incident (bijvoorbeeld enkele dagen). De direct leidinggevende of commandant voert de regie. Operationele debriefing bestaat uit gesprekken tussen betrokken geüniformeerden over een incident. Deze gesprekken kunnen plaatsvinden met geüniformeerden vanuit meerdere organisaties. Operationele debriefing kan ertoe leiden dat collegiale ondersteuning wordt ingezet. Over het algemeen zijn er geen leden van de collegiale ondersteuning aanwezig bij operationele debriefing, maar dit is – in overleg met de verantwoordelijke leidinggevende – niet uitgesloten.

Er is geen wetenschappelijke literatuur die aangeeft dat operationele debriefing effectief is in het voorkomen van psychosociale klachten bij geüniformeerden. Hoewel er geen wetenschappelijke onderbouwing is, bestaat er brede consensus over het nut ervan. Uit de focusgroepen komt naar voren dat operationele debriefing belangrijk is voor het weghalen van vraagtekens en om fouten en gebeurtenissen in het vervolg te vermijden. In de focusgroepen bleek men het er ook over eens dat een operationele debriefing van enorme meerwaarde kan zijn om schuldgevoelens/frustraties/onduidelijkheden weg te nemen en te voorkomen. Uit de operationele debriefing blijkt veelal ook of het inschakelen van verdere hulp nodig is. Idealiter wordt een dergelijke

operationele debriefing multidisciplinair uitgevoerd (meerdere verschillende organisaties bij elkaar), hoewel dit vaak moeilijk te organiseren is. De ervaringen met multidisciplinaire operationele debriefing zijn over het algemeen positief. Aanbevolen wordt niet expliciet aandacht in te ruimen voor psychologische effecten. Indien wenselijk kan collegiale ondersteuning bij de operationele debriefing ingezet worden. Dit kan snel na een schokkende gebeurtenis, maar ook een paar dagen later.

Conclusies

Niveau 1 Single session psychological debriefing na een traumatische gebeurtenis wordt niet aanbevolen, evenmin als preventieve multi-sessies-interventies.

- A1 Rose et al. 2002, CREST 2003, Roberts et al. 2009
- D NICE 2005

Niveau 4 Er bestaat brede consensus over het nut van het bieden van 'operationele debriefing' als onderdeel van collegiale ondersteuning.

- D Mening deskundigen

Niveau 4 Er is geen wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van preventieve psycho-informatie aan geüniformeerden, zowel mondeling als schriftelijk.

- D Mening deskundigen

Niveau 1 Er is geen bewijs dat vroege opvang verschillend moet zijn voor de verschillende hulpdiensten en er is ook geen specifieke therapievorm die meer aan te bevelen is.

- A1 Peñalba 2008
- C Greenberg et al. 2008; Jones et al. 2003

Overige overwegingen

- De projectgroep meent dat in relatie tot de inzet en werkzaamheden van collegiale ondersteuning vooral operationele debriefing en het leveren van psycho-informatie van belang zijn. Deze begrippen worden hieronder nader beschreven, ook wat betreft de verhouding tot collegiale ondersteuning.
- De projectgroep vindt het belangrijk dat een operationele debriefing ruimte biedt voor emoties, mochten die bij de bespreking een rol spelen. Echter, de operationele debriefing is er niet op gericht om op actieve wijze het emotionele aspect onder de aandacht te brengen, zoals bij psychologische debriefing.
- Operationele debriefing wordt in de praktijk erg gewaardeerd en is een onmisbaar element in de verwerking en nazorg van de geüniformeerden. Men moet zijn verhaal kwijt kunnen, maar emotie is geen uitgangspunt bij operationele debriefing, het is een feitenrelaas. Operationele debriefing is belangrijk voor het weghalen van vraagtekens, om fouten en gebeurtenissen in het vervolg te vermijden. Vaak is een operationele debriefing voldoende om daarna weer verder te kunnen werken.

-
- Of er een hulpverlener of lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning aanwezig is bij een operationele debriefing kan de organisatie zelf bepalen, al naargelang de situatie. Zo is bij Defensie onder bepaalde omstandigheden een psycholoog aanwezig op de achtergrond, andere organisaties willen dit niet.
 - Belangrijk is dat ook andere organisatieonderdelen of personen die causale verbanden hadden met een incident worden betrokken in een (operationele) debriefing. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan de medewerkers in de meldkamer, of de brandweerfotograaf. Deze personen zouden ook moeten worden betrokken in het nazorgtraject. Voorheen werd dit niet (altijd) gedaan, maar ook de meldkamer krijgt veel te verwerken. Zij krijgen de melding binnen en zijn altijd op afstand, kunnen weinig hulp bieden, maar merken wel de angst en paniek. Ook veel andere operationele functionarissen zitten tegenwoordig op niet-operationele afdelingen en ook kantoormedewerkers hebben een taak/functie in het operationele proces. Dezen worden vaak vergeten.
 - De projectgroep acht psycho-informatie van groot belang om zowel voor als na schokkende gebeurtenissen in te zetten. Psycho-informatie dient als voorlichting en dient meer ingebed te worden bij de organisaties. Er wordt op dit moment nog weinig mee gewerkt. Psycho-informatie is niet hetzelfde als psycho-educatie, die meer interactief en procesmatig is. Ook de collegiale ondersteuning kan hier gebruik van maken.

Aanbevelingen

- 19** De projectgroep beveelt aan de termen operationele debriefing en psycho-informatie te gebruiken en het gebruik van de term psychologische debriefing te mijden.
-
- 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.
-
- 21** Ondanks onvoldoende evidentie op wetenschappelijk niveau voor de effectiviteit van voorlichting, beveelt de projectgroep voorlichting middels psycho-informatie aan ter versterking van de mentale veerkracht van de 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, het monitoren 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.
-

4.2 De organisatie van collegiale ondersteuning

Hoe kan collegiale ondersteuning vanuit de organisatie worden georganiseerd? Deze paragraaf beschrijft een aantal uitgangspunten over de taken en organisatorische kenmerken die voor een functionele collegiale ondersteuning van belang worden geacht.

4.2.1 Kern van de collegiale ondersteuning

De projectgroep hecht belang aan een generieke aanpak rond collegiale ondersteuning. Op deze manier wordt een gemeenschappelijke taal gesproken en mogen geüniformeerden uit verschillende organisaties gelijke ondersteuning verwachten (wat vooral na een multidisciplinaire inzet van belang kan zijn). Tegelijkertijd moet de generieke aanpak op een organisatiespecifieke wijze vertaald worden, waarbij rekening wordt gehouden met cultuur en werkwijze. De projectgroep benadrukt dat de opvang binnen de organisatie moet plaatsvinden; dit is herkenbaar en werkt drempelverlagend. In het navolgende wordt de uitwerking van deze generieke aanpak beschreven.

Onderbouwing

Bij geüniformeerde diensten vindt de eerste opvang in de regel plaats door naaste collega's en/of leidinggevenden. De insteek is dat niet te actief wordt geopereerd (niet pampereën), maar dat de behoefte van de geüniformeerde als uitgangspunt dient. Dit is in lijn met de uitgangspunten zoals beschreven in paragraaf 2.1, waarbij de directe ondersteuning in eerste instantie door de collega's wordt opgevangen.

Taken collegiale ondersteuning

Collegiale ondersteuning heeft als doel de arbeidsomstandigheden en het welzijn van de geüniformeerde te bevorderen. Op grond van het rapport Feiten en fictie (46) kunnen bij ambulance, politie en brandweer de volgende taken worden onderscheiden:

- 1 bieden van praktische hulp. Verlenen van materiële zorg, praktische en juridische ondersteuning;
- 2 stimuleren van een gezonde verwerking. De mogelijkheden om een gebeurtenis te verwerken worden bevorderd en gestimuleerd. Daarbij is het eigen verhaal met de emoties van de medewerker van belang;
- 3 vroegtijdig signaleren van stagnaties in de verwerking of problemen in het functioneren. Problemen worden door collegiale ondersteuning gesignaleerd, en na overleg met de medewerker en leidinggevende kan worden doorverwezen naar professionele hulpverlening;
- 4 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;
- 5 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;
- 6 omgaan met toekomstige schokkende gebeurtenissen. Opvanggesprekken creëren een sfeer om ook in de toekomst makkelijker over ervaringen en gevoelens te praten.

Deze taken zijn in overeenstemming met de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies (47). Het gaat in feite om een concrete invulling binnen de organisatie van het brede concept 'steunende context', toegespitst op de geüniformeerde.

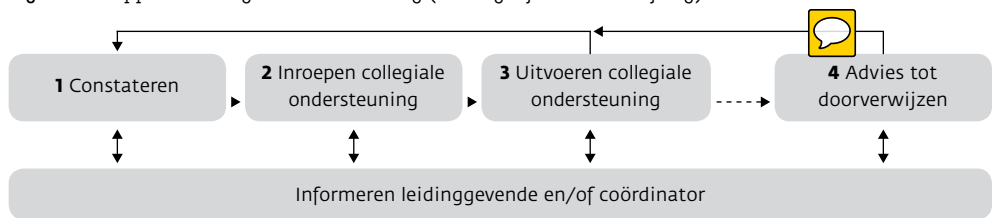
Stappen binnen de collegiale ondersteuning

Een inventarisatie van werkwijzen door geüniformeerde organisaties kan in een stroomdiagram worden weergegeven, zoals in figuur 2, waarbij geldt:

- 1) tijdig constateren dat een geüniformeerde is blootgesteld aan een potentieel ingrijpende gebeurtenis of vermoedelijk ten gevolge daarvan met problemen kampt;
- 2) inroepen/aanwijzen van collega ter ondersteuning (benoemen tot aanspreekpunt);
- 3) ondersteuner houdt collega in het oog en biedt steun op een proactieve en vraaggestuurde wijze. Hierdoor kan de collegiale ondersteuning ook als sensor fungeren in het kader van de monitoring (zie paragraaf 4.3);
- 4) advisering tot doorverwijzing naar professionele hulpverlener binnen of buiten de organisatie.

Bij al deze stappen geldt dat de collegiale ondersteuning de leidinggevende (of coördinator) op de hoogte houdt.

Figuur 2. Stappen in collegiale ondersteuning (en mogelijke doorverwijzing)



Stap 1 kan plaatsvinden na een specifieke gebeurtenis, maar tevens indien sprake is van een cumulatieve. De specifieke inzetcriteria komen aan de orde in paragraaf 4.2.2. Deze inzetcriteria zijn gebaseerd op het kenmerk van een incident. Om cumulatieve effecten van ervaringen in kaart te kunnen brengen, is tevens een zekere mate van monitoring nodig. Dit komt in paragraaf 4.3 aan de orde. Signalering kan ook plaatsvinden via de leidinggevende, bijvoorbeeld na een operationele debriefing of registratie van gezondheids- of functioneringsproblematiek.

Stap 2 houdt in dat leden van de collegiale ondersteuning worden benaderd en ingeschakeld. Het kan gaan om één aangewezen persoon en om meerdere personen. Bij de krijgsmacht is er tijdens uitzendingen een Sociaal Medisch Team (SMT) aanwezig in het basiskamp, bestaande uit een geestelijk verzorger, psycholoog en maatschappelijk werker. Medewerkers van het SMT maken soms ook deel uit van de geüniformeerden die op uitzending gaan en zijn dan toegankelijk als ondersteuning van collega's opportuun wordt geacht.

Stap 3 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 factfinding, dan wordt ook wel gesproken van een operationele debriefing (zie paragraaf 4.1.2). Binnen Defensie vinden op uitzending na acties feitelijke nabesprekingen plaats (operationele debriefing), waarbij leidinggevendenden ook ruimte bieden voor emoties naast de feiten. Operationele debriefing wordt hier niet opgevat als onderdeel van de werkzaamheden van de collegiale ondersteuning.

Stap 4 houdt in dat de organisatie aanstuurt op verwijzing naar professionele hulpverleners. Op Defensie na – daar beschikt men over een eigen geestelijke gezondheidszorg – betekent doorverwijzing dat de geüniformeerde door professionele hulpverleners, binnen of buiten de eigen organisatie, wordt opgevangen en behandeld. Doorverwijzing naar professionele hulpverlening gebeurt echter maar bij een relatief klein deel van de medewerkers die collegiale ondersteuning ontvangen. In de meeste gevallen is doorverwijzing niet nodig en houdt het schema bij stap 3 op. In figuur 2 wordt dit door middel van een stippellijn weergegeven. De stappen 2 en 3 komen in paragraaf 4.2.3 aan de orde, stap 4 in paragraaf 4.3.

Monitoren is een cyclisch proces. Het houdt niet op na één gesprek. Om weer te geven dat monitoren longitudinaal moet plaatsvinden, is er een pijl geplaatst tussen stap 3 en 1.

De onderband aan figuur 2 geeft aan dat de leidinggevende en/of coördinator vanaf het begin van het proces van collegiale ondersteuning, op ieder moment, geïnformeerd kan worden of zelf georganiseerde collegiale ondersteuning in kan zetten (zie paragraaf 4.3.2). Informeren houdt nadrukkelijk niet in dat de leidinggevende/coördinator wordt geïnformeerd over de inhoud van de gesprekken. Wel wordt deze geïnformeerd over het feit dat gesprekken met een bepaalde werknemer plaatsvinden. De leidinggevende kan hier als manager, verantwoordelijk voor de personele zorg, rekening mee houden, door bijvoorbeeld dienstroosters aan te passen.

Conclusies

Niveau 4 Op grond van beschreven overeenkomsten in de bestaande praktijk is een aantal taken van de collegiale ondersteuning te beschrijven:

1. bieden van praktische hulp;
2. stimuleren van een gezonde verwerking;
3. vroegtijdig signaleren van stagnaties in de verwerking of problemen in het functioneren;
4. mobiliseren van het sociale netwerk;
5. bijsturen van negatieve reacties uit de omgeving;
6. omgaan met toekomstige schokkende gebeurtenissen.

D Mening deskundigen

Niveau 4 De geïnventariseerde ervaringen van politie, brandweer, ambulance, defensie en reddingsdienst laten vier stappen zien binnen de collegiale ondersteuning:

1. constateren blootstelling of andere aanleiding;
2. invoeren/aanwijzen collegiale ondersteuner;
3. ondersteunen van collega (de zes taken);
4. (indien noodzakelijk) adviseren tot doorverwijzen.

Het informeren van de leidinggevende gebeurt vanaf het begin en gedurende het proces van collegiale ondersteuning.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- Het takenoverzicht wordt door de projectgroep bij voorkeur beschouwd als een overzicht met aandachtsgebieden. De taken moeten niet worden gehanteerd als een checklist, aan de hand waarvan organisaties kunnen zeggen: 'We hebben alle punten afgelopen, dus we hebben het goed gedaan'. Het hangt af van de situatie welke taak aandacht behoeft en in welke mate. Er zit geen chronologische volgorde achter de taken.
- De projectgroep vindt dat de haalbaarheid vanuit de collegiale ondersteuning in de gaten moet worden gehouden. De collegiale ondersteuning dient zich te beperken tot wat realistisch is, waarbij het belangrijk is dat een ondergrens – het minimaal haalbare – wordt vastgesteld. In dat verband beschouwt de projectgroep het als onrealistisch dat de collegiale ondersteuning het sociale netwerk mobiliseert (taak 4). Wel is het van belang dat collegiale ondersteuners hier alert op zijn. Zij moeten bewaken of een geüniformeerde ergens terecht kan met zijn verhaal, óók met betrekking tot een privésituatie. Dit is een aspect van de steunende context dat aandacht van de collegiale ondersteuner behoeft.
- Bij taak 5 – bijsturen van negatieve reacties uit de omgeving – geldt dat het niet aan de collegiale ondersteuning is om negatieve reacties uit de omgeving bij te sturen. Dat is een taak voor de organisatieleiding. Wel is het belangrijk dat de collegiale ondersteuning aandacht geeft aan externe berichtgeving.
- De projectgroep acht taak 6 – omgaan met toekomstige schokkende gebeurtenissen – niet noodzakelijk bij de werkzaamheden van de collegiale ondersteuning. De projectgroep vindt niet dat de collegiale ondersteuning een specifieke rol heeft in de nazorg bij de verwerking zelf; deze ligt bij professionele behandeling. Wel heeft zij een rol in het signaleren van problemen in het functioneren, zoals beschreven in taak 3. Indien de wijze waarop een medewerker is omgegaan met de gebeurtenis aan de orde komt in het gesprek, kan dit uiteraard wel besproken worden.
- Geüniformeerde diensten zijn geregeld gezamenlijk bij een incident betrokken. Alle geven aan een multidisciplinaire operationele debriefing (dus met meerdere organisaties) erg leerzaam te vinden. Dergelijke bijeenkomsten zouden vaker plaats moeten vinden. Iedere geüniformeerde die betrokken was bij een incident, ongeacht de organisatie, zou de gelegenheid moeten krijgen om bij de evaluatie aanwezig te zijn. Waar mogelijk zou in een multidisciplinaire operationele debriefing moeten worden voorzien.
- Uit de focusgroepen blijkt de wens dat georganiseerde collegiale ondersteuning niet te snel moet gebeuren na de gebeurtenis, en dat er in een later stadium nogmaals op wordt gewezen.
- De projectgroep acht het van groot belang dat de organisatie een coördinator aanstelt, die de stappen van georganiseerde collegiale ondersteuning monitort en evalueert.

Aanbevelingen

22

De projectgroep beveelt aan georganiseerde collegiale ondersteuning als uitgangspunt te nemen. Een dergelijke aanpak is herkenbaar voor de medewerker en werkt drempelverlagend. Vanuit dit generieke uitgangspunt is het aan elke organisatie om te komen tot een structuur die passend is binnen de eigen organisatie.

23

De projectgroep beveelt aan dat georganiseerde collegiale ondersteuning 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 doorverwijzing;
- 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.

24

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

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 doorverwijzing.

Het informeren van de leidinggevende dient vanaf de eerste stap te gebeuren en gedurende het proces van collegiale ondersteuning voortgezet te worden. De leidinggevende kan ook zelf georganiseerde collegiale ondersteuning inschakelen, bijvoorbeeld na een operationele debriefing. Door wie de stappen worden uitgevoerd, bepaalt de organisatie zelf.

4.2.2 Inzet van collegiale ondersteuning

Zodra daar aanleiding toe is, kan een organisatie overwegen om collegiale ondersteuners in te zetten. Binnen deze richtlijn geldt het (mogelijk) optreden van problemen in het functioneren van de collega als een aanleiding, mits het probleem wordt gesignaleerd. Daadwerkelijke inzet van collegiale ondersteuning vergt een afweging op basis van relevante criteria (stap 1 uit figuur 2).

Onderbouwing

In de praktijk bestaat er variatie in de inzetcriteria die organisaties van geüniformeerden hanteren om een besluit te nemen over de inzet van collegiale ondersteuning. Voorbeelden zijn terug te vinden in de boxen 4b, 4c, 4d en 4e.

Box 4b. Voorbeelden uit de praktijk: inzetcriteria politie/KLPD

- 1 Geweldsincidenten door of tegen een politieman/-vrouw, waaronder begrepen (psychische en/of fysieke) bedreiging met geweld;
- 2 collega gewond of dood, waaronder zelfdoding;
- 3 lijkzoeking, lijkvinding, zelfdoding;
- 4 ongeval(len) c.q. incident(en) waarbij een kind (of meerdere) zwaar gewond is (zijn) geraakt of is (zijn) overleden;
- 5 reanimatie;
- 6 ongeval(len) c.q. incident(en) waarbij één of meerdere volwassene(n) ernstig gewond en/of dood is (zijn);
- 7 ongeval(len) c.q. incident(en) waarbij één of meerdere collega(s) ernstig gewond is (zijn) of dood is (zijn);
- 8 lijkschouwing in het algemeen en op het lichaam van één of meerdere collega(s) in het bijzonder;
- 9 luchtvaartongeval(len) c.q. incident(en);
- 10 luchtvaartongeval(len) c.q. incident(en) waarbij één of meerdere collega(s) betrokken is (zijn);
- 11 eerste optreden bij seksueel geweld of misbruik;
- 12 ernstige psychische nood van een collega;
- 13 betrokken bij prik- of bijtincidenten;
- 14 ongewoon hoge frequentie van schokkende gebeurtenissen in relatie tot persoonlijke omstandigheden van een collega;
- 15 overige incidenten waarbij lijnchefs, collega's en/of betrokkenen om inzet van het BOT verzoeken.

Box 4c. Voorbeelden uit de praktijk: inzetcriteria brandweer (twee voorbeelden)

Uit Handleiding Nazorg Brandweer:

- ernstig letsel bij volwassen slachtoffers of bij de brandweerlieden zelf;
- ernstig letsel bij kinderen;
- doden, in het bijzonder overleden kinderen en collega's;
- bergen van dode lichamen;
- machteloos moeten toezien;
- ingesloten raken bij een brand.

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

- 1 geweld/intimidatie tegen hulpverleningspersoneel;
- 2 ongevallen met zwaar letsel, dood of verminking;
- 3 ernstig letsel, dood en reanimatie van kinderen en/of hulpverlener(s);
- 4 situaties waarbij familie of collega's van geüniformeerden betrokken zijn;
- 5 situaties waarbij sprake is van onmacht bij het hulpverlenend personeel (bijv. zelfdoding of poging daartoe, verbranding, verdrinking);
- 6 bizarre situaties (bijv. schietincident, seksueel delict) en ernstige misdrijven (bijv. gijzeling);
- 7 alle situaties waarbij hulpverlenend personeel zelf aangeeft behoefte aan opvang te hebben.

Box 4d. Voorbeelden uit de praktijk: inzetcriteria ambulancedienst

- 1 Ernstige gebeurtenissen met kinderen (dodelijke ongevallen, mishandeling, ernstige brandwonden, verdrinking, vergiftiging, reanimatie);
- 2 ernstige (verkeers)ongevallen, waarbij sprake is van zwaar letsel, dood of verminking;
- 3 ongevallen of gebeurtenissen waarbij familie of collega's van de ambulancehulpverlener betrokken zijn;
- 4 situaties waarbij geweld en/of intimidatie naar een of meer ambulancehulpverleners wordt gebruikt (steekpartijen, schietpartijen, rellen, bedreigingen);
- 5 situaties waarbij sprake is van onmacht bij de ambulancehulpverlener;
- 6 bizarre situaties en ernstige misdrijven;
- 7 mogelijke besmetting met HIV (prikaccident);
- 8 het maken van een ernstige (verpleegkundige) fout;
- 9 alle situaties waarbij de ambulancehulpverlener zelf aangeeft behoefte te hebben aan opvang.

Box 4e. Voorbeelden uit de praktijk: inzetcriteria Koninklijke Marechaussee

Uit de operationele instructie KMar, punt 4: een oproep van het collegiale-ondersteunings-team dient te geschieden bij elk incident waarbij een collega:

- 1 ernstig bedreigd, ernstig gewond of gedood is;
- 2 direct geconfronteerd is met, of slachtoffer is geweest van een gijzeling;
- 3 ernstig letsel bij, of de dood van een ander heeft veroorzaakt;
- 4 wordt geconfronteerd met een voor een ander levensbedreigende situatie;
- 5 wordt geconfronteerd met ernstig gewonde en/of dodelijke slachtoffers;
- 6 in een situatie van extreme onmacht verkeerd heeft (bijvoorbeeld getuige is geweest van een verdrinking of verbranding zonder dat hulp kon worden verleend);
- 7 geconfronteerd is met een seksueel delict;
- 8 geconfronteerd is met een (poging tot) zelfdoding;
- 9 geconfronteerd is met een ernstig verkeersongeval;
- 10 zelf aangeeft behoefte te hebben aan hulp bij het verwerkingsproces van een meegemaakte ingrijpende gebeurtenis;
- 11 betrokken is bij een schietincident (geldt voor alle schietincidenten).

Uit deze boxen komt een aantal verschillen tussen de verschillende organisaties aan de orde, maar ook binnen de organisaties (bijvoorbeeld tussen brandweerkorpsen). Het gaat om verschillen in aantal criteria, maar ook om inhoudelijke aspecten. Een duidelijke overeenkomst is dat de ernst van een gebeurtenis het uitgangspunt vormt. De inzetcriteria dwingen uit te gaan van betrokkenheid van de geüniformeerde bij een situatie waarin sprake was van ernstig letsel of waarin de geüniformeerde zelf of anderen (mogelijk dierbaren) gevaar liepen. In het bijzonder geldt dat voor situaties waarin de hulpverlener machteloos was of in 'bizarre' of 'uitzonderlijke' omstandigheden; de definitie daarvan hangt af van het dagelijkse werk.

Ook de gevallen waarin de geüniformeerde zelf het signaal afgeeft, worden vaker genoemd. Het kan niet-

temin voor de medewerker een drempel zijn om op eigen initiatief een vorm van collegiale ondersteuning aan te vragen. Signalering vanuit de organisatie is in die gevallen van belang. Een criterium kan ook zijn dat een leidinggevende merkt dat een medewerker wat stiller/neerslachtiger is dan normaal of dat hij/zij de indruk heeft dat 'de emmer overloopt'. Een leidinggevende moet gewezen/opgeleid worden op zaken waar hij/zij op moet letten om hulpbehoevende medewerkers te signaleren.

Door af te gaan op signalen en – bewust of onbewust – inzetcriteria langs te lopen, nemen leidinggevend en/of coördinatoren het besluit om wel of geen georganiseerde collegiale ondersteuning in te zetten. Bij het Korps Landelijke Politiediensten heeft bijvoorbeeld elke chef van dienst een lijst met potentieel traumatiserende incidenten (box 4b). Naar aanleiding van deze lijst wordt besloten of de ondersteuner contact opneemt met de betrokken agent. Gesprekken vinden op individuele basis plaats, omdat men bij de politie veelal alleen of in tweetallen werkt. Door middel van een piketregeling is het bedrijfsopvangteam 24 uur per dag beschikbaar (46, p. 32). Voor de brandweer geldt dat het de bevelvoerder, officier van dienst (OVD) of leidinggevende is, die in het algemeen bepaalt of collegiale ondersteuning moet worden ingezet. Voor de brandweer bestaat geen landelijk protocol, maar veel korpsen hebben inzetcriteria geformuleerd voor het alarmeren en/of informeren en inzetten van collegiale ondersteuning. Het zal altijd gaan om incidenten die afwijken van routineklussen. De georganiseerde collegiale ondersteuning neemt direct na of uiterlijk binnen een week na de inzet contact op met de betrokken brandweerlieden en is 24 uur per dag beschikbaar (46, p. 26). Bij ambulancezorg bestaat een protocol waarin de hoofdlijnen van de BOT zijn weergegeven, hoewel er ruimte is voor regionale verschillen met betrekking tot de invulling (46, p. 29). Binnen de Koninklijke Marechaussee informeert de leidinggevende de collegiale ondersteuning indien een incident voorkomt op een standaard-incidentenlijst met tien à twaalf incidenten. De werknemer of collegiaal ondersteuner kan ook zelf het initiatief hiertoe nemen.

Uit deze voorbeelden blijkt dat er een min of meer generieke werkwijze bestaat voor de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning. Door criteria af te wegen wordt het besluit genomen of en op welke manier collegiale ondersteuning wordt geboden. Dit besluit kan genomen worden door een leidinggevende of een coördinator (zie paragraaf 4.4).

Conclusie

Niveau 4 Op basis van de huidige praktijk kunnen gemeenschappelijke inzetcriteria voor georganiseerde collegiale ondersteuning worden geformuleerd. Het gaat om incidenten waarbij sprake is van:

- ernstig letsel of dreiging (met name als er kinderen in het spel zijn);
- betrokkenheid van familie of collega's van geüniformeerden;
- onmacht bij de (geüniformeerde) hulpverlener;
- 'bizarre' of 'uitzonderlijke' omstandigheden;
- geüniformeerde die zelf aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning;
- (direct) geweld tegen de medewerker.

Georganiseerde collegiale ondersteuning wordt ingezet als er een incident heeft plaatsgevonden dat voldoet aan één of meerdere inzetcriteria. Als een collega atypisch gedrag vertoont (bijvoorbeeld zich meer terugtrekt op de werkvloer), kan dit een criterium zijn voor de leidinggevende om voor die persoon collegiale ondersteuning in te schakelen.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- De bovenstaande conclusie is opgebouwd op basis van de grootste gemene deler van de incidentenlijsten vanuit de diverse organisaties. Vanwege de verscheidenheid aan werkzaamheden die door de verschillende organisaties worden uitgevoerd, besluit de projectgroep dat er geen algemene, uitputtende lijst voor de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning wordt opgesteld.
- In lijn met de definiëring van schokkende gebeurtenissen (zie paragraaf 2.2.1) wordt voor een advies over inzetcriteria in eerste aanzet het A1-criterium van PTSS aangehouden.¹¹ Aan dit criterium moet worden toegevoegd dat geüniformeerden ook zelf aan kunnen geven hulp nodig te hebben.
- Wel merkt de projectgroep op dat het A1-criterium als zodanig te breed opgevat zou kunnen worden, door de nadruk op de confrontatie met de dood. Zo worden ambulancemedewerkers in het dagelijks werk regelmatig met ernstig letsel of (dreigende) dood geconfronteerd. De projectgroep stelt vast dat nadere explicitering nodig is. Besloten wordt dat de richtlijn een basispakket aan criteria moet leveren. De projectgroep neemt de criteria zoals genoemd in de conclusie over, met uitzondering van incidenten waarbij sprake is van bizarre of uitzonderlijke omstandigheden. Organisaties kunnen deze criteria dan zelf aanvullen, zodat ze aansluiten op hun werkzaamheden.
- De projectgroep vindt het van belang dat het 'overlopen van de emmer' onder de aandacht blijft. Hier ligt een taak voor de direct leidinggevenden, maar ook de naaste collega heeft hier een signaleringstaak.
- De projectgroep vindt dat georganiseerde collegiale ondersteuning alleen moet worden ingezet bij werkgerelateerde incidenten. Incidenten met familieleden buiten de werksituatie om vallen in principe niet onder de collegiale ondersteuning. Op basis van goed werkgeverschap is het natuurlijk wel mogelijk dat georganiseerde collegiale ondersteuning wordt ingezet bij schokkende gebeurtenissen die buiten de dagelijkse praktijkervaring en/of functiebeoefening vallen, maar die wel van invloed zijn op het welzijn van de betrokken geüniformeerde.

Aanbevelingen

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 (paragraaf 2.2.1).

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;
- direct geweld tegen de hulpverlener.

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.

¹¹ Het A1-criterium volgens DSM-IV: betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen. Zie ook paragraaf 2.2.1 van deze richtlijn.

-
- 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.
-
- 30** De projectgroep beveelt aan om deze basisincidentenlijsten onder de verschillende hulpverleningsdiensten te delen. Dit maakt afstemming en uitwisseling van ervaringen en overwegingen mogelijk.
-
- 31** De leidinggevende kan georganiseerde collegiale ondersteuning inzetten na een operationele debriefing. De projectgroep beveelt aan dat een leidinggevende moet worden gewezen op/opgeleid zijn in zaken waar hij/zij op moet letten om medewerkers met een behoefte aan ondersteuning te signaleren.
-

4.2.3 Bieden van georganiseerde collegiale ondersteuning

In deze paragraaf willen we invulling geven aan de wijze waarop georganiseerde collegiale ondersteuning wordt uitgevoerd. Het geeft daarmee invulling aan stap 3 uit figuur 2: het bieden van collegiale ondersteuning.

Onderbouwing

In box 4f (volgende pagina) is de werkwijze voor de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning bij de verschillende diensten weergegeven. In het algemeen geldt dat primair de meldkamer vaststelt of een incident aan de inzetcriteria voor georganiseerde collegiale ondersteuning voldoet. Zodra de meldkamer een dergelijk incident binnen krijgt, wordt (via de leidinggevende) de collegiale ondersteuning ingezet. Deze zal ook naar het incident gaan en/of na het incident contact opnemen met de leidinggevende van de betrokken geüniformeerden. Tijdens een evaluatie/operationele debriefing kunnen er – in overleg met de betrokken leidinggevende – leden van collegiale ondersteuning aanwezig zijn.

Figuur 3. Stappen binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning



Hoewel uit box 4f veel verschillen in (landelijke) organisatie naar voren komen, kan het verloop van de collegiale ondersteuning zoals nu georganiseerd bij politie, brandweer en ambulance en Koninklijke Marechaussee beschreven worden zoals in figuur 3. Feitelijk is figuur 3 daarmee een nadere invulling van stap 3 uit figuur 2. Van belang is dat de collegiale ondersteuning snel beschikbaar is indien nodig. Dit kan bijvoorbeeld geregeld worden via piketdienst, zoals in veel organisaties al gebeurt. De benodigde hoeveelheid ondersteuners is per organisatie verschillend. Het ondersteuningsgesprek is bedoeld als ondersteuning en kan bij vervolgconsulten

ook dienen om gezondheid te volgen en te monitoren. Zodra de collegiale ondersteuning psychopathologie vermoedt, moet de betrokken geüniformeerde door de collegiale ondersteuning geadviseerd worden contact op te nemen met professionele opvang. Criteria hiervoor worden behandeld in hoofdstuk 5.

Box 4f. Voorbeelden uit de praktijk: werkwijze voor de inzet van collegiale ondersteuning bij de verschillende diensten

Politie

In de meeste politieregio's vindt de eerste opvang door collegiale ondersteuning plaats, veelal door een Bedrijfs Opvang Team (BOT). Dit is echter niet landelijk op dezelfde wijze georganiseerd. Een BOT is samengesteld uit een aantal hiervoor getrainde politiemedewerkers. Zij vangen collega's op na een ingrijpende gebeurtenis. Het BOT-team is in principe 24 uur per dag oproepbaar. Binnen het KLPD zijn 45 politiemensen getraind voor het BOT. Het KLPD heeft in totaal drie BOT's: in het noorden, midden en zuiden van Nederland. Mocht dat nodig geacht worden, dan kunnen politiemedewerkers met een (vermoedelijk) trauma doorverwezen worden naar het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC) Politiepoli, een samenwerkingsverband tussen Centrum '45 en AMC/De Meren. Dit is een landelijk behandeladres voor politiemensen met PTSS.

In principe geldt voor leidinggevenden dezelfde opvangstructuur als voor andere medewerkers. In de organisatiestructuur van de Nederlandse politie is de dagelijkse leiding van het operationele proces weggezet bij de Officier Van Dienst Politie. Deze OVDP is een leidinggevende die ter plaatse komt bij complexere zaken, waaronder zelfdodingen, ernstige ongevallen, misdrijven e.d. Hij/zij wordt daardoor ook blootgesteld aan traumatische ervaringen en dient ook te worden meegenomen in de opvang en nazorg. Daarnaast heeft de leidinggevende ook de verantwoordelijkheid voor de eerste opvang van zijn personeel. Hiermee wordt rekening gehouden binnen de opvang.

Leden van de collegiale opvang worden volgens het BOT-protocol door supervisie en intervisie ondersteund. Bij het KLPD wordt elk BOT ondersteund door het bedrijfsmaatschappelijk werk. Om de zes à acht weken komt een BOT bijeen en krijgt het intervisie en supervisie door de bedrijfsmaatschappelijk werker (46).

Brandweer

De brandweer heeft geen landelijk protocol voor opvang en nazorg voor de werknemers vastgesteld. Voor brandweermensen die met schokkende gebeurtenissen te maken krijgen, is in de regel per brandweerkorps een BOT ingesteld voor opvang en nazorg (46). De brandweer heeft in de meeste regio's door het instellen van een BOT de opvang en nazorg zelf verzorgd. Het BOT is 24 uur per dag oproepbaar. De Handleiding Nazorg Brandweer raadt aan over inzet van BOT met desbetreffend personeel van gedachten te wisselen, om deze zo goed mogelijk in overeenstemming in te zetten. In sommige regio's wordt voor opvang en nazorg samengewerkt met andere organisaties, zoals met Bureau Slachtofferhulp. De brandweer is in dienst bij de gemeente, maar de gemeenten hebben niet in een opvangregeling voor de brandweer voorzien. Hoewel de brandweer dus geen landelijk uniform protocol voor psychosociale hulpverlening heeft, wordt er veel aandacht aan opvang besteed. Gesprekken vinden meestal op groepsbasis plaats, maar kunnen op individueel niveau worden voortgezet.

Niet duidelijk is hoe leidinggevend en opgevangen worden. Soms wordt ervan uitgegaan dat opvang verloopt zoals voor andere brandweerlieden. Anderzijds bestaat het idee dat er geen opvangstructuur voor leidinggevend en is vastgelegd, waardoor leidinggevend en geen gebruik maken van het BOT. Voor BOT-leden is in procedures vastgelegd dat zij elkaar onderling opvangen of naar hun trainers kunnen gaan. Ook is intervisie in het BOT-protocol opgenomen (46).

Ambulance

Er is landelijk vastgesteld hoe opvang en nazorg voor het ambulancepersoneel georganiseerd moeten zijn, met de vrijheid om regionale aanpassingen te maken. In de onlangs gereedgekomen arbocatalogus is veel aandacht voor PSA (psychosociale arbeidsbelasting) en de rol van het BOT daarbinnen. Als het BOT verwerkingsproblemen signaleert, wordt in overleg met de medewerker een keuze gemaakt voor doorverwijzing. Na toestemming van de medewerker wordt ook met de leidinggevende overlegd over verdere maatregelen (uitroosteren, andere werkzaamheden). Doorverwijzing kan plaatsvinden naar de bedrijfsarts, maatschappelijk werker, psycholoog en andere specialistische hulpverlening. De verwijzingsprocedure is landelijk niet uniform geregeld. Grote ambulancediensten die bij een GGD ondergebracht zijn, hebben vaak een interne maatschappelijk werker naar wie doorverwezen kan worden voordat de bedrijfsarts naar een psycholoog doorverwijst. Bij kleinere ambulancediensten wordt direct naar externe specialistische hulpverlening doorverwezen. Leidinggevend en kunnen in geval van problemen terugkoppelen met de directie en contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijke werker of bedrijfsarts, die dan verder doorverwijst (46).

Koninklijke Marechaussee

Binnen de Koninklijke Marechaussee zal – zodra tijdens de dienst zich een van de incidenten van de eerder genoemde 'incidentenlijst' voordoet – het collegiale-opvangteam ingezet worden. Leidinggevend en binnen de Koninklijke Marechaussee zijn verplicht om in geval van bedoelde incidenten, daarvan melding te (laten) maken bij het districtteam collegiale opvang (COG-melding). Bij incidenten en situaties die afwijken van de incidentenlijst kan in overleg met een kernlid alsnog overgegaan worden tot inzet van het collegiale-opvangteam (Operationele instructie Kmar, punt 4). Het is niet toegestaan dat de commandant eerst met de werknemer gaat overleggen over het al dan niet inschakelen van het collegiale-opvangteam. Per (regionaal) district is een collegiale-opvangteam werkzaam (minimaal zes leden) waarvan één lid permanent bereikbaar en inzetbaar is. In afwijkende situaties dient met een lid van het kernteam collegiale opvang overlegd te worden. Dit kernteam bestaat uit psychologen en stafartsen die geconsulteerd kunnen worden en een zogeheten achterwacht verzorgen (telefonische bereikbaarheidsdiensten t.b.v. de collegiale opvang van leden).

Conclusie

Niveau 4 Georganiseerde collegiale ondersteuning wordt vaak georganiseerd volgens de volgende stappen: aanbod ondersteuningsgesprek en dan, indien nodig, vervolcontacten. Zodra de collegiale ondersteuning het noodzakelijk acht, moet geadviseerd worden tot doorverwijzing naar professionele opvang.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- Het is voor geüniformeerden van belang dat zij het lid van de collegiale ondersteuning kennen. Idealiter wordt de collegiale ondersteuning binnen de eigen regio geregeld en liever nog vanuit de eigen organisatie. In de focusgroepen wordt hieraan toegevoegd dat gesprekken met collega's die zelf eens een nare ervaring hebben meegemaakt tot een verhoogde herkenning leiden; men 'spreekt elkaars taal'. De opvang wordt hierdoor laagdrempelig. De collegiale ondersteuning (her)kent de gevoelens, emoties en gedachten die tijdens een gesprek kunnen optreden mede doordat hij zelf ook in het veld werkzaam is. Zo kan ondersteuning plaatsvinden zonder oordeel, commentaar of kritiek, maar met openheid, begrip en steun, wat van groot belang bij de verwerking is.
- De projectgroep vindt het belangrijk dat medewerkers niet te lang binnen georganiseerde collegiale ondersteuning worden 'vastgehouden', maar tijdig worden doorverwezen of losgelaten. Een maximum aantal gesprekken met georganiseerde collegiale ondersteuning zou hierin kunnen helpen. Globaal kan het aantal van drie vervolgesprekken aangehouden worden: 1) enkele dagen na het incident, 2) na vier tot zes weken; 3) na drie maanden.
- De timing van de eerste inzet van de georganiseerde collegiale ondersteuning is van belang. Wanneer deze eerste inzet te snel na het incident is, kan het schadelijk zijn voor de verwerking. Wel moet het eerste gesprek op korte termijn na signalering worden aangeboden. Dit laatste doet niets af aan het uitgangspunt dat binnen de collegiale ondersteuning ruimte moet bestaan om emoties te luchten en het verhaal kwijt te kunnen. Deze steunende context moet continu aanwezig zijn, en tevens moet de signalering door collega's en leidinggevenden constant van kracht zijn.
- Zodra er sprake is van een hiërarchie bestaat de kans dat de geüniformeerde het idee heeft niet vrijuit te kunnen praten; dit moet voorkomen worden. Ook uit de focusgroepsgesprekken komt naar voren dat leden van de collegiale ondersteuning indien mogelijk binnen de organisatie geen hiërarchisch hogere functie/positie/titel/rang hebben dan de geüniformeerde zelf.
- Leden van de collegiale ondersteuning dienen vanuit een vertrouwenspositie hun werkzaamheden te verrichten. Zij zijn gehouden om informatie en gegevens die zij als lid van dit ondersteuningssysteem tijdens een ondersteuningsgesprek ontvangen, als vertrouwelijk te behandelen. Deze vertrouwenspositie dient binnen de betrokken organisatie vastgelegd en gegarandeerd te zijn. Ten aanzien van deze vertrouwelijkheid kunnen zich drie uitzonderingen voordoen:
 - a ten eerste is het verschoningsrecht op deze groep niet van toepassing. Leden van de collegiale ondersteuning kunnen als getuige worden gehoord in een tegen een medewerker ingesteld strafrechtelijk onderzoek. Hierdoor kan men als getuige naar de inhoud van een ondersteuningsgesprek gevraagd worden en zal men openheid van zaken moeten geven;
 - b ten tweede kan bij het lid van de collegiale ondersteuning het beeld ontstaan dat de betreffende collega ofwel een gevaar vormt voor zichzelf ofwel voor anderen. In een dergelijke situatie kan het noodzakelijk zijn de betrokken collega – tegen zichzelf of anderen in diens omgeving – in bescherming te nemen, door derden hierover te informeren;

c ten derde ontstaat er een dilemma bij het lid van de collegiale ondersteuning als een getroffen collega tijdens het ondersteuningsgesprek (eigen) verwijtbare, laakbare of strafbare handelingen openbaar maakt. Het primaire doel van steunverlening kan dan namelijk in het geding komen, doordat het lid van de collegiale ondersteuning zichzelf ook in een belastende positie begeeft door kennis te dragen van dergelijke feiten. Hoewel steunverlening het primaire doel is, kunnen dit soort uitlatingen van een getroffen collega ertoe leiden dat voortzetting van het gesprek niet langer mogelijk is, omdat vertrouwelijkheid niet meer geboden kan worden. Met name indien het lid van de collegiale ondersteuning (buitengewoon) opsporingsambtenaar is, kan deze situatie optreden.

De betrokken geüniformeerde dient bij aanvang van een gesprek met een lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning te worden geïnformeerd over de vertrouwelijkheid van het gesprek en de bovengenoemde randvoorwaarden. Wanneer de noodzaak om inhoudelijke informatie uit een ondersteuningsgesprek naar buiten te brengen zich voordoet, dient de betrokken collega hier door het lid collegiale ondersteuning direct over geïnformeerd te worden. Allereerst zal samen met de betrokken collega nagegaan moeten worden of deze bereid is zelf actie te ondernemen. Indien dat niet het geval is, zal door het lid van de collegiale ondersteuning overgegaan moeten worden tot het nemen van de benodigde stappen.

- Een leidinggevende kan zelf niet (tegelijktijd) collegiale ondersteuning doen, want dat verstoort de functionele relatie.
- In uitzonderlijke situaties kan de georganiseerde collegiale ondersteuning op eigen initiatief praktische ondersteuning aan de organisatie bieden tijdens of direct na een incident, zoals tijdens rampen. Dan heeft de collegiale ondersteuning de taak zeker te stellen dat het welzijn van de eigen medewerkers niet vergeten wordt. Buiten dergelijke uitzonderlijke gebeurtenissen is de projectgroep van mening dat de georganiseerde collegiale ondersteuning niet op eigen initiatief zijn diensten moet aanbieden.
- Professionele ondersteuning bestaat náást de collegiale ondersteuning en kan zich binnen of buiten de organisatie bevinden (zie hoofdstuk 5).
- Leden van de collegiale ondersteuning moeten zelfstandig kunnen opereren en altijd – via piketregeling – bereikbaar zijn.
- De projectgroep vindt dat de georganiseerde collegiale ondersteuning ook een rol in voorlichting moet hebben, in het bijzonder voor leidinggevend. De cultuur op psychosociaal gebied kan daardoor verbeteren. Direct na een incident is een soufflerend lid van de collegiale ondersteuning doorgaans zeer welkom. Niet om de positie van de leidinggevende in te nemen, maar om diens positie te bekrachtigen door adequate informatie te geven over menselijke reacties bij incidenten en het gewenste gedrag van de leidinggevende en diens omgeving. In geval van grootschalige(r) incidenten kan het bovendien noodzakelijk zijn dat operationeel leidinggevend ontlast worden wat betreft de direct te leveren zorg aan hun personeel, door een actievere rol toe te bedelen aan de georganiseerde collegiale ondersteuning.
- De projectgroep onderkent het bestaan van het spanningsveld tussen enerzijds de psychosociale ondersteuning waar een geüniformeerde recht op heeft en anderzijds waarheidsvinding door de opsporingsinstantie/het Openbaar Ministerie (OM). Geüniformeerden worden vaak al gehoord/verhoord voordat zij een eerste ondersteuningsgesprek hebben gehad. De richtlijn zou dit moeten adresseren, maar niet op een stringente, zwart-witwijze. Een voorstel vanuit de stuurgroep is een eerste ondersteuningsgesprek voorrang te geven over waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het OM zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.

Aanbevelingen

32 Het eerste gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning dient enkele dagen na signalering, dus niet onmiddellijk volgend op het incident, te worden aangeboden. Dit laat onverlet dat binnen de organisatie een steunende context moet bestaan waarbinnen desgewenst ruimte is om emoties te kunnen luchten en het verhaal kwijt te kunnen.

33 De projectgroep raadt aan bij georganiseerde collegiale ondersteuning de volgende globale fasering aan te houden.

- Eerste gesprek: enkele dagen na het incident.
- Tweede gesprek: na vier tot zes weken.
- Derde gesprek: na drie maanden.

34 De projectgroep beveelt aan binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning maximaal 3 gesprekken te voeren volgens bovengenoemde fasering. Daarna dient geadviseerd te worden dat de geüniformeerde contact zoekt met professionele hulpverlening.

35 De collegiale ondersteuning heeft naast een ondersteunende ook een signalerende functie.

36 Tijdens het contact met het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning dient vertrouwelijkheid te worden geboden, maar onder voorwaarden. Deze voorwaarden zijn:

- 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;¹²
- 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.

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.

¹² Gebaseerd op de juridische definitie van 'verschoningsrecht', zoals weergegeven op de internetsite van de Rechtspraak en de Hoge Raad der Nederlanden: <http://www.rechtspraak.nl>, geraadpleegd 24 september 2010.

4.2.4 Vereiste kennis en vaardigheden voor deelname aan georganiseerde collegiale ondersteuning

Onderbouwing

Over de vereisten voor de medewerkers aan georganiseerde collegiale ondersteuning is niet veel bekend in de wetenschappelijke literatuur. Wel beschrijven Cronin et al. (16) een aantal principes die worden toegepast bij het verlichten en hanteren van de psychische belasting van de hulpverlener. De nadruk ligt op principes als vertrouwelijkheid, ondersteuning van mensen in nood, het bevestigen van de individualiteit en het belang van relaties. In box 4g staan de werkwijzen van de verschillende organisaties opgesomd.

Box 4g. Voorbeelden uit de praktijk: selectiemethoden leden collegiale ondersteuning binnen de verschillende organisaties

Korps landelijke politiediensten

Bij het KLPD wordt gebruikgemaakt van een profielschets collegiale ondersteuning en de combinatie met de eigen functie. Er wordt een selectie gemaakt op geschiktheid. Iemand die meedoet aan collegiale ondersteuning moet basiskennis over PTSS hebben. Daartoe worden BOT-leden getraind signalen te herkennen die op een verwerkingsstoornis zouden kunnen wijzen en wanneer doorverwezen moet worden naar het bedrijfsmaatschappelijk werk of de bedrijfsarts. Op verzoek geeft het Psychotrauma Diagnose Centrum Politiepoli voorlichting over PTSS en het bijhorende behandelprogramma.

Brandweer

Er bestaat geen vastgestelde landelijke opleiding voor collegiale ondersteuning bij de brandweer. Korpsen zijn vrij om hier zelf invulling aan te geven. Veel korpsen 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 hoofdtak en wordt het leiden van de collegiale ondersteuning beschouwd als het managen van een willekeurig team.

Ambulancedienst

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, bv. in gesprekstechnieken en het herkennen van PTSS. Bij de ambulancediensten had het voormalig sectorfonds voor de ambulancezorg (SOVAM) een faciliterende rol in het beleid van opvang en nazorg, het regionale ambulance vervoer (RAV) zelf was verantwoordelijk voor de coördinatie. In 2007 is deze functie ondergebracht bij de sectororganisatie Ambulancezorg Nederland.

(vervolg op volgende pagina)

(vervolg van vorige pagina)

Koninklijke Marechaussee

Binnen de Koninklijke Marechaussee is een competentieprofiel opgesteld voor de collegiale ondersteuning. Een hoog empathisch vermogen en sociale en communicatieve vaardigheden worden daarbij van belang geacht. Personen moeten ook 'goed in het team liggen'. Tegelijkertijd wordt een zekere robuustheid verwacht: men moet tegengas kunnen geven in een hiërarchische organisatie. Er bestaat een opleiding voor de collegiale ondersteuning; deze duurt vijf dagen en wordt verzorgd door twee psychologen van het Landelijk Opleiding en Kenniscentrum KMar. Tijdens de training worden aspecten als kennis over traumaverwerking, gespreksprotocol, checklist en verwijzingssystematiek behandeld. De opleiding dient met goed gevolg afgerond te worden. Jaarlijks of tweejaarlijks volgt een herhalingscursus.

Conclusie

Niveau 4 Voor deelname aan collegiale ondersteuning gelden de volgende vereisten:

- men moet goed in het team liggen;
- men moet zelf aangeven collegiale ondersteuning te willen en te kunnen bieden;
- cursus volgen over het geven van collegiale ondersteuning;
- herhalingscursus moet aangeboden en gevolgd worden.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- De projectgroep streeft naar een generieke beschrijving van de vereisten voor deelname aan collegiale ondersteuning. Echter, de aanbeveling moet wel iets zeggen over de competenties die de collegiale ondersteuning moet hebben. De projectgroep vindt dat deze zouden moeten bestaan uit: goede communicatieve vaardigheden, empathisch vermogen, een zekere mate van zelfstandigheid, professionaliteit, resultaatgerichtheid, robuustheid, evenwichtigheid en/of daadkracht. Daarnaast is het goed dat de collegiale ondersteuning een coördinator heeft die tussen de leden van de collegiale ondersteuning en de leidinggevende staat in geval van onenigheid.
- 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.
- Er dient een voorziening te worden gecreëerd voor multidisciplinaire uitwisseling van ervaringen tijdens de opleiding en daarna.
- Er dient aandacht voor deze competenties te zijn binnen de opleiding van leden collegiale ondersteuning.

Aanbevelingen

- 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.
- 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.
- 40** Competenties die van belang zijn voor leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning en die (multidisciplinair) in de opleiding aan bod dienen te komen, zijn:
- communicatieve vaardigheden;
 - goed kunnen luisteren;
 - invoelend vermogen;
 - robuuste, daadkrachtige persoonlijkheid;
 - zelfstandigheid;
 - betrouwbaarheid.
-

4.3 Monitoring

Deze paragraaf is een aanvulling op de eerste stap van de aanloop naar een cyclische functie van georganiseerde collegiale ondersteuning, oftewel de continu signalerende functie van de collegiale ondersteuning (zie figuur 2). Werd in paragraaf 4.2.2 al vastgesteld onder welke omstandigheden de georganiseerde collegiale ondersteuning ingezet moet worden, hier gaat het om het op de langere termijn signaleren van eventuele gevolgen van schokkende gebeurtenissen voor de gezondheid en/of het functioneren bij de geüniformeerde.

4.3.1 Monitoring als signaleringsfunctie

Wetenschappelijke onderbouwing

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 (46, p. 36).

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor de werking van de screeningsinstrumenten bij geüniformeerden. Wel zijn resultaten van het gebruik van screeningsinstrumenten beschreven in het kader van vroegdiagnostiek. Hoge et al. (42) rapporteerden in een descriptieve studie over het gebruik van een screeningsinstrument voor geestelijke gezondheid na uitzending. Hieruit blijkt dat Amerikaanse militairen in hoge mate psychische klachten rapporteren (19% Irak, 11% Afghanistan en 9% andere locaties) en gebruikmaken van geestelijke gezondheidszorg (35% Irak). Bij Irakveteranen ontving 12% een psychiatrische diagnose.

Daarnaast zijn er studies beschreven naar de gevolgen van de terroristische aanslag in New York op 11 september 2001 voor destijds ingezette geüniformeerden. Katz et al. (51) beschrijven een mental health screening program waarbij 6000 respondenten die op Ground Zero gewerkt hadden een vragenlijst invulden en verdere professionele hulp kregen aangeboden. De klinische vignetten illustreren de problematiek van de respondenten. Bij hen worden niet alleen symptomen van PTSS beschreven, maar ook schuldgevoelens als overlevenden, kwellende herinneringen van traumatische ervaringen uit de jeugd, intense gevoelens van schaamte, terugval in middelenmisbruik, psychose en problemen met familierelaties.

De Australische richtlijn (32) adviseert systematisch screening bij geüniformeerden om ASD 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. De NICE guidelines PTSD (63) adviseert screening via een kort screeningsinstrument een maand na de gebeurtenis, met een follow-up-contact een maand later.

In box 4h staan de vormen beschreven die door organisaties ingezet worden om de (geestelijke) gezondheid van ingezette hulpverleners in de gaten te houden, zoals die uit interviews en groeps gesprekken naar voren zijn gekomen.

Box 4h. Voorbeelden uit de praktijk: methoden binnen de verschillende organisaties om de (geestelijke) gezondheid van ingezette geüniformeerden te signaleren/monitoren.**Politie (Korps landelijke politiediensten)**

Bij de politie (KLPD) wordt in de maanden na de schokkende gebeurtenis door collega's of leidinggevenden in de gaten gehouden hoe het met iemand gaat. Als men er in het eerste gesprek niet uitkomt, wordt een tweede en/of een derde gesprek gepland, bijvoorbeeld na enkele weken en na drie maanden.

Brandweer

Bij de brandweer is er sprake van observatie door naaste collega's en de leidinggevende, en eventueel inschakelen van collegiale ondersteuning voor nadere monitoring. Bij de meeste brandweerkorpsen is er een protocol voor leidinggevenden 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 ploegleider of ploegchef).

Ambulance

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

Koninklijke Marechaussee

Bij de Koninklijke Marechaussee vindt observatie door collega's en leidinggevenden (niet officieel) plaats. Collegiale ondersteuning past een screenings- en monitoringsprotocol toe en hanteert daarbij een checklist (na drie dagen, vier weken en drie maanden).

Defensie

Bij Defensie wordt geleverde professionele zorg per subonderdeel geëvalueerd. Binnen deze eenheden worden eigen evaluatieprocessen gehanteerd. Wat betreft de geleverde zorg door het sociaal-medisch team wordt deze geëvalueerd door middel van een vragenlijst die elke betrokken collega via het intranet krijgt aangeboden. Deze online-evaluatie zoomt in op geleverde diensten van het sociaal-medisch team en mogelijke prevalentie van klachten drie maanden na het incident. Tevens vormt deze database de basis voor het jaarverslag van het sociaal-medisch team.

Conclusies

Niveau 4 Er is geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor de werking van de screeningsinstrumenten bij geüniformeerden als signaleringsinstrumenten voor gezondheidsklachten of gerelateerde functioneringsproblematiek.

D Mening deskundigen

Niveau 4 Er zijn aanwijzingen dat bewaking (monitoring) van geïnformeerden die aan een schokkende gebeurtenis zijn blootgesteld, zinvol is voor de opsporing van late gevolgen van die blootstelling, zoals PTSD. Monitoring kan plaatsvinden met een korte vragenlijst, om te beginnen vier weken na de gebeurtenis, en verder als er aanleiding voor is op basis van watchful waiting.

B ACPMH 2007; NICE 2005

Overige overwegingen

- De projectgroep is van mening dat screeningslijsten niet afgenomen moeten worden tijdens gesprekken met professionele collegiale ondersteuning, omdat dit afbreuk doet aan het ervaren van een steunende context.
- De factoren die in de screeningslijsten naar voren komen (middelenmisbruik, agressie, slaapproblemen etc.) kunnen door de collegiale ondersteuning worden gebruikt als onderwerpen voor het gesprek. Deze factoren fungeren dan als een checklist.
- Personen die behoefte hebben aan (na)zorg moeten goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden om die zorg te krijgen. Deze moet ook in de jaren na een ramp beschikbaar blijven en het is vooral voor geïnformeerden van belang dat de nazorg laagdrempelig is. Ongeveer vier jaar na de Herculesramp gaf een op de vijf reddingswerkers aan nog behoefte te hebben aan nazorg of opvanggesprekken (46).
- Zodra dat noodzakelijk is, dient de georganiseerde collegiale ondersteuning de collega te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverlening. Daarbij moeten de aandachtspunten gebruikt worden zoals beschreven in hoofdstuk 5.1.
- De projectgroep merkt op dat voorzieningen moeten worden getroffen voor monitoring bij de leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning zelf, leidinggevend en andere betrokkenen bij het leveren van collegiale ondersteuning.
- Qua diagnostiek wordt gepleit voor een stepped-carediagnostiek, allereerst een korte screening door leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning (zijn daartoe opgeleid; zie boven). Bij (matige) problemen (of het risico daarop) kan verwezen worden naar onlinezelfhulptesten. Van hieruit kan dan verwijzing worden ingezet naar meer gespecialiseerde professionele hulpverlening.
- Bij enkele organisaties wordt per geïnformeerde bijgehouden waar men bij betrokken is geweest en wanneer. Als een geïnformeerde veel heeft meegemaakt in een korte periode, kan een lid van de collegiale ondersteuning langsgaan. Hoewel de projectgroep het cumulatieve effect van schokkende ervaringen van belang acht, ziet zij een aantal nadelen aan de registratie hiervan op individueel niveau. Deze overwegingen komen in paragraaf 4.4.2 aan de orde.
- Gezondheidsmonitoring kan jaarlijks plaatsvinden in het kader van een preventief medisch onderzoek (PMO) of een periodiek arbeidsgezondheidskundige monitor (PAM), zoals die binnen de ambulance-sector wordt ontwikkeld.

Aanbevelingen

- 41** Zodra de georganiseerde collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt in overleg met de betrokkene doorverwijzing geadviseerd naar professionele opvang. Als handvat hierbij kan het lid van de collegiale ondersteuning gebruikmaken van de aandachtspunten zoals genoemd in de aanbeveling 50.

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.

4.3.2 De signaleringsfunctie van leidinggevenden

Zoals in 4.2.3 ook al genoemd is, heeft de leidinggevende een taak in het signaleren van problematiek bij de werknemers. De leidinggevende kent zijn team en signaleert mogelijke problemen bij het personeel.

Wetenschappelijke onderbouwing

De Australische richtlijn stelt dat observatie van het functioneren in het werk van een hulpverlener door diens leidinggevende bijdraagt tot het signaleren van psychische problemen bij de hulpverlener (32). Nieuwenhuijsen et al. (65) vonden in een prognostische studie dat frequente communicatie van leidinggevenden met werknemers die verzuimen door psychische klachten, werkherwinning versnelt.

Kuoppala et al. (54) stelden op basis van 27 studies vast dat er weinig onderzoek is op dit terrein, maar dat er aanwijzingen zijn dat inspirerend leiderschap van invloed is op werktevredenheid, werkgerelateerde psychische gezondheid en arbeidsongeschiktheid. Ook de projectgroep (via meelesgroepen) geeft aan dat er naar verwachting een relatie is tussen het type leiderschap en de motivatie van de (geüniformeerde) werknemer, maar dat dit zeer moeilijk te objectiveren is. Daardoor is het moeilijk meetbaar en om te vormen tot concrete aanbevelingen voor leidinggevenden. De houding van de leidinggevende is daarbij van belang. Serieus genomen worden door de leidinggevende zal het saamhorigheidsgevoel in de groep vergroten. De medewerker moet zich begrepen voelen. Als een medewerker bang is bijv. ontslagen te worden als hij toegeeft dat het even niet lekker gaat, is dat geen goede basis voor een gesprek. Een medewerker moet weten dat hij aan kan geven dat het even wat minder gaat. Dit zal ook van invloed zijn op de prestaties van het team (naast de invloed van vaardigheden, motivatie en inspiratie). Leidinggevenden zijn in staat groepscohesie te bevorderen en sociale steun te bekrachtigen. Sociale steun vormt een cruciale factor in de verwerking van potentieel traumatische incidenten (o.a. 47). Er is echter geen onderzoek bekend dat deze relatie heeft onderzocht voor sociale steun door de leidinggevende.

Vanuit de focusgroepen wordt benadrukt dat het aantal medewerkers onder leiding van een leidinggevende zo moet zijn, dat een leidinggevende de ruimte heeft om zijn medewerkers te kennen en gedragsverandering te signaleren. Om dit te signaleren, dient men een training te krijgen. Zo kan een leidinggevende in de gaten houden wanneer een medewerker bijvoorbeeld stiller of minder enthousiast wordt en hem persoonlijk vragen of het allemaal nog wel goed gaat. De leidinggevende moet alert zijn op verergering van gezondheidsproblematiek door na-onderzoeken, maar ook de media-aandacht kan hier een invloed hebben. Het lijkt zinvol om deze zaken (attentie, aanvoelen, signaleren, kritiek van buiten etc.) op te nemen in voorlichting en een training van het management, leidinggevenden en de leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning, want momenteel zijn niet alle leidinggevenden hier voldoende in getraind.

Het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC) Politiepoli van het AMC (voorheen: Psychopol AMC) is bezig een screeningslijst te valideren om klachten vroegtijdig te signaleren. Deze 10-scorelijst, gebaseerd op de Trauma Screening Questionnaire (TSQ), moet nog gevalideerd worden, maar zou mogelijk leidinggevend kunnen bijstaan in het herkennen van klachten. De Australische richtlijn (32) zinspeelt op de mogelijke dissimulatie van geüniformeerden ('doen alsof er niets aan de hand is') en daarom moeten leidinggevend bekend zijn met de directe en indirecte uitingen en symptomen van een PTSD in het werk, zodat ze tijdig kunnen signaleren en zonodig (kunnen adviseren tot) verwijzen. Ook de focusgroepen wijzen op de mogelijkheid van dissimulatie.

Naast het signaleren van eventuele klachten bij geüniformeerden, speelt de leidinggevende ook een belangrijke rol bij de samenstelling van de leden binnen de collegiale ondersteuning. De leidinggevende is medeverantwoordelijk voor het selecteren van leden voor de collegiale ondersteuning. Voor hen is het belangrijk dat de medewerkers collegiale ondersteuning goed 'passen' in het team van overige geüniformeerden.

Conclusies

Niveau 4 Observatie van het functioneren in het werk van een hulpverlener door diens leidinggevende draagt bij aan het signaleren van psychische problemen bij de hulpverlener.

D ACPMH 2007

Niveau 3 Aandacht van leidinggevend voor psychische klachten/functioneren versnelt werkhervatting en lijkt mentale gezondheid en veerkracht te vergroten, evenals de kracht van de steunende context op het werk.

B Kuoppala et al. 2008; Nieuwenhuijsen et al. 2004

Niveau 4 Alertheid van de leidinggevende op secundaire victimisatie door na-onderzoeken lijkt van belang. Dit is van belang voor voorlichting en training van het management, leidinggevend en de leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Belangrijk is dat de leidinggevende attent is op een negatieve invloed van kritiek van buiten op de verwerking van schokkende gebeurtenissen.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- Wat onder een (operationeel) leidinggevende wordt verstaan, kan verschillen per dienst. Het is aan de organisaties zelf om te bepalen welke leidinggevende verantwoordelijk is, en aan welke functie dit gekoppeld wordt. In box 4i is een overzicht opgenomen van geschikte leidinggevend volgens de projectgroep.
- De leidinggevende is verantwoordelijk voor het aanbieden van collegiale ondersteuningsmogelijkheden, maar hoeft niet per se verantwoordelijk te zijn voor het selecteren van leden collegiale ondersteuning. Dit kan gedelegeerd zijn naar een coördinator.
- Bij de selectie van medewerkers voor georganiseerde collegiale ondersteuning is het belangrijkste element dat deze goed liggen bij de overige geüniformeerden.
- De alertheid van leidinggevend van vertaald moeten worden in een vereist kennis- en vaardigheidsniveau (een soort basis waaraan in ieder geval zou moeten worden voldaan).

Box 4i. Voorbeelden uit de praktijk: operationeel leidinggevenden binnen de verschillende diensten**Politie**

Een operationeel leidinggevende binnen de politie is de functionaris die afhankelijk van zijn positionering en taakstelling (opsporing, handhaving) binnen de organisatie: de dagelijkse leiding heeft over een (kleine) groep medewerkers met een eenduidige taakstelling; of de dagelijkse leiding heeft over een groep medewerkers met verschillende disciplines in een eenduidige omgeving; of de dagelijkse leiding heeft over een (grote) groep medewerkers met verschillende disciplines in een complexe omgeving; of de dagelijkse leiding heeft over een (grote) groep medewerkers met verschillende specialismen in een complexe omgeving; of de dagelijkse leiding heeft over een groep medewerkers op het gebied van Grootschalig Optreden; of de dagelijkse leiding heeft over een groep specialistische medewerkers op het gebied van de opsporing in een meer complexe justitiële omgeving of de openbare orde of inlichtingen en veiligheid.

Brandweer

De Officier van Dienst heeft 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 tankautospuitten. Een vergelijkbare rol is weggelegd voor een bevelvoerder die leidinggeeft aan de inzet van één tot twee tankautospuitten (eenheden). Op een kazerne is meestal een postcommandant/ploegchef de functioneel leidinggevende buiten operationele inzet.

Ambulance

Een operationeel leidinggevende binnen de ambulance is de functionaris die binnen de organisatie de dagelijkse leiding heeft over een aantal ambulanceteams (verpleegkundigen/chauffeurs) of meldkamercentralisten. De span of control kan erg verschillen; vaak zijn er meerdere ambulanceposten waar een operationeel leidinggevende de verantwoordelijkheid voor draagt. De operationeel leidinggevende is ook vaak de Officier van Dienst Geneeskundig bij opschalingssituaties (GHOR). Soms zijn er ook teamleiders of plaatsvervangend leidinggevenden werkzaam (tweede echelon).

Koninklijke Marechaussee

De Eerste en Tweede Teamleider zijn het meest geschikt. De Eerste Teamleider is de operationeel aansturende leidinggevende van een groep van 15-20 personen in de rang van officier. Dit kan een relatief jonge officier zijn met een beperkte ervaring of een vanuit de onderofficieren doorgegroeiende onderofficier met substantiële ervaring. De Tweede Teamleider is de plaatsvervangende Teamleider in de rang van onderofficier met een relatief lange staat van dienst.

Defensie

De commandant is de operationeel verantwoordelijke leidinggevende. Hij is het meest geschikt om eventuele problemen binnen zijn eenheid te signaleren.

Aanbevelingen

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;
- kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
- kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim;
- kennis van praktische en sociale ondersteuning;
- kennis over nut en eventuele noodzaak tot aanpassing werkzaamheden;
- kennis van het organisatietypische 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.

44

De leidinggevende dient rekening te houden met negatieve bijverschijnselen van incidenten en na-onderzoeken (inclusief evaluatie-onderzoeken), 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.

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.

4.4 Verantwoordelijkheden en evaluatie van georganiseerde collegiale ondersteuning

Deze paragraaf gaat in op de evaluatie van het functioneren van de collegiale ondersteuning binnen de organisatie. Om goed te kunnen functioneren, dient de collegiale ondersteuning op een goede manier te zijn ingebed binnen de organisatie. Leidinggevend en coördinatoren spelen daarbij een belangrijke rol, evenals in de evaluatie.

4.4.1 Verantwoordelijkheden en ondersteuning vanuit de organisatie

De ondersteuning en verantwoordelijkheden die vanuit de organisatie belangrijk worden geacht, komen in deze paragraaf aan de orde, in aanvulling op de (wettelijke) verantwoordelijkheden die bij de organisatie liggen en die in paragraaf 2.4 zijn besproken.

Onderbouwing

De eindverantwoordelijkheid voor de zorg en de ondersteuning vanuit de organisatie rondom die zorg is nu niet eenduidig geregeld. Een mogelijkheid tot verbetering is de collegiale ondersteuning een prominenter plek te geven, meer verweven binnen een organisatie. Ze zou niet enkel aanwezig moeten zijn in die situaties waarin een potentieel schokkende gebeurtenis – volgens bijvoorbeeld een incidentenlijst – plaats heeft gevonden. Kleine(re) incidenten, die niet direct tot een actieve inzet van collegiale ondersteuning leiden, kunnen eveneens een grote impact hebben. Vanuit de focusgroepen komt het idee om bijvoorbeeld een spreekuur (eventueel digitaal) te organiseren door leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning, waar geüniformeerden met vragen terecht kunnen. Zo heeft collegiale ondersteuning ook tijdens het dagelijkse werk een functie, waarmee ze ook laagdrempeliger wordt. Bij Defensie wordt bij uitzendingen standaard geëvalueerd na een inzet, ook als er geen (grootschalige of potentieel schokkende) gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Een ander belangrijk punt om de verbintenis met collegiale ondersteuning en de organisatie te versterken, is te bewerkstelligen dat de ondersteuning ook echt door collega's uit dezelfde organisatie wordt uitgevoerd.

Binnen de ambulancezorg is een Handreiking Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg gepresenteerd (79). De werkwijze van collegiale ondersteuning is niet geprotocolleerd, maar vindt in hoofdlijnen plaats volgens deze handreiking, waarbij ruimte voor invulling vanuit de regionale en bedrijfseigen cultuur wordt gelaten. Daarnaast vinden er vanuit de sectororganisatie Ambulancezorg Nederland jaarlijks bijeenkomsten plaats voor alle leden van de collegiale ondersteuning.

Voor een goede inbedding van georganiseerde collegiale ondersteuning binnen de organisatie worden de volgende elementen van belang geacht:

- 1 een goede afstemming tussen de lijnverantwoordelijkheden van de coördinator collegiale ondersteuning en de leidinggevende;
- 2 geregelde evaluatie tussen coördinatoren, indien van toepassing;
- 3 trainingsmogelijkheden en evaluaties, leren van 'goede praktijken' en 'slechte ervaringen';
- 4 kwaliteitsmonitoring van stappen binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning.

In paragraaf 4.2.1 zijn vier stappen weergegeven rondom collegiale ondersteuning (signaleren, invoeren collegiale ondersteuning, uitvoeren collegiale ondersteuning, en eventueel advies voor doorverwijzen naar professionele hulpverlening). In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de (eind)verantwoordelijkheid bij deze stappen. Gedurende het hele werktraject van een geüniformeerde dient tijdig gesignaleerd te worden of hij/zij is blootgesteld aan een potentieel ingrijpende gebeurtenis of vermoedelijk ten gevolge daarvan met problemen kampt. Dit kan gesignaleerd worden door collega's, een geestelijk verzorger, bedrijfsmaatschappelijk werk of de leidinggevende. Wanneer men vermoedt dat een collega hulp nodig heeft, dienen zij dit aan te geven aan de coördinator van de collegiale ondersteuning of de leidinggevende, en kan inzet van collegiale ondersteuning overwogen worden. De coördinator van de collegiale ondersteuning en de leidinggevende zijn dan vervolgens verantwoordelijk voor het inzetten van deze hulp. Als deze hulp is ingezet, wordt de collega in het oog gehouden en wordt op een proactieve en vraaggestuurde wijze steun geboden. De coördinator en de leidinggevende zijn verantwoordelijk voor de zorg vanuit de collegiale ondersteuning. Hierbij is het belangrijk dat de leden van de collegiale ondersteuning de coördinator en de leidinggevende op de hoogte houden. Mocht na een aantal gesprekken tussen geüniformeerde en de collegiale ondersteuning blijken dat de geboden hulp niet afdoende is, dan wordt de geüniformeerde geadviseerd om – in overleg met leidinggevende, P&O en de arbodienst – te kijken naar de problematiek en de gezondheidsklachten. Naar aanleiding hiervan kan besloten worden dat de geüniformeerde hulp kan krijgen vanuit de professionele hulpverlening, zoals een bedrijfsarts of psycholoog. Voor deze doorverwijsstap is de medewerker zelf, samen met de leidinggevende en eventueel de bedrijfsarts, verantwoordelijk.

Conclusies

Niveau 4 De top/het strategisch niveau van de organisatie dient zich te committeren aan een goede psychosociale nazorg door georganiseerde collegiale ondersteuning, door middel van een duidelijke positionering hiervan binnen de organisatie.

D Mening deskundigen

Niveau 4 Voor een goede inbedding van georganiseerde collegiale ondersteuning binnen de organisatie zijn de volgende elementen van belang:

- 1) afstemming en geregelde evaluatie tussen de lijnverantwoordelijkheden van de coördinator collegiale ondersteuning, monitoring en de leidinggevende;
- 2) trainingsmogelijkheden en evaluaties, leren van 'goede praktijken';
- 3) kwaliteitsmonitoring door de coördinator van de stappen die doorlopen dienen te worden binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- De projectgroep stelt vast dat een leidinggevende niet (tegelijktijd) collegiale ondersteuning kan doen, omdat de functionele relatie de vertrouwelijkheid in de weg kan staan. Wel is de leidinggevende altijd verantwoordelijk. De organisatie moet waakzaam zijn voor het risico dat er een belangenverstremming optreedt.
- Coördinatoren zijn verantwoordelijk voor het goed functioneren van de collegiale ondersteuning. Dit houdt in dat (1) men ervoor zorgt dat de collegiale ondersteuning bijscholing en opfriscursussen volgt; (2) er gekeken wordt of alles goed verloopt als er een schokkende gebeurtenis plaatsgevonden heeft (worden de handelingen uit figuur 2 nageleefd, zijn alle stappen juist doorlopen, heeft men naar behoefte extra zorg gekregen); (3) het bestaande protocol geëvalueerd wordt binnen de collegiale ondersteuning; en (4) dat een coördinator en de leden collegiale ondersteuning regelmatig bij elkaar komen om de gang van zaken door te nemen en de gebeurtenissen van de afgelopen periode te bespreken.
- De projectgroep beschouwt de evaluatie van incidenten als een goede manier om werk van de collegiale ondersteuning te bespreken. Het is de taak van de coördinator om het welzijn van de medewerkers van de collegiale ondersteuning in de gaten te houden. Mocht dit nodig zijn, dan kan een andere medewerker van de collegiale ondersteuning ter vervanging door de coördinator worden ingezet.
- De projectgroep benadrukt het nut van het uitwisselen van ervaringen, mogelijk via interregionaal, intra-regionaal of multidisciplinair overleg. Niet in alle regio's vinden even frequent grootschalige of potentieel schokkende gebeurtenissen plaats. Ervaringen uitwisselen wordt altijd als leerzaam ervaren.
- De projectgroep meent dat, naast de directe leidinggevendenden, ook de top/het strategisch niveau van de organisatie zich moet committeren aan een goede psychosociale zorg door georganiseerde collegiale ondersteuning. Dit commitment moet blijken uit de plaats van de collegiale onderstructuur in de structuur van de organisatie. De positie van de georganiseerde collegiale ondersteuning binnen organisaties is nu niet altijd duidelijk vastgelegd.
- De voorgestelde frequentie voor evaluatiegesprekken tussen collegiale ondersteuning en de coördinator is maandelijks. Evaluaties tussen de coördinator en leidinggevendenden worden niet realistisch geacht door de projectgroep.
- Vanuit de organisatie dient de collegiale ondersteuning tijd en ruimte te krijgen om een gesprek aan te gaan met collega's. Medewerkers van de georganiseerde collegiale ondersteuning moeten dus, als dat nodig is, uitgeroosterd kunnen worden.
- De coördinatie wordt idealiter bij één persoon belegd. Zo wordt voorkomen dat de taken versnipperd door meerdere personen worden uitgevoerd, waardoor het onderlinge verband tussen de taken zal verdwijnen en daarmee ook een deel van de kwaliteitsbewaking van de collegiale ondersteuning. Wanneer het voor een organisatie niet mogelijk is een coördinator aan te stellen, kan deze gemotiveerd afwijken van de richtlijn. Coördinatie kan ook ingekocht/ingehuurd worden en hoeft niet per se vanuit de organisatie zelf te worden geregeld.
- De projectgroep stelt voor om de taken van de coördinator vast te leggen in een operationele instructie. Hierin zou ook de relatie tussen de coördinator en de leidinggevende kunnen worden benoemd.
- Op basis van de huidige praktijk is een schematisch overzicht samengesteld van de huidige werkwijze van coördinatoren (zie box 4j). In het algemeen geldt volgens de projectgroep dat:
 - α de positie van de coördinator zo hoog mogelijk in de organisatie is opgenomen;
 - β de coördinator onafhankelijk is;
 - γ de coördinator naast de hiërarchische lijn moet kunnen adviseren.

Box 4j. Voorbeelden uit de praktijk: de rol, taken en positie van een coördinator collegiale ondersteuning binnen verschillende diensten

| Dienst | Rol | Taken | Positie |
|---------------------------------|---|--|---|
| Politie | Bruggenbouwer bij conflicten; Verbinding met de korpsleiding; Aanspreekpunt meldkamer | Continuïteit van het team borgen; Coachen van leden collegiale ondersteuning en initiëren periodiek overleg; Zorgen voor het faciliteren van de inzet van collegiale ondersteuning; Onderhouden van interne en externe contacten; Opstellen van het jaarverslag collegiale ondersteuning; Bewaken rechtspositie leden collegiale ondersteuning | Direct onder de korpsleiding |
| Brandweer | Aanspreekpunt meldkamer en organisatie; Bruggenbouwer in geval van problemen; Coördinator collegiale ondersteuning | Telefonische intermediair; Verantwoordelijk voor daadwerkelijke inzet collegiale ondersteuning; Organisatie van opleidingen; Verzorgen van evaluaties; Verantwoordelijk voor coördinatie collegiale ondersteuning; Opstellen jaarverslag; Bewaken rechtspositie leden collegiale ondersteuning | Binnen de afdeling; Idealiter: onafhankelijk van de eigen afdeling en leidinggevende |
| Ambulance | Aanspreekpunt meldkamer; Coördinator collegiale ondersteuning | Telefonische intermediair en toewijzer opkomst collegiale ondersteuning; Zoeken van nieuwe leden collegiale ondersteuning; Continuïteit van het team borgen; Coachen van leden collegiale ondersteuning en initiëren periodiek overleg; Zorgen voor het faciliteren van de inzet collegiale ondersteuning (rooster); Onderhouden van interne en externe contacten; Opstellen van het jaarverslag collegiale ondersteuning; Verantwoordelijk voor coördinatie collegiale ondersteuning; Aanspreekpunt voor inhoudelijk verantwoordelijke (lijn)manager en directie | Binnen de afdeling; Idealiter: onafhankelijk van de eigen afdeling en leidinggevende |
| Koninklijke Marechaussee | Supervisor collegiale ondersteuning; Voorlichter; Aanspreekpunt collegiale ondersteuning vanuit korps/districtsleiding; Adviseur KMar en districten | Toezien op de vakinhoudelijke aansturing van de collegiale ondersteuning; Verantwoordelijk voor de kwaliteit van collegiale ondersteuning; Draaien van achterwachten; Verantwoordelijk voor voorlichting(smateriaal); Ondersteunen van de werving leden collegiale ondersteuning bij de districten; Toezien op de kwaliteitseisen van (kandidaat-)leden collegiale ondersteuning; Toezien op de kwaliteit van de opleiding collegiale ondersteuning; Opstellen jaarverslag collegiale ondersteuning; Afstemmen collegiale ondersteuning met andere partners in het veld; Algeheel coördinator zijn in geval van grootschalige incidenten, zodat leden collegiale ondersteuning optimaal ingezet kunnen worden; (On)gevraagd adviseren van staf KMar en Districten over het optreden rondom (grootschalige) incidenten; Periodiek onderzoek verrichten naar de perceptie van de kwaliteit van de collegiale ondersteuning | |
| Defensie | | | Binnen Defensie is geen formele coördinator aangesteld als zodanig. Er is wel sprake van gestructureerde collegiale opvang na een incident. De commandant organiseert – na de eerste directe opvang en naast andere (praktische) ondersteuning – een opvanggesprek voor direct betrokken, indirect betrokken en zijdelings betrokken militairen, i.s.m. het Sociaal Medisch Team (SMT). Het opvanggesprek wordt op gezette tijden (tijdens uitzending wekelijks) herhaald |
| Meldkamer | | | Niet formeel: de Meldkamer heeft op dit moment nog geen georganiseerde collegiale ondersteuning. Medewerkers vallen daar soms tussen de wal en het schip |

Aanbevelingen

46 De projectgroep beveelt aan dat de taak van coördinatie, het monitoren en evalueren van activiteiten van collegiale ondersteuning wordt vastgelegd door de organisatie. Idealiter wordt deze taak bij één persoon neergelegd.

47 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.

4.4.2 Evaluatie

Deze paragraaf gaat verder in op de stappen waarmee collegiale ondersteuning zelf geevalueerd kan worden.

Onderbouwing

Op grond van figuur 2 (paragraaf 4.2.1) kunnen voortgang, ondernomen stappen, en door wie actie is ondernomen binnen collegiale ondersteuning bijgehouden worden door middel van monitoring. Daarbij kunnen dan evaluatiemomenten ingebouwd worden, met als mogelijke indicatoren:

- (1) wat is gesignaleerd en wat was de aanleiding?
- (2) wie is ingezet als collegiale ondersteuner en aanspreekpunt?
- (3) welke collegiale ondersteuning is geboden?
- (4) wat is gerapporteerd aan de coördinator/leidinggevende?
- (5) welke vervolgstappen zijn gemaakt?

Belangrijk bij monitoring is ook het contact tussen leden van de collegiale ondersteuning, de leidinggevenden en de coördinatoren. Uit de focusgroepen bleek dat de collegiale ondersteuning en zorgcoördinatoren veelal bij elkaar komen om de incidenten van de afgelopen periode te bespreken. De frequentie waarmee dit gebeurt, verschilt per organisatie. Soms is dit maandelijks – door de focusgroepen gezien als ideaal – maar vaker is het om de maand of nog minder.

Sommige organisaties hanteren een systeem waarbij van elke geüniformeerde wordt bijgehouden bij welke incidenten hij betrokken is geweest. Als een geüniformeerde veel heeft meegemaakt in een korte periode, kan een lid van collegiale ondersteuning langsgaan. Als men bijhoudt wat een geüniformeerde allemaal

meegemaakt heeft in een bepaalde periode, kan de collegiale ondersteuning wellicht contact opnemen met diegene. Zo kan eerder hulp geboden worden.

De coördinator moet weten wat er speelt en welke dingen wel/niet goed liepen volgens de collegiale ondersteuning. Eens per jaar vindt er een gesprek plaats met elk lid van de collegiale ondersteuning en de coördinator. Bij grootschalige incidenten vindt specifieke evaluatie plaats, vaak door een projectgroep.

Zij die collegiale ondersteuning organiseren/leiden, dienen:

- eens in de zoveel tijd (om de zes weken bijvoorbeeld) met collegiale-ondersteuningscollega's aan tafel te zitten. Zo kunnen de incidenten van de afgelopen periode en eventuele knelpunten besproken worden;
- door te hebben wanneer het een lid van de collegiale ondersteuning even te veel wordt en zorgen voor vervanging, indien nodig.

Uit focusgroepen blijkt dat collegiale ondersteuning de expertise mist zoals een deskundig psycholoog die wél heeft. Er dienen randvoorwaarden te worden gesteld over de afbakening, die de coördinator evalueert. Onderdeel daarvan is ook het antwoord op de vraag wie de collegiale ondersteuners zelf ondersteunt. Wanneer dit een coördinator is, moet duidelijk zijn welke achtergrond deze moet hebben. Hierbij kan gedacht worden aan bedrijfsmaatschappelijk werkers, bij voorkeur met ervaring in traumahulpverlening. De achtervang moet geregeld worden, ook om collegiale ondersteuning af te remmen en ervoor te zorgen dat zij tijdig adviseren tot doorverwijzen.

Conclusies

Niveau 4 Om de georganiseerde collegiale ondersteuning goed te ondersteunen en te begeleiden, zijn er eens in de zoveel tijd gesprekken met de leden van de collegiale ondersteuning en de coördinatoren en/of de leidinggevende nodig. Tijdens deze gesprekken worden de incidenten van de afgelopen periode geëvalueerd. De frequentie van deze gesprekken kan verschillen per organisatie.

D Mening deskundigen

Niveau 4 Evaluatie met de leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning en de coördinator vindt nu al regelmatig plaats, maar mag vaker plaatsvinden dan nu veelal het geval is. Men ziet een maandelijks overleg als ideaal.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- De (beleidsmatige en toetsende) rol van een coördinator moet bij voorkeur buiten de operationele afdeling(en) worden belegd (zie ook 4.2.3).
- De projectgroep is van mening dat overleg van de collegiale ondersteuning en de coördinatoren om de incidenten in de afgelopen periode te bespreken stelselmatig moet plaatsvinden en minimaal eenmaal per jaar.
- Regelmatig overleg tussen de coördinator en de leidinggevende(n) wordt door de projectgroep als onrealistisch gezien.

- De coördinator moet weten wat er speelt en welke dingen wel/niet goed liepen binnen de collegiale ondersteuning. Evaluatie mag frequenter ingepland worden en men is positief over een systeem waarbij per geüniformeerde bijgehouden wordt bij welke en/of hoeveel gebeurtenissen hij/zij betrokken was. Daarbij moet volgens de projectgroep:
 - a) de privacy van werknemers gewaarborgd worden;
 - b) registratie helpen bij het maken van beleid en het nemen van bepaalde preventieve maatregelen.
- Bij de Koninklijke Marechaussee bestaat een registratiesysteem ter ondersteuning van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Dit is een geanonimiseerd systeem, waarbij de coördinator kan zien hoeveel gesprekken een lid van de collegiale ondersteuning voert, met welke interval, m.b.t. wat voor incidenten en wat de impact van dergelijke incidenten is. De coördinator kan op basis van dit systeem de kwaliteit van de collegiale ondersteuning waarborgen en afzonderlijke leden van de collegiale ondersteuning eventueel aanspreken op de werkwijze, zonder dat de coördinator inzicht heeft in de gesprekken die met een bepaalde werknemer zijn gevoerd. Echter, een dergelijk systeem is niet zomaar in elke organisatie in te passen. Het is dus de vraag in hoeverre een dergelijk systeem praktisch mogelijk en/of aan te bevelen is.
- Een registratiesysteem voor de collegiale ondersteuning kan de werkzaamheden vergemakkelijken en de kwaliteit van de gesprekken ten goede komen. Zo maakt het duidelijk wat er in vorige gesprekken is besproken en indien er meerdere gesprekken plaatsvinden, kan vergeleken worden of bepaald gedrag is verergerd of juist niet (bv. op grond van de onderwerpen op topiclijsten).
- Een registratiesysteem voor de collegiale ondersteuning kan tevens duidelijk maken wie al eens eerder is benaderd, wat een overdaad aan telefoontjes aan een geüniformeerde voorkomt. Zeker geldt dit voor geüniformeerden die een aantal schokkende gebeurtenissen achter elkaar meemaken. Vooral nog ziet de projectgroep echter geen mogelijkheid dit laatste vorm te geven zonder de vertrouwelijkheid van het gesprek geweld aan te doen.
- Hoewel de projectgroep het cumulatieve effect van schokkende ervaringen van belang acht, ziet zij een aantal nadelen aan de registratie hiervan op individueel niveau:
 - a) registratie maakt het mogelijk links tussen databases aan te leggen (bijvoorbeeld met die van P&O). De projectgroep acht dit niet wenselijk;
 - b) het bijhouden van een registratie (binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning) is complex;
 - c) de toegankelijkheid van de collegiale ondersteuning en de aantrekkingskracht van een functie binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning zal verminderen als systematisch geregistreerd moet worden;
 - d) het vaststellen van een mogelijk cumulatief effect kan ook gerealiseerd worden door het uit te vragen in een gesprek.

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.



5 Inzet professionele zorg

In het voorgaande hoofdstuk zijn de organisatie en de taken van de collegiale ondersteuning besproken. Dit heeft betrekking op de binnenste kringen van het kringenmodel dat in paragraaf 2.1 aan de orde kwam. In hoofdstuk 4 is een stappenplan opgenomen rondom uitvoering van georganiseerde collegiale ondersteuning, waarin de weg naar professionele hulpverleners een mogelijke laatste stap is, indien de collegiale ondersteuning niet afdoende is gebleken. Als na een aantal gesprekken met collegiale ondersteuning meer hulp nodig is voor de hulpverlener, dient te worden geadviseerd contact op te nemen met professionele hulpverlening. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de indicaties voor dit advies; de geüniformeerde komt dan als het ware in de buitenste kringen van het kringenmodel terecht. Tevens wordt in dit hoofdstuk de effectiviteit van professionele hulpverlening besproken. Overigens kan de professionele hulpverlening zowel binnen als buiten de organisatie geplaatst zijn.

5.1 Indicaties noodzaak professionele hulp

Zodra blijkt dat het verlenen van collegiale ondersteuning voor de geüniformeerde niet afdoende is, is het van belang verder te kijken naar geschikte hulp voor deze hulpverlener. In hoofdstuk 4 is al naar voren gekomen dat het voor collegiale ondersteuning en voor de leidinggevende een belangrijke taak is om problemen in het functioneren te signaleren. Dit dient integer en met zorg gedaan te worden, omdat het belangrijk is dat de hulpverlener niet nog meer klachten ontwikkelt en kan blijven functioneren. In deze paragraaf wordt gekeken naar signalen waarbij verdere hulp nodig is en welke hulp dan geboden kan worden.

Wetenschappelijke onderbouwing

Wanneer de symptomen mild en (nog) minder dan vier weken na de schokkende gebeurtenis aanwezig zijn, dan mag een afwachtend beleid (watchful waiting) overwogen worden. Dit is in lijn met de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen (47), die stelt dat in eerste instantie – in de eerste zes weken na de gebeurtenis – vooral een steunende context van belang is. Professionele psychosociale hulp speelt hierbij een beperkte rol, hoewel men alert moet zijn op medewerkers die wel degelijk klachten vertonen. Als klachten en stressgerelateerde symptomen aanhouden, is een verwijzing geïndiceerd (63). Stewart et al. (88) wijzen nog op het belang van (veranderingen in) alcoholgebruik als mogelijke indicator.

Cigrang et al. (13) onderzochten tijdens een gerandomiseerde trial een stressmanagementtraining bij 178 militairen-in-opleiding, die na een psychische evaluatie risico liepen op uitval van de opleiding. Deze trial liet geen effecten zien op slagingspercentages na deze stressmanagementtraining vergeleken met controleconditie. Uit een cohortonderzoek van Cigrang et al. (12) met vierjaars follow-up bleek dat van de 261 militairen-in-opleiding die verwezen werden voor psychische evaluatie, twee derde de diensttijd niet uitzat.

Het opsporen van getroffen en met een klinisch evident probleem, wordt ook psychologische triage genoemd. Deze psychologische triage heeft als doel pathologie te onderscheiden van normale stressreacties. Psychologische triage zal in veel gevallen in de acute fase plaatsvinden door getrainde vrijwilligers en nulde- en eerstelijns hulpverleners. De tweedelijns geestelijke gezondheidszorg dient hierbij op de achtergrond aanwezig te zijn, zodat ter plekke ondersteuning en advisering kunnen worden geboden aan vrijwilligers, en acute psychische hulp aan getroffen en met ernstige klinische symptomen. Psychologische triage kan ook plaatsvinden gedurende de verdere periode waarop deze richtlijn betrekking heeft (de eerste zes weken na), bijvoorbeeld wanneer een getroffen een zorgverlener consulteert. Het advies voor doorverwijzing wordt vooral gegeven aan mensen van wie niet zeker is of zij klachten zullen gaan ontwikkelen.

Na een schokkende gebeurtenis kunnen drie groepen mensen worden onderscheiden: 1) zij die geen klachten hebben, 2) een tussengroep van mensen die mogelijk klachten zullen ontwikkelen en 3) zij die wel klachten hebben (en derhalve direct moeten worden gesignaleerd en doorverwezen) (47). Het gaat binnen de collegiale ondersteuning vooral om de laatste twee groepen.

Een andere grond waarop doorverwijzing kan plaatsvinden, is problematiek in het functioneren of ziekteverzuim. Hierin speelt vaak de leidinggevende en/of bedrijfsgezondheidszorg (bedrijfsarts) een nadrukkelijke rol. In een gerandomiseerde gecontroleerde studie bij politiewerknemers zijn aanwijzingen gevonden dat bij werknemers met psychische klachten – die verzuimen wegens depressie en/of angstklachten – verwijzing van eerstelijnsbedrijfsartsen naar tweedelijns psychologische begeleiding effectief is voor versnelde werkhervatting (71). Bij stressgerelateerde aandoeningen lijkt begeleiding door de bedrijfsarts in eerste instantie afdoende.

Uit de interviews komt naar voren dat als vier weken na het trauma gevoelens van schuld, schaamte en machteloosheid het beeld blijven bepalen, verwijzing naar een professionele hulpverlener is geïndiceerd. De projectgroep geeft hierbij aan dat collegiale ondersteuning een lijst kan hanteren met signalen en symptomen waar men op kan letten. Dit kan verandering in alcoholgebruik zijn, maar ook bijvoorbeeld stressreacties, angstgevoelens en stemmingsveranderingen die zich onder andere kunnen uiten in agressie. Als een hulpverlener professionele hulp nodig heeft, kan dit zowel binnen als buiten de organisatie geregeld zijn.

Uit groepsgesprekken en interviews bleek dat organisaties de mogelijkheid hebben om binnen of buiten de organisatie geüniformeerde extra hulp aan te bieden, om psychische gevolgen te voorkomen. Maar ook als deze gevolgen wel aanwezig zijn, wordt er vanuit de organisaties hulp geboden. Deze hulp wordt geboden als blijkt dat de gesprekken met de collegiale ondersteuning of de geestelijk verzorger niet meer afdoende zijn. Gesprekken met een bedrijfsmaatschappelijk werker (nulde- of eerstelijns), bedrijfsarts of een psycholoog (tweedelijns) kunnen dan een volgende stap zijn. De direct leidinggevende heeft de eerste verantwoordelijkheid voor zijn medewerkers en dient op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen. Medewerkers kunnen ook zelf contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijk werker of bedrijfsarts. In sommige gevallen is een overeenkomst met specialistische hulpverleningsbureaus afgesloten, waarnaar verwezen kan worden. In andere regio's verwijst de collegiale ondersteuning via de bedrijfsarts naar de particuliere zorgverzekeraar, die vervolgens een specialist kan aanbevelen. Soms worden brandweermedewerkers naar de Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC) Politiepoli (voorheen Psychopol) van Topzorgprogramma Psychotrauma (AMC/De Meren) doorverwezen. Voor hen is er geen landelijk aanspreekpunt voor de behandeling van getraumatiseerde brandweerlieden (46, p. 34).

Er bestaan screeningscriteria om na te gaan of een geüniformeerde last heeft of last blijft houden van de schokkende gebeurtenis. Zo is het mogelijk om meer inzicht te krijgen in een al dan niet aanwezig PTSS bij

een geüniformeerde (25). Elhai et al. (25) en Ebell (23) geven een overzicht van een aantal veelgebruikte screeningsinstrumenten (in de vorm van vragenlijsten) die ingezet worden om zo'n PTSS te ontdekken. Elhai et al. (25) noemen de volgende screeningsinstrumenten voor PTSS:

- Posttraumatic Stress Diagnostic Scale;
- Trauma Symptom Inventory;
- Life Events Checklist;
- PTSD Checklist;
- Impact of Event Scale - Revised;
- Trauma Symptom Checklist for Children.

Elhai et al. (25) beschrijven eveneens een diagnostisch instrument, de CAPS (Clinician-Administered Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Scale). Dit is een zogeheten gestructureerd klinisch interview, dat afgenomen wordt door de psycholoog. De CAPS is in het Nederlands vertaald als Klinisch Interview PTSS, of KIP (44). Ebell (23) noemt ook een aantal screeningsinstrumenten voor PTSS:

- The four-item Startle, Physiological arousal, Anger, and Numbness (SPAN) instrument;
- Breslau's short screening scale (7 items);
- The four-item primary care PTSD (PC-PTSD) screening instrument.

Alle hierboven genoemde vragenlijsten zijn bedoeld voor diagnostisch gebruik door (GGZ-)professionals. De laatste twee worden aanbevolen voor de eerstelijnszorg, ze zijn gevalideerd in representatieve populaties, maar nog niet in Nederland. De richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (47) beveelt het vertalen en valideren van niet-Nederlandstalige screeningsinstrumenten aan. Dit valideren moet plaatsvinden in Nederlandse populaties van personen die getroffen zijn door schokkende gebeurtenissen.

Conclusies

Niveau 4 De eerste vier weken na een trauma is een watchful-waitingbeleid geïndiceerd. Als er vier tot zes weken na het trauma aanwijzingen zijn voor psychische klachten of gedragsmatige signalen bij een blootgestelde hulpverlener, is advies naar een professionele hulpverlener geïndiceerd. Problematisch alcoholgebruik of gevoelens van schuld, schaamte en machteloosheid kunnen daarbij een signaal zijn.

D NICE 2005, Impact 2007

B Stewart et al. 2004

Niveau 4 Snelle herkenning en verwijzing vanuit eerstelijns (bedrijfsgezondheids)zorg naar tweedelijns psychische zorg van werknemers die verzuimen wegens angst- en/of depressieve aandoeningen leidt tot verminderde klachten en een versnelde werkherleving.

B Rebergen et al. 2009

Niveau 4 Er bestaan gevalideerde vragenlijsten voor de diagnostiek van PTSS bij mensen door professionele hulpverleners. Deze kunnen ook gelden voor geüniformeerden, maar dienen dan door professionals te worden ingezet.

D Mening deskundigen

Overige overwegingen

- De projectgroep vindt dat zogeheten gefaseerde psychologische eerste hulp aangeboden moet worden: eerst vertrouwen op natuurlijke herstelprocessen en pas externe traumadeskundigen inzetten wanneer dit geïndiceerd is.
- De projectgroep geeft aan dat een lid van de collegiale ondersteuning een geüniformeerde niet kan verplichten om professionele hulp te zoeken, men kan deze enkel adviseren.
- De projectgroep raadt aan dat organisaties een plan voor doorverwijzing opstellen. Zij kunnen dit zelf opstellen, zodat het plan aansluit bij hun praktijk. Vooral voor kleine organisaties is dit van belang. Zij hebben vaak niet de mogelijkheden om zelf een georganiseerde collegiale ondersteuning te vormen. Het is belangrijk dat zij aanhaken bij bestaande hulpverlening.
- Aan de hand van een topiclijst moet het voor een lid van de collegiale ondersteuning duidelijk zijn wanneer doorverwijzing gewenst is en naar wie doorverwijzing dan geadviseerd kan worden (arts, bedrijfsarts, maatschappelijk werk etc.). Deze topiclijst moet ten minste de volgende aandachtspunten bevatten:
 - a het hebben van verontrustende herinneringen aan of dromen over de gebeurtenis;
 - b overstuur raken van herinneringen;
 - c het hebben van lichamelijke stressreacties;
 - d vermijdingsgedrag, verzuim;
 - e slaapproblemen;
 - f verhoogde prikkelbaarheid of agressieregulatieproblemen (kort lontje);
 - g onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;
 - h stemmingsverandering, sombere stemming;
 - i concentratieproblemen;
 - j toegenomen alcohol- of drugsgebruik;
 - k functioneringsproblemen (werk en privé);
 - l schuld en schaamte.

Deze punten kunnen mondeling besproken en nagelopen worden tijdens een gesprek met collegiale ondersteuning.
- De projectgroep geeft aan dat hier een punt van cumulatieve effecten speelt: wat te doen met groepen of afdelingen (en individuen hierbinnen) die met enige regelmaat met schokkende gebeurtenissen te maken krijgen, zoals zedenrecherche of de technische recherche? Het is ondoenlijk deze mensen keer op keer te confronteren met een gestructureerd gesprek zoals hierboven beschreven. Hiervoor zijn geen standaardoplossingen te bedenken, het is maatwerk binnen de organisatie. Dit punt is verwant aan de overweging om een registratiesysteem op te stellen; dit wordt besproken in paragraaf 4.4.2 (aanbeveling 48).

Aanbevelingen

49 In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een schokkende gebeurtenis drie groepen getroffen onderscheiden worden: 1) getroffen die geen klachten ontwikkelen; 2) een tussengroep van getroffen die mogelijk klachten zullen ontwikkelen; en 3) zij die signalen vertonen die duiden op een verstoorde verwerking (en die daarom direct moeten worden gesignaleerd en doorverwezen). Binnen de collegiale ondersteuning dient het besef te bestaan dat de eerste groep (getroffen zonder klachten) het grootst is. De collegiale ondersteuning dient zich in haar werkzaamheden met name te richten op de laatste twee groepen.

50 Onderstaande punten zijn aanwijzingen/signalen van een verstoorde verwerking die mondeling besproken en nagelopen worden tijdens een gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning.

- Het hebben van verontrustende herinneringen aan of dromen over de gebeurtenis;
- overstuur raken van herinneringen;
- het hebben van lichamelijke stressreacties;
- vermijdingsgedrag, verzuim;
- slaapproblemen;
- verhoogde prikkelbaarheid of agressieregulatieproblemen (kort lontje);
- onveiligheids- en/of angstgevoelens hebben, op scherp staan als het niet hoeft;
- stemmingsverandering, sombere stemming;
- concentratieproblemen;
- toegenomen alcohol- of drugsgebruik;
- functioneringsproblemen (werk en privé);
- schuld en schaamte.

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 hulpverlening. 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.

52 Tussen het lid van de collegiale ondersteuning en de geüniformeerde dient geen sprake te zijn van een behandelrelatie.

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

5.2 Effectiviteit van professionele zorg

Wanneer een geüniformeerde terechtkomt bij professionele zorg, dient deze zorg effectief te zijn. In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillende aspecten van professionele zorg voor psychosociale gevolgen als gevolg van schokkende gebeurtenissen bij geüniformeerden.

Wetenschappelijke onderbouwing

In verschillende richtlijnen en wetenschappelijke publicaties worden interventies aanbevolen voor geüniformeerden met PTSS-klachten. Voor de in box 5a beschreven interventies is wetenschappelijke onderbouwing gevonden met betrekking tot vermindering van PTSS-klachten. Hierbij dient te worden aangemerkt dat het onderzoek naar deze interventies heeft plaatsgevonden binnen de algemene bevolking, niet specifiek voor geüniformeerden.

Box 5a. PTSS-behandelwijzen waarvoor wetenschappelijke evidentie voorhanden is.

| Therapie | Wetenschappelijke onderbouwing |
|---|--|
| Cognitieve gedragstherapie | NICE richtlijn (63) |
| | CREST richtlijn (15) |
| | Difede et al. (19) |
| TFCBT (Trauma focused cognitive behavioural therapy), een vorm van cognitieve gedragstherapie | Bisson & Andrew (8) |
| EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) | NICE richtlijn (63) |
| | CREST richtlijn (15) |
| | Bisson & Andrew (8) |
| | Richtlijnen van de International Society for Traumatic Stress Studies (31) |
| | Maxfield & Hyer (59) |
| | Van Etten & Taylor (27) |
| KEP | Gersons et al. (33) |
| Virtual reality exposure therapy | Difede et al. (18) |
| Farmacotherapie | Hertzberg et al. (40) |
| | NICE richtlijn (63) |

Aanvullend op de interventies waarvoor wel evidentie werd gevonden (box 5a), vonden Roberts et al. (75) in een Cochrane-review (een analyse op 941 mensen uit acht studies) geen evidentie voor het effect van meervoudige psychologische sessies bij mensen na schokkende gebeurtenissen. Het ging hier om interventies met meerdere gespreksinterventies ter preventie van psychosociale gevolgen van schokkende gebeurtenissen die binnen drie maanden plaatsvinden. Interventies met een eenmalige sessie of groepsinterventies waren uitgesloten.

Er is inmiddels evidentie voor de effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als behandeling van chronische PTSS. Een recente meta-analyse van Seidler & Wagner (80) toont geen verschil in effectiviteit tussen traumagerichte CGT en EMDR als behandeling van chronische PTSS. Ook de richtlijnen van de International Society for Traumatic Stress Studies (31) concludeerden dat EMDR een effectieve behandeling is voor PTSS.

Wetenschappelijke steun voor het inzetten van EMDR gedurende de eerste zes weken na een ingrijpende gebeurtenis ontbreekt, er zijn nog geen RCT's uitgevoerd naar het effect van vroegtijdige EMDR (96). In een ongecontroleerde studie van Silver et al. (82) bij getroffen van de terroristische aanslagen van 11 september 2001 in de VS werd de effectiviteit van vroegtijdige EMDR vergeleken (twee tot tien weken na de ramp) met later aangeboden EMDR (30 tot 48 weken na de aanslagen). Er werd geen verschil gevonden tussen de beide groepen. Een duidelijke beperking van dit onderzoek was het ontbreken van een controlegroep.

Professionele zorg bij geüniformeerden

Er is weinig onderzoek gedaan naar preventie en therapie van psychosociale problematiek bij specifiek de groep geüniformeerden. Daardoor is niet duidelijk welke methoden het meeste effect hebben bij geüniformeerden. Door hun frequente blootstelling aan traumatische omstandigheden zou het effect anders kunnen zijn dan bij niet-geüniformeerden (46, p. 40). Een onderzoek onder politieagenten laat wel een positief effect zien van korte eclecticische psychotherapie (KEP) in de behandeling van PTSS (33). Vitzthum et al. (93) evalueerden in een review diverse therapeutische vormen bij mannelijke militairen met PTSS na vredesmissies, maar zij vonden onvoldoende evidentie voor generaliseerbare resultaten. Er werd dus geen specifieke onderbouwing gevonden voor bepaalde interventies. Van de mogelijke preventieve interventies en behandelmethoden voor PTSS, zoals debriefing, medicamenteuze therapie, EMDR en psychotherapie, wordt in de wetenschappelijke literatuur alleen sporadisch aandacht besteed aan het effect van debriefing voor geüniformeerden. Het effect van debriefing op de preventie van PTSS bij geüniformeerden is niet eenduidig of wordt zelfs geheel ontraden. Uit onderzoek is gebleken dat individuele eenmalige debriefing in ieder geval geen bijdrage aan het verwerkingsproces na een ingrijpend incident levert en mogelijk zelfs schadelijk is (81). Er wordt hierbij echter geen onderscheid gemaakt tussen geüniformeerden en andere groepen slachtoffers. De NICE- en APA-richtlijnen ontraden het routinematig aanbieden van eenmalige debriefing, maar deze richtlijnen zijn ook niet specifiek gericht op geüniformeerden. Dit is in hoofdstuk 4 al aan de orde gekomen, waar werd geconcludeerd dat psychologische debriefing niet als effectief wordt beschouwd voor geüniformeerden.

Conclusies

Niveau 1 Er is wetenschappelijk bewijs dat individuele en groepsgerichte traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TFCBT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) effectief zijn bij de behandeling van het posttraumatisch stressyndroom op klachtniveau. Dit onderzoek heeft zich echter niet specifiek op hulpverleningsdiensten gericht.

A1 Bisson & Andrew 2007

B Difede et al. 2007

B NICE 2005; CREST 2003

Niveau 1 Er is geen bewijs voor het effect van meervoudige psychologische sessies bij mensen na schokkende gebeurtenissen. Het gaat daarbij om interventies met meerdere gespreksinterventies ter preventie van psychosociale gevolgen van schokkende gebeurtenissen die binnen drie maanden plaatsvinden. Interventies met een eenmalige sessie of groepsinterventies waren uitgesloten.

A1 Roberts et al. 2009

Overige overwegingen

- De te leveren nazorg voor geüniformeerden verschilt van nazorg aan burgers vanwege de volgende kenmerken van het werk van geüniformeerden:
 - a** media-aandacht achteraf;
 - b** publieke functie (secundaire victimisatie);
 - c** positieve aandacht (heldendom); er kan ook te veel erkenning zijn, onterechte heldenstatus is niet goed;
 - d** training vooraf en (zelf)selectie;
 - e** verantwoording afleggen achteraf kan verwerking verstoren.
- Enkelvoudige of multipel sessiesinterventies moeten niet verplicht zijn, belangrijk is de wens van het individu en de inschatting van de direct leidinggevende.
- Iedere persoon die een traumatische ervaring heeft gehad, moet op maat begeleid worden in het vinden van de juiste opvang; een uniforme aanpak is daarbij niet het uitgangspunt c.q. vereist.
- Soms is acceptatie nodig dat traumatische ervaringen gewoon te veel vragen van het incasseringsvermogen van een individu. Begeleiding naar een andere werkomgeving kan dan een oplossing zijn. De bedrijfsarts kan hierbij een rol spelen.
- Binnen organisaties moet kennis bestaan en beschikbaar zijn over (het bestaan van) relevante richtlijnen over medicatie en behandelmethoden. Voor multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ kan men hierbij bijvoorbeeld te rade gaan bij een website als www.ggzrichtlijnen.nl, maar ook de bedrijfsarts kan hierover adviseren.
- Organisaties moeten proberen aan te sluiten bij bestaande professionele hulpverlening en een rol hebben in de nafase.
- Als een geüniformeerde geen hulp aanvaardt (die nodig is n.a.v. een schokkende gebeurtenis) of voor hulp bewust buiten de organisatie blijft (bijv. uit angst dat zijn leidinggevende hem slecht vindt functioneren), kan de organisatie deze persoon wijzen op de mogelijkheid professionele hulp te zoeken.

Aanbevelingen

54 De projectgroep adviseert om gebruik te maken van bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van ondersteuning en psychosociale nazorg (bijvoorbeeld de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007)).

55 De projectgroep vindt het belangrijk dat de organisatie over kennis beschikt van de mogelijke behandelwijzen. Hierover kan bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts worden ingewonnen.



Bijlage 1

Deelnemers

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

Stuurgroep

Prof. dr. N.S. Klazinga (voorzitter)

Hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC;
Coördinator Health Care Quality Indicator
Project bij de Organisation for Economic
Cooperation and Development (OECD);
voorzitter van de Nederlandse Public Health
Federatie (NPHF)

Prof. dr. J.A. Swinkels (vicevoorzitter)

Psychiater verbonden aan het Academisch
Medisch Centrum in Amsterdam; hoogleraar
richtlijnont-wikkeling in de gezondheidszorg;
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
(CBO)

J.D. Berghuijs

Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond,
algemeen directeur

R.A. Boogaard

Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij
(KNRM), algemeen directeur

F.A.M. Broekman

Kwaliteitsbureau NVAB, bedrijfsarts &
bestuurslid

Kol-arts drs. C. IJzerman

Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ),
directeur

Drs. P.J. Molenaar

NIP/sectie Arbeid & Gezondheid, GZ psycholoog

Drs. R.A. van Mourik

Reddingsbrigade Nederland (KNBRD), directeur

Drs. M.W. Rooze, MBA

Impact, directeur

Ing. A.F.M. Schippers, MPA

Commandant Brandweer Kennemerland;
directeur veiligheidsregio Kennemerland

R.J. ter Schure

Plv. korpschef Regiopolitie Twente

Drs. G.E.L.M. Worm

Ambulancezorg Nederland, voorzitter

Projectgroep**Dr. M.J. van Duin (voorzitter)**

NIFV, Politieacademie, Lector Crisis-beheersing; wetenschappelijk (hoofd)docent Erasmus Universiteit Rotterdam

M.D. Anemaet

Politie Drenthe, bedrijfsopvangteam

J.H. Carree

Brandweer Nederland, organisatieadviseur veiligheidsregio Kennemerland

R. van Doesburgh

afgevaardigde Nederlands Huisartsen Genootschap; arts

W.N.M. Frankenmolen

Politie Haaglanden, bedrijfsarts; Landelijk Overleg Bedrijfsartsen Politie, voorzitter

Lkol. drs. E. Geerligts

Koninklijke Marechaussee, collegiale ondersteuningsgroep; Gedragswetenschappen Defensie, senior onderzoeker

Prof. dr. B.P.R. Gersons

Stichting Arq, Senior wetenschappelijk adviseur; AMC/Universiteit van Amsterdam, emeritus hoogleraar psychiatrie

Dr. M. Hagenaars

Universitair docent, Universiteit Leiden, onderzoeker PTSS

P.A. Hartog, MCDm

Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg, manager

A.F.O. Hoenderdos, MSR

KLPD, Bedrijfsopvangteam

Dr. R.A. Jongedijk

Centrum '45/ Arq Psychotrauma Expert groep, directeur; psychiater

W.F. van Marion

KNBRD/KNRM; arts

P. van der Meulen

Ambulance Zorg Nederland, programmamanager

Prof. dr. A. van Minnen

Radboud Universiteit Nijmegen, Hoogleraar PTSS, GZ-psycholoog/psychotherapeut Angstpoli GGZ Nijmegen

Drs. D.B. Rietdijk

Kenniscentrum Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, senior adviseur; psycholoog

G.J. Tuinder, EMPM

Politieacademie

Lkol. drs. B. van Tussenbroek

Kenniscentrum Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, hoofd; Klinisch psycholoog - psychotherapeut

Drs. J.D. van de Ven, MCDm

Brandweer Nederland, Hoofdofficier van Dienst, manager BOCAS, coördinator Internationale Projecten

A.H.M. Völker

KLPD, senior adviseur Gezondheidsmanagement; Landelijk Arbonetwerk Politie, voorzitter; projectleider Arbeidscatalogus Politie

Drs. G.J. Westerveld

PDC Politiepoli

Drs. T. Wold, MCDm

Brandweer Nederland, programmacoördinator NVBR

Projectleiding**Dr. J.H.M. te Brake**

Impact, senior beleidsmedewerker onderzoek en ontwikkeling

Dr. D.S. Rebergen

Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker Diagnostiek en Behandeling

Projectondersteuning**Drs. I. Boerema**

Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker Zorginnovatie

Drs. A. van den Bosch

Trimbos-instituut, junior wetenschappelijk medewerker Zorginnovatie

Drs. D. van Duin

Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker

Dr. M.L.A. Dückers

Impact, senior beleidsmedewerker zorg en veiligheid

Drs. L.M. Hoijtink

Impact, beleidsmedewerker onderzoek en ontwikkeling

Dr. C.T.J. Hulshof

NVAB, coördinator richtlijnen

Drs. B.I.M. Nooij

Impact, beleidsmedewerker

Drs. A.M. de Ruyter

Impact, senior beleidsmedewerker zorg

H. van Wetten

Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker

Dr. A.N.H. Weel

NVAB, programmamanager

Meeleesgroep**W.J.G.G. Gruijters**

Ambulancezorg Nederland; programmamanager

J. Heukelom

Brandweer Amsterdam; voormalig BOT-coördinator

O. van der Hoof Engelen

Politie Utrecht

I. van Houten

Korps Noordholland-Noord

R.L. Marissen

MGZ/Defensie; LTZ 1; Klinisch psycholoog/psychotherapeut

P.F. Ranselaar

Politie Holland Midden; Adviseur arbeidsomstandigheden, Lid regiegroep arbocatalogus sector Politie

M.H. Thiel

Landelijke Meldkamer Ambulancezorg; verpleegkundige

P. uit de Bulten

Landelijke Meldkamer Ambulancezorg

Focusgroepen

(de namen van een aantal deelnemers zijn op verzoek niet in deze lijst opgenomen)

E. van den Broek

KLDP; GIMD-bedrijfsmaatschappelijk werk

J. Broere

Arbo Unie; AIOS bedrijfsgeneeskunde

H. de Haas

Brandweer Tynaarlo, commandant

L. Horstman

Defensie; klinisch psycholoog

K. Koning

Arbo Unie; psycholoog

L. Kuipers

Brandweer Amsterdam-Amstelland, senior adviseur en regionaal coördinator

H. Lankhorst

Defensie, bedrijfsarts; jurist

I.G.M. Rots, MA

Politie Fryslân, geestelijk verzorger

H. Scholte

Politie Fryslân, coördinator BOT

R. Snelleman

KLPD, coördinator BOT

S. Uhlenbroek

Brandweer, GZ- en traumapsycholoog

F. van Herpen

Brandweer Kennemerland,
districtscommandant

G. Vennik

Brandweer Zaanstreek-Waterland, afdelings-
hoofd Alarmcentrale en Verbindingen,
coördinator BOT team Zaanstreek-Waterland

W. Verhaar

Defensie; officier bedrijfsmaatschappelijk
werker

Bruikbaarheidstesten

(weergegeven per deelnemende dienst; de namen van een aantal deelnemers zijn op verzoek niet in deze lijst opgenomen)

*RAV Noord-Oost Gelderland***R. Aldewereld**

Ambulance chauffeur, medewerker BOT

G. Spronk

Leidinggevende cluster West Connexxion
Ambulancezorg

J. Mouris

Ambulance chauffeur, medewerker BOT

J. Vervloet

Beleidsmedewerker kwaliteitszorg;
coördinator BOT

R. Wijhenke Ambulance verpleegkundige,
medewerker BOT

*Brandweer Rotterdam-Rijnmond***R. de Bies**

Brandmeester, (wachtcommandant) repressie,
coördinator BOT

R. Broekhoven

Hoofd brandwacht, coördinator BOT

A. Buijs

Medewerker BOT

H. Looij

Officier van dienst, medewerker BOT

G. Ooms

Hoofd brandwacht, medewerker BOT

L. Smilde

Begeleidingsteam BOT, senior beleids-
medewerker

*Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij
(KNRM)***R. Moleman**

Hoofd operationele dienst

E. Rodenhuis

Schipper station Stellendam

G. van de Velder-De Wilde

Voorzitter lokaal KNRM-bestuur,
burgemeester Goedereede

J. van Wezel

Secretaris-penningmeester lokale commissie

R. Wissekerke

Plaatselijk voorzitter commissie

*Defensie***J. Ambaum**

Luitenant-kolonel, klinisch psycholoog
adjunct-directeur Zorglijn, Uitzendingen MGGZ
(inhoudelijk vormgever)

H. Douwes

Luitenant-kolonel, brigade P&O adviseur; G1

T. Geerts

Coördinator BMW Regio West

R. Neijenhuijs

Kolonel, HFD SIE G1 DIR OPS CLAS,
commandant Knoopkazerne Utrecht

*Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)***M. Bonnema**

BOT-medewerker Team Midden;
Dienst Nationale Recherche

E. van de Broek

BMW Team Zuid

P. Dispa

BOT-medewerker Team Noord,
Dienst Verkeerspolitie

B. Hartman

BOT-medewerker Team Noord,
Dienst Verkeerspolitie

G. ter Haar

BOT-medewerker Team Noord,
Dienst Spoorwegpolitie

M. Heesbeen

BOT-medewerker Team Midden Medewerker
Bureau Veiligheid & Integriteit

L. Mulder

BOT-medewerker Team Noord,
Dienst Waterpolitie

R. Snelleman

Coördinator BOT

E. Veerhoek

BOT-medewerker Team Zuid, Dienst Waterpolitie

*Politie Haaglanden***L. van Geest**

BMW korps Haaglanden Cluster 3

K. Kuiper

Brigadier, wijkagent, medewerker BOT

L. van der Maat

BMW korps Haaglanden Cluster 2

F. Nunnikhoven

Brigadier, mentor, medewerker BOT

G. Poot

Beleidsmedewerker

H. Postma

Chef informatie en bedrijfsvoering

J. Vreugdenhil

Brigadier, medewerker Bijzondere Wetten,
medewerker BOT

*Koninklijke Marechaussee Schiphol***D. Essen**

P&O adviseur

T. van der Meulen

COG/verwijderingen KMar

E. Natrop

Meldkamer COG/centrale

S. Nooitmeer

BMW

Commentaarfase

Tijdens de commentaarfase is vanuit de onderstaande organisaties en personen commentaar ontvangen, dat in de definitieve richtlijn is verwerkt

De Basis

Bedrijfsmaatschappelijk werk Politie Haaglanden

Defensie, militaire GGZ

Geestelijke verzorging Defensie

Geestelijke verzorging Politie

Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda

Koninklijke Marechaussee

Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij/

Koninklijke Nederlandse Bond tot het Redden
van Drenkelingen

Nederlands Instituut van Psychologen

(sector arbeid & gezondheid)

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-
geneeskunde (Commissie Richtlijnontwikkeling
en Wetenschap)

Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg
en Rampenbestrijding

Politie Gooi- en Vechtstreek Bedrijfsopvang Team

Politie Nederland

Raad van de Journalistiek

Regionale Ambulance Voorziening Groningen

Regionale Ambulance Voorziening Noord-Oost
Gelderland

Rode Kruis Nederland

Slachtofferhulp Nederland

UMCG Ambulancezorg

Vereniging Nederlandse Gemeenten

Bijlage 2

Uitgangsvragen

In totaal zijn er bij aanvang van de richtlijnontwikkeling 35 uitgangsvragen geformuleerd, ingedeeld in zes categorieën. Om de uitgangsvragen systematisch te beantwoorden zijn a priori drie typen uitgangsvragen onderscheiden:

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

Type B: (practice-based): uitgangsvragen betreffende de huidige gang van zaken in de praktijk. Informatie voor de beantwoording is voornamelijk afkomstig uit interviews en/of focusgroepen met vertegenwoordigers van de betreffende hulpverleningsdiensten.

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.

1 Aard en werkingssfeer van de richtlijn

1.1 (type C). Welke zijn precies de doelgroepen voor deze richtlijn? Welke diensten rekenen wij tot de geüniformeerde hulpverleners?

1.2 (type A) Welke schokkende gebeurtenissen, naar aard en omvang, vallen onder de werkingssfeer van deze richtlijn?

1.3 (type A) Wat zijn de psychische en psychosociale gevolgen van rampen voor betrokken hulpverleners?

1.3a (type A) Is er een verband tussen het oplopen van fysiek letsel bij een schokkende gebeurtenis enerzijds en de aard en ernst van de psychische en psychosociale gevolgen van deze gebeurtenis voor de betrokken hulpverleners anderzijds?

1.4 (type B/C) Waar ligt de grens tussen frequent voorkomende incidenten en schokkende gebeurtenissen enerzijds en chronische werkstress anderzijds?

1.5 (type C) Geldt de richtlijn voor een bepaalde periode, gerekend vanaf de ramp of schokkende gebeurtenis, of voor de volle duur van het dienstverband van de hulpverlener?

1.6 (type C) Welke status zullen de aanbevelingen in de richtlijn hebben: vrijblijvend advies of juridische verplichting?

1.7 (type C) De richtlijn zal aanbevelingen bevatten voor alle categorieën geüniformeerden. Moet de richtlijn ook specifieke aanbevelingen voor de afzonderlijke categorieën bevatten, gelet op de aanzienlijke verschillen in organisatievorm en werkwijze?

1.8 (type B) Welke wet- en regelgeving is voor de richtlijn van belang?

2 Preventie: selectie, voorlichting en training

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

2.2 (A/C) Zijn er effectieve selectiemethoden voor kandidaten voor functies – maar ook voor speciale opdrachten – in de hulpverlening (gelet op de kenmerken bedoeld bij 2.1)? Zijn er criteria voor fit for the job?

2.3 (A) Wat is de effectiviteit van opleiding, voorlichting en training op het gebied van psychosociale hulpver-

lening van de geüniformeerde hulpverlener, de leidinggevende en de BOT-ter?

2.4 (type A) Welke preventiestrategieën/organisatiestrategieën zijn effectief gebleken bij geüniformeerde hulpverleners in het algemeen en bij brandweer, ambulance en politie in het bijzonder?

2.5 (type B/C) Hoe moet preventie vorm krijgen voor minder georganiseerde (vaak vrijwilligers)organisaties, zoals KNRM en vrijwillige brandweer?

2.6 (type A) Wat is de invloed van traumatiserende gebeurtenissen in het verleden op de gevolgen van een schokkende gebeurtenis nu?

2.7 (type B) Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de preventie?

3 Opvang: peer-support

3.1 (type A/C) Welke definities hanteert de richtlijn inzake begrippen als debriefing, psycho-educatie en defusing?

3.2 (type A) Wat is er bekend over de effectiviteit van debriefing, psycho-educatie en defusing?

3.3 (type B) Wat zijn de taken van het BOT?

3.4 (type A) Wat is er bekend over de effectiviteit van het BOT en andere vormen van peer-support bij geüniformeerde hulpverleners in het algemeen en bij brandweer, ambulance en politie in het bijzonder?

3.5 (type B) Wat zijn criteria voor de inzet van het BOT?

3.6 (type C) Hoe moet een BOT georganiseerd zijn? Moet deelname verplicht worden gesteld?

3.7 (type A/B/C) Welke opleiding (kennis en vaardigheden) is vereist voor het organiseren en/of leiden van een BOT?

3.8 (type C) Welke ondersteuning heeft een BOT nodig? Wat is de rol van de leidinggevendenden?

3.9 (type B) Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de opvang?

4 Nazorg: professionele hulpverlening

4.1 (type A) Wat is er bekend over de effectiviteit van professionele hulpverlening in het algemeen en recuperatie (herstelperiode na blootstelling aan een schokkende gebeurtenis) en slaapmanagement in het bijzonder?

4.2 (type A/B) Welke invloed hebben maatschappelijke aandacht (positief of negatief) in het algemeen en aandacht in de media in het bijzonder op het psychisch welbevinden van bij een ramp betrokken hulpverleners?

4.3 (type B/C) Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde professionele hulpverlening?

5 Monitoring

5.1 (type A/B) Welke vormen van monitoren van de gezondheid van ingezette hulpverleners, zoals PMO, zijn effectief?

5.2 (type A) Hoe kunnen leidinggevendenden geüniformeerde hulpverleners met problemen na een schokkende gebeurtenis effectief signaleren?

5.3 (type A) Hoe kunnen leidinggevendenden waakzaamheid ontwikkelen voor de gevolgen van schokkende gebeurtenissen voor hulpverleners?

5.4 (type A/C) Wat zijn de indicaties voor verwijzing naar professionele hulpverlening?

6 Overige vragen

6.1 (type B) Hoe wordt de verleende zorg geëvalueerd?

6.2 (type C) Maatschappelijke ontwikkelingen: (hoe) moeten zaken als agressie vanuit het publiek naar de geüniformeerde hulpverlening in de richtlijn worden opgenomen?

6.3 (type A/B/C) In hoeverre moeten de psychische en psychosociale gevolgen van rampen voor de betrokken hulpverleners als beroepsziekten worden beschouwd en wat zijn daarvan de consequenties?

Bijlage 3

Wetgeving

De wet- en regelgeving die van belang zijn voor de richtlijn betreffen:

- de Wet publieke gezondheid;¹³
- de Arbeidsomstandighedenwet;
- de Ziektewet;
- de Wet veiligheidsregio's.

Deze punten worden hieronder besproken. Naast wetgeving bestaan er binnen organisaties aanvullende regelingen. Zo bevat de Arbocatalogus sector Politie beheersmaatregelen op het gebied van arbeidsomstandigheden die gelden voor de sector politie. De werkinstructies van de Arbocatalogus sector Politie hebben de status van dwingend recht. Ook de ambulancesector kent een arbocatalogus waarin psychosociale belasting als een van de risico's is benoemd, met als specifiek element agressie en geweld. Er vinden veel acties op dit gebied plaats, onder andere deelname aan het BZK-programma Veilige Publieke Taak, publiekscampagnes, camera-experimenten, trainingen, etc.

Wet publieke gezondheid (2008)

Deze wet stelt het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen verplicht (artikel 2, lid 2g). Hoewel niet nader wordt gespecificeerd voor wie deze hulp dan van toepassing is, vallen geüniformeerden hier ook onder. De verantwoordelijkheid voor de algemene totstandkoming, continuïteit van en samenhang binnen de publieke gezondheidszorg ligt bij het college van burgemeester en wethouders (artikel 2, lid 1). Deze wet maakt niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de operationele leiding in het geval van een ramp die de gemeentegrenzen overschrijdt. Echter, aangegeven wordt dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van publieke gezondheidszorg bevordert en zorg draagt voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur (artikel 3, lid 1 en 2).

Arbeidsomstandighedenwet (1999)

Deze wet stelt de werkgever verplicht een beleid te voeren dat gericht is op de voorkoming, dan wel beperking van de psychosociale arbeidsbelasting voor de werknemer (artikel 3, lid 2). De werkgever is dan ook verplicht een risico-inventarisatie en -evaluatie te maken met betrekking tot de arbeidsomstandigheden en de risico-beperkende maatregelen die er binnen een te bepalen termijn zullen worden genomen (artikel 5, lid 1 en 3). In deze Arbowet wordt gesproken over een arbeidsgezondheidskundig onderzoek, waarvan de bedoeling is dat het de risico's die het werk meebrengt voor de werknemers zo veel mogelijk voorkomt of beperkt (artikel 18). De werkgever maakt een dergelijk onderzoek periodiek mogelijk.

¹³ De Wet collectieve preventie volksgezondheid van 1990 is per 1-12-2008 komen te vervallen en is nu opgenomen in de Wet publieke gezondheid van 2008.

Wanneer een werknemer niet slaagt voor een arbeidsgezondheidskundig onderzoek, kan hij een verbod krijgen op bepaalde te verrichten arbeid wanneer dit werk 'bijzondere gevaren meebrengt voor het leven of de gezondheid van de werknemer zelf of van andere personen, of voor zover dit om andere bijzondere redenen geboden is' (artikel 16, lid 3e en lid 5). In hoeverre een werknemer verplicht is mee te werken aan een dergelijk onderzoek wordt in deze wet niet vermeld.

Ziektewet (of: wet tot regeling der arbeiders-ziekteverzekering, 1913 – laatste tekstplaatsing 1999)

Deze wet verplicht overheidspersoneel – dit zijn werknemers die 'a. in dienst zijn van staat, provincie, gemeente, waterschap of enig ander publiekrechtelijk lichaam; en b. op grond van de Kaderwet dienstplicht de militaire dienst vervullen dan wel die op grond van de Wet gewetensbezwaren militaire dienst zijn verplicht tot het verrichten van vervangende dienst' (artikel 76) – dat aanspraak wil maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering om zich te onderwerpen aan een geneeskundig onderzoek. Wanneer een werknemer weigert hier volledige medewerking aan te geven, vervalt zijn aanspraak op een uitkering (artikel 76B, lid 2). Ook kan de overheid besluiten een uitkering te laten vervallen (tijdelijk of permanent, geheel of gedeeltelijk) wanneer een werknemer – in algemene zin – nalaat zich binnen redelijke termijn geneeskundig te laten onderzoeken (artikel 45).

De Ziektewet is niet van toepassing op vrijwilligers. Volgens artikel 6 vallen onder vrijwilligers onder meer zij die vrijwillig werkzaamheden als politiebeambte verrichten, degenen die al dan niet tegen loon werkzaamheden verrichten bij een gemeentelijke brandweer en zij die uitsluitend vergoedingen of verstrekkingen ontvangen van een privaatrechtelijk of publiekrechtelijk lichaam dat niet is onderworpen aan de vennootschapsbelasting dan wel een sportvereniging, tot een hoogte van € 150 per maand en € 1500 per kalenderjaar (artikel 6, lid 1b, c, f).

Wet veiligheidsregio's (2010)

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) werd in februari 2010 door de Eerste Kamer aanvaard, en is op 1 oktober 2010 in werking getreden. Het vervangt de Brandweerwet van 1985, de Wet geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen van 1991 en de Wet op rampen en zware ongevallen van 1985 (artikel 81). Volgens de Wvr ligt de eindverantwoordelijkheid voor het voorbereiden op en het uitvoeren van beleid tijdens een ramp bij het college van burgemeester en wethouders (artikel 2).

Daarnaast verplicht deze wet de samenstelling van een veiligheidsregio, welke gebaseerd is op de huidige politieregio's van Nederland. Een regio wordt aangestuurd door het bestuur, bestaande uit de burgemeesters van de betreffende gemeentes. De voorzitter van dit bestuur is de volgens de Politiewet van 1993 aangestelde korpsbeheerder (artikel 9). Bij vergaderingen zullen echter ook de voorzitter van het waterschap, de hoofd-officier van justitie, de brandweercommandant en de directeur GHOR aanwezig zijn (artikel 10).

Het bestuur van de veiligheidsregio adviseert het college van B&W, inventariseert risico's, draagt zorg voor de algemene voorbereiding op rampen en het in stand houden van de organisaties achter de brandweer en geneeskundige hulpverlening. Bovendien is het verantwoordelijk voor de nazorg bij rampen (artikel 11, lid 1h). Voor wie deze nazorg bedoeld is, wordt niet verder gespecificeerd. Wel wordt in artikel 18 duidelijk gesteld dat het bestuur regels opstelt voor de brandweer betreffende 'eisen met betrekking tot de keuring en controle op de lichamelijke en geestelijke geschiktheid' (artikel 18, lid 1d).

De GHOR is belast met de voorbereiding, regie en coördinatie van de geneeskundige hulp in geval van een ramp. De directeur GHOR is belast met de operationele leiding hierover (artikel 22).

In het geval van een grensoverschrijdende ramp wordt door de voorzitter van het bestuur van de veiligheidsregio een regionaal beleidsteam opgezet, waarvan hij zelf voorzitter zal zijn. De samenstelling van dit team zal gebeuren naar het inzicht van de voorzitter, maar zal voornamelijk burgemeesters, hoofdofficieren van justitie en voorzitters van waterschappen betreffen (artikel 33). De voorzitter van het regionaal beleidsteam stelt een regionaal operationeel leider aan. Deze zal leidinggeven aan een regionaal operationeel team, bestaande uit leidinggevendenden van betrokken diensten (artikel 34).

Bijlage 4

Beschrijving

literatuursearch

Een aantal literatuuronderzoeken is uitgevoerd, in eerste instantie door het kwaliteitsbureau NVAB en aanvullend door het Trimbos-instituut. De searches zijn hieronder beschreven.

Search-resultaten kwaliteitsbureau NVAB

Om de uitgangsvragen te beantwoorden is gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur in de literatuurdatabases Medline (PubMed), EMBASE en PsycINFO vanaf 1996. In eerste instantie lag de focus op richtlijnen, systematische reviews en randomized controlled trials (RCT's) op het gebied van de psychosociale ondersteuning en begeleiding van hulpverleners na rampen. Daarbij is onder andere gebruikgemaakt van de door het Cochrane Occupational Health Field ontwikkelde en gevalideerde zoekstrategie voor interventies bij werkgerelateerde problematiek.

Sensitieve search volgens Cochrane Occupational Health Field-strategie, zoektermen: traumatic stress, disaster workers, rescue workers

```
(effect*[tw] OR control*[tw] OR evaluation*[tw] OR program*[tw]) AND (work[tw] OR works*[tw] OR work*[tw] OR worka*[tw] OR worke*[tw] OR workg*[tw] OR worki*[tw] OR workl*[tw] OR workp*[tw] OR occupation*[tw] OR prevention*[tw] OR protect*[tw]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh]) AND disaster workers OR rescue workers
```

In EMBASE en PsycINFO werden grotendeels dezelfde trefwoorden gebruikt. Deze search leverde (vooral door de beperking tot hulpverleners) 98 treffers op; een verdere selectie vond plaats met Limits. Eenzelfde search met 'trauma workers' in plaats van disaster workers OR rescue workers' leverde 93 (deels dezelfde) treffers op; een verdere selectie vond plaats met Limits.

Aanvullende zoekacties

Voor specifieke vragen zijn in tweede instantie nog aanvullende zoekacties verricht. Daarbij zijn o.a. de zoektermen rescue workers, police officers, fire fighters, ambulance personnel, military, peer support, recuperation en sleep management en een algemene zoekstrategie van Haafkens (2006) gebruikt.¹⁴ Ook is literatuur gescreend uit de NICE-richtlijn PTSD (2005). Dit leverde enkele aanvullende artikelen op.

Beschrijving literatuurselectie

De in de eerste search gevonden 132 abstracts zijn verder beoordeeld op inhoud en kwaliteit. Artikelen die onderzoek beschreven naar de (psychosociale) gevolgen van rampen voor (geüniformeerde) hulpverlen-

¹⁴ Haafkens J, Moerman C, Schuring M, van Dijk F. Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)*. 2006 Jan; 56(1):39-45.

ers of naar de effectiviteit van interventies op het gebied van psychosociale ondersteuning en begeleiding van deze doelgroep, werden ingesloten. Daardoor vielen veel artikelen af, omdat ze zich vooral richtten op de (burger)slachtoffers van rampen of op posttraumatische stressstoornissen in het algemeen. Uiteindelijk bleven er 35 relevante artikelen over, waarvan we de volledige tekst hebben opgevraagd. Van deze 35 artikelen hebben we via de sneeuwbalmethode ook de literatuurlijsten doorgenomen en nog enkele aanvullende artikelen geselecteerd. Van de overblijvende 44 artikelen zijn er acht voorgelegd aan de projectgroep. De conclusies van de projectgroep zijn in de richtlijntekst verwerkt. De meeste artikelen hadden betrekking op de vraag over gevolgen van rampen; veel minder artikelen hadden betrekking op de aanpak na rampen. Aanvullende zoekacties leverden slechts een beperkt aantal nieuwe artikelen op.

Search-resultaten Trimbos-instituut

Er is eerst een basissearch gedaan naar de gevolgen van rampen voor (geüniformeerde) hulpverleners. Hierbij is specifiek gezocht naar systematische reviews en meta-analyses vanaf 1995, in de talen Nederlands, Engels, Frans, Duits en Spaans. Deze zoeksearch heeft plaatsgevonden in augustus 2009. Er is gezocht in PsycInfo, PubMed en PILOTS (database met traumagerelateerde artikelen). Er is gekozen voor een sensitieve search, om een zo groot mogelijke opbrengst te verkrijgen. Bij het definiëren van de zoektermen is gebruikgemaakt van de Cochrane Occupational Health Field-strategie.

In een eerste algemene search is een combinatie gemaakt van termen m.b.t. de specifieke beroepsgroepen, trauma en werk(stress) gericht op reviews. In deze search, die mede gebaseerd is op de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen (47), zijn 116 artikelen gevonden. Hieruit zijn mede artikelen geselecteerd voor de volgende onderwerpen: Werkgerelateerde agressie (5) en Kenmerken werknemers en verhoogd risico of bescherming op psychische problemen (16).

Geüniformeerden

DE "Rescue Workers" or DE "Fire Fighters" or DE "Police Personnel") or (DE "Emergency Services") OR DE "Military Personnel" OR DE "Air Force Personnel" OR DE "Army Personnel" OR DE "Coast Guard Personnel" OR DE "Commissioned Officers" OR DE "Enlisted Military Personnel" OR DE "Marine Personnel" OR DE "Military Medical Personnel" OR DE "Military Psychologists" OR DE "National Guard Personnel" OR DE "Navy Personnel" OR DE "ROTC Students" OR DE "Volunteer Military Personnel" OR TI (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) or AB (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) or KW (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency perso-nnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) OR TI (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) or AB (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) or KW (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) OR TI (helping profession* OR mental health professional*) or AB (helping profession* OR mental health professional*) or KW (helping profession* OR mental health professional*) OR DE "Medical Personnel" or DE "Military Medical Personnel" or DE "Nurses" or DE "Health Personnel" or DE "Allied Health Personnel" or DE "Occupa-

tional Therapists" or DE "Counselors" or DE "General Practitioners" or DE "Physicians" or DE "Psychologists" OR DE "Clinical Psychologists" OR DE "Counseling Psychologists" OR DE "Educational Psychologists" OR DE "Experimental Psychologists" OR DE "Industrial Psychologists" OR DE "Military Psychologists" OR DE "Social Psychologists" or DE "Psychotherapists" OR DE "Hypnotherapists" OR DE "Psychoanalysts" or DE "Therapists" or DE "Clinicians" or DE "Juries" or DE "Judges" OR DE "Impaired Professionals"

Trauma

KW psychological N2 debriefing or TI psychological N2 debriefing or AB psychological N2 debriefing OR DE Debriefing (Experimental) or DE Debriefing (Psychological) or DE "Emotional Trauma" or DE "Posttraumatic Stress Disorder" or DE "Psychological Stress" or DE "Terrorism" or DE "Distress" or DE "Survivors" or DE "Stress" OR DE "Chronic Stress" OR DE "Environmental Stress" OR DE "Financial Strain" OR DE "Occupational Stress" OR DE "Physiological Stress" OR DE "Psychological Stress" OR DE "Social Stress" OR DE "Stress Reactions" or DE "Acute Stress Disorder" or DE "Disasters" or DE "Natural Disasters" or DE "Violence" OR DE "Family Violence" OR DE "Patient Violence" OR DE "School Violence" OR DE "Violent Crime" or DE "Violent Crime" OR DE "Family Violence" OR DE "Homicide" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Political Assassination" OR DE "Rape" OR DE "Terrorism" or DE "Homicide" or DE "Genocide" OR TI critical incidents or AB critical incidents or KW critical incidents

Werkgerelateerde stress/algemene werkgerelateerde problemen

DE "Occupational Stress" or DE "Occupational Exposure" or DE "Stress" or DE "Stress Reactions" or DE "Stress Management" or DE "Caregiver Burden" or DE "Impaired Professionals" OR ((TI work OR works* OR work'* OR worka* OR worke* OR workg* OR worki* OR worlk* OR workp* OR occupation* OR prevention* OR protect*) or AB (work OR works* OR work'* OR worka* OR worke* OR workg* OR worki* OR worlk* OR workp* OR occupation* OR prevention* OR protect*) AND DE "Posttraumatic Stress Disorder"

Aanvullende search

Behalve de basissearch is er ook voor een aantal vragen een aparte search uitgevoerd, waarbij ook losse studies werden meegenomen. Deze vragen hadden de volgende onderwerpen:

Effectiviteit van opleiding (175 artikelen)

(skill based intervention* OR social problem solving program* OR social problem solving approach* OR psychological skills intervention* OR psychological skills training) "peer support" DE "Social Support" OR DE "Social Networks" OR DE "Online Social Networks" OR DE "Support Groups" OR DE "Twelve Step Programs" staff education "Prevention" coping behavior or KW coping strategies morbidity "Debriefing (Experimental)" or DE "Debriefing (Psychological)"

Effectiviteit van selectiemethoden (54 artikelen)

(DE "Job Performance" OR DE "Employee Efficiency" OR DE "Employee Productivity") or (DE "Personnel Recruitment") or (DE "Coping Behavior") vulnerability "Susceptibility (Disorders)" or (DE "Prediction")) or

(DE "Morbidity") "Personnel Selection" OR DE "Job Applicant Interviews" OR DE "Job Applicant Screening" or DE "Selection Tests" OR DE "Psychological Screening Inventory" or DE "Military Recruitment" (helping profession* OR mental health professional*) or AB (helping profession* OR mental health professional*) or KW (helping profession* OR mental health professional*)(fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*)

Verband oplopen fysiek letsel en psychische gevolgen (223 artikelen)

(physical trauma* OR physical damag*) or AB (physical trauma* OR physical damag*) or KW (physical trauma* OR physical damag*) (DE "Wounds" or DE "Injuries" or DE "Burns" or DE "Electrical Injuries" or DE "Head Injuries" or DE "Brain Concussion" or DE "Traumatic Brain Injury")

Rol chronische (werk)stress en frequent voorkomende incidenten (151 artikelen)

(secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (DE=("vicarious traumatization" or "trauma contagion")) OR ((TI=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or(AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or(DE=("vicarious traumatization" or "trauma contagion")))) and((DE="burnout" or(TI=(chronic stress) or AB=(chronic stress)))) and(rct or random*)

Maatschappelijke aandacht (200 artikelen)

(DE "Public Opinion") and (DE "Mass Media" or DE "Communications Media" OR DE "Audiovisual Communications Media" OR DE "Mass Media" OR DE "Telecommunications Media" or DE "News Media" OR DE "Newspapers" or DE "Printed Communications Media" OR DE "Books" OR DE "Magazines" OR DE "Newspapers" or DE "Television" OR DE "Closed Circuit Television" OR DE "Educational Television" OR DE "Television Advertising")"public attention" [ti] OR "public awareness" [ti] "Disaster Medicine"[Mesh]

Effectiviteit debriefing en psycho-informatie (96 artikelen)

TI (debriefing OR crisis intervention) or AB (debriefing OR crisis intervention) or KW (debriefing OR crisis intervention) psychoeducation[tiab] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "psychological skills training*" [tiab] OR motivational interviewing[tiab] OR "patient teaching"[tiab] OR "patient instruction"[tiab] OR "patient information"[tiab] OR "patient knowledge"[tiab] OR (patient[tiab] AND (educational program[tiab] OR educational programing[tiab] OR educational programme[tiab] OR educational programmes[tiab] OR educational programming[tiab] OR educational programs[tiab] OR educational programs/schools[tiab] OR educational intervention[tiab] OR educational interventions[tiab]))

Effectiviteit peer-support (97 artikelen)

(DE "Impaired Professionals" DE "Vicarious Experiences""peer support"[All Fields] OR "Social Support"[Mesh] OR "Self-Help Groups"[Mesh] "colleague support")

Rol van leidinggevenden (112 artikelen)

("leadership" OR "employer" OR "supervisor" OR "manager" AND "job performance")

Effectiviteit stressmanagement, professionele (bedrijfs)gezondheidszorg (167 artikelen)

(adjustment disorders[MeSH Terms] OR burnout, professional[MeSH Terms] OR work stress[Text Word] OR occupational stress[Text Word] OR job stress[Text Word] OR neurasthenia[MeSH Terms] OR minor depression[Text Word] OR ((mixed[All Fields] AND (anxiety[MeSH Terms] OR anxiety[Text Word])) AND ((depressive disorder[MeSH Terms] OR depression[MeSH Terms]) OR depression[Text Word])) OR emotional disorder[Text Word]) AND ("stressmanagement\ OR timing feedback\ OR "return to work\ OR (occupational AND therap*) OR (occupational AND intervention*) OR " OR "work capacity evaluation\ OR "vocational guidance\ OR absenteeism OR "occupational health serviceS\ OR "occupational health\ OR "sick leave\ OR "sickness absence\ OR occupation* OR job)

Beschrijving literatuurselectie

Uit de bovengenoemde searches zijn in totaal 1391 artikelen naar voren gekomen. Na een beoordeling aan de hand van de titels van deze artikelen is van 227 artikelen het abstract bekeken. Na het lezen van de abstracts zijn uiteindelijk 59 artikelen op de volledige tekst doorgenomen, waaronder 15 meta-analyses. Van deze 15 reviews zijn via de sneeuwbalmethode ook de literatuurlijsten doorgenomen en nog enkele aanvullende artikelen geselecteerd. Van de overblijvende 65 artikelen zijn er 7 voorgelegd aan de meelesgroepen die vanuit de projectgroep waren gevormd, vergezeld van een aantal vragen inzake de kwaliteit en toepasbaarheid van deze artikelen. Per vraag is gekeken welke literatuur geschikt was voor de uitwerking ervan. De wetenschappelijke conclusies van de artikelen en de meelesgroepen zijn vervolgens in de richtlijntekst verwerkt.

Bijlage 5

Verslag

focusgroepen

Om de praktijk rondom het arbeidsproces van geüniformeerden beter in kaart te brengen, hebben er in september 2009 zes focusgroeps gesprekken plaatsgevonden, elk bestaande uit vier tot zeven deelnemers. Focusgroepen zijn bijzonder nuttig om de impliciete redenering achter de standpunten van deelnemers te achterhalen.

De deelnemers aan de focusgroepen zijn zorgvuldig geselecteerd; de onderwerpen moesten direct raken aan de dagelijkse ervaring en men moest er ook een mening over hebben. De focusgroeps gesprekken zijn gehouden met 1) ervaringsdeskundigen; 2) operationeel leidinggevend; 3) eindverantwoordelijken beleid; 4) leden directe opvangteams; 5) coördinatoren monitoring zorg; en 6) sociaal-medische begeleiding. De groeps gesprekken duurden elk drie uur en werden op een digitale taperecorder opgenomen.

De focusgroepen zijn semigestructureerd aangepakt, waarbij vooraf 19 focusgroepvragen zijn opgesteld die in de focusgroepen beantwoord dienden te worden. Deze vragen zijn weer afkomstig uit de door de projectgroep opgestelde uitgangsvragen (zie bijlage 2).

Deelnemers aan de focusgroeps gesprekken beschouwden de bijeenkomsten als positief; het multi-/interdisciplinaire karakter van het overleg legde verschillen en overeenkomsten in werkwijze bloot. In het navolgende worden de uitkomsten van de negentien focusgroepvragen kort uitgewerkt.

1 Kunt u kort een toelichting geven over uw ervaring met een schokkende gebeurtenis op het werk?

Schokkende gebeurtenissen zijn niet voor iedereen dezelfde en (daardoor) lastig definieerbaar. Het ervaren van een traumatische gebeurtenis hoeft niet om één specifiek incident te gaan. De opbouw van gebeurtenissen gedurende de loopbaan kan ertoe leiden dat een schijnbaar klein incident psychische gevolgen kan hebben. Veelal zorgen ook de reacties eromheen dat de gebeurtenis schokkend wordt: "Een kind van vier dat in mijn armen overlijdt, doet me niks; het zijn de reacties eromheen. De gillende moeder ernaast, die in paniek is, de vader die zijn andere kind stevig tegen zich aantrekt, de negatieve reactie van iemand naast me, die zegt dat ik te snel stop met de reanimatie... En de reactie in de krant de dag erna."

2 Wat is de rol geweest qua opvang vanuit uw naasten, familie, lotgenoten, collega's?

Het is erg belangrijk dat de geüniformeerde die zorg ontvangt, wordt erkend in zijn problemen. Collega's zijn hierbij erg belangrijk (dit komt naar voren bij de volgende vraag). Familie helpt niet goed om dingen te verwerken, ze snappen het vaak niet, want er is meestal geen herkenning.

3 Vindt u dat primaire ondersteuning door iemand binnen of buiten de organisatie plaats moet vinden?

Ondersteuning liefst binnen de organisatie; het is herkenbaar en werkt drempelverlagend, tevens kan de hulp snel plaatsvinden. Daarnaast zou de persoon die de hulp biedt, uit het veld moeten komen, zodat deze herkent wat de geüniformeerde doormaakt. Dit maakt het makkelijker voor geüniformeerden om over hun

ervaringen/trauma's te vertellen. Collegiale ondersteuning is nuldlijnshulpverlening; als uitlaatklep is de informele sfeer hierbij belangrijk. Als een psycholoog nodig blijkt te zijn, is deze niet binnen alle organisaties beschikbaar. Als die er wel is, dan gaan geüniformeerden liever naar die psycholoog dan naar een psycholoog buiten de organisatie.

4 Wat is het begeleidingstraject geweest vanuit de organisatie en zorg? Wat voor begeleiding heeft u gehad?

Globaal werkt het begeleidingstraject zoals beschreven in figuur 2, in hoofdstuk 4. Het wordt met name gehanteerd bij politie, ambulance en de brandweer.

5 Wat vond u minder goed aan deze ondersteuning/zorg? Wat hebt u gemist aan zorg?

Algemeen: geüniformeerden moeten veelal zelf aangeven dat ze hulp willen, en vaak doen ze dat niet, uit schaamte/stoere sfeer (al is deze stoere sfeer niet overal herkenbaar). Om hulp vragen is een drempel. Men vindt dat leidinggevendenden meer moeten letten op geüniformeerden die zich anders gaan gedragen. Ook moet hulp niet direct na het incident aangeboden worden. Geüniformeerden moeten de gebeurtenis even verwerken en in zichzelf opnemen. Vraag liever een aantal maal oprecht en eerlijk hoe het met iemand gaat; dit kan vaak al voldoende zijn. Laat weten dat de deur openstaat en dat hulp aanwezig is, mochten zij die nodig hebben. Geüniformeerden die eenmaal hulp ontvangen hadden, merkten dat bij hen de drempel verdwenen was. Ze waren de schaamte voorbij en accepteerden de hulp, ook vertelden ze anderen dat ze hulp kregen. Men merkte dat ze nu ook eerder bij collega's herkenden dat men hulp nodig had.

6 Aan welke eisen moet een ondersteuningsmedewerker binnen de organisatie voldoen ten opzichte van een reguliere geüniformeerde?

De leidinggevende is verantwoordelijk voor het selecteren van ondersteuningsmedewerkers. Voor hen is het het belangrijkste dat de medewerkers van het ondersteuningsteam goed liggen bij de overige geüniformeerden. Verder moet de ondersteuningsmedewerker goed in zijn vel zitten en de training/opleiding gevolgd hebben die nodig is om collegiale ondersteuner te zijn.

7 Bij wie ligt wat u betreft de (directe en uiteindelijke) eindverantwoordelijkheid voor deze zorg?

Allen geven aan dat de eindverantwoordelijkheid bij de organisatie ligt, maar wie dat dan precies is binnen de organisatie blijft onbeantwoord. Zo zegt iemand van de brandweer dat degene die het budget heeft verantwoordelijk is: hoofd brandweezorg/commandant; bij de politie geeft men aan dat de raad van hoofdcommissarissen eindverantwoordelijk is; maar dit verschilt per organisatie. Men geeft aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid hieromtrent. Nu is vaak onduidelijk wie precies waar verantwoordelijk voor is, bij welke stap en wanneer iemand niet (meer) verantwoordelijk is voor een proces/handeling of stap.

De coördinatoren in de zorg zijn verantwoordelijk voor het goed functioneren van collegiale ondersteuning. Dit houdt in dat:

- men ervoor zorgt dat de collegiale ondersteuning bijscholing en opfriscursussen volgt;
- gekeken wordt of alles goed verloopt als er een schokkende gebeurtenis plaatsgevonden heeft (of de handelingen uit figuur 2 nageleefd worden). Zijn alle stappen juist doorlopen? Heeft men naar behoefte extra zorg gekregen?
- het protocol geëvalueerd wordt met de collegiale ondersteuning;
- coördinator en collegiale ondersteuning regelmatig bij elkaar komen om de gang van zaken door te nemen en de gebeurtenissen van de afgelopen periode te bespreken.

De operationeel leidinggevende moet signalementen en symptomen bij de werknemers herkennen. Hij kent zijn team en als iemand stiller wordt of zich meer terugtrekt, moet hij diegene in de gaten houden of hulp aanbieden. Dit kan een leidinggevende uiteraard niet zomaar aanvoelen; daarom moet hij hierover geïnformeerd worden: waar dient hij op te letten om een hulpbehoevende geüniformeerde te signaleren? Niet alle leidinggevendenden zijn hier voldoende in getraind.

8 Waar liggen mogelijkheden tot verbetering in (afstemming met) de zorg binnen en buiten de organisatie?

Collegiale ondersteuning dient duidelijker aanwezig te zijn binnen een organisatie (meer verweven binnen een organisatie), niet enkel in die situaties waarin een schokkende gebeurtenis plaats heeft gevonden. Kleine incidenten kunnen net zo veel impact hebben, terwijl daar nu geen collegiale ondersteuning voor ingezet wordt. Zo kan er bijvoorbeeld een soort spreukur komen van de collegiale ondersteuning, waar geüniformeerden met vragen terecht kunnen. Zo verschijnt de collegiale ondersteuning niet alleen bij schokkende gebeurtenissen voor acute hulp, maar ook meer tijdens het dagelijkse werk. Eventuele hulp voor geüniformeerden kan zo laagdrempeliger worden.

Daarnaast is vaak een schuldvraag aanwezig bij de geüniformeerden; dit moet goed besproken/geëvalueerd worden. Ook kwam naar voren dat geüniformeerden meer voorbereid dienen te worden op negatieve verhalen die in de media verschijnen. Geüniformeerden ervaren een gebeurtenis als extra schokkend als de media negatief zijn hierover. Betere voorbereiding op negatieve berichtgeving kan helpen bij het verwerken van schokkende gebeurtenissen.

9 Wat zijn uw ervaringen als leidinggevende/uitvoerende directe ondersteuning binnen uw organisatie betreffende zorg voor geüniformeerden na rampen en schokkende gebeurtenissen?

Meestal zijn geüniformeerden voldoende voorbereid op wat zij (gaan) aantreffen. Wat een incident echter traumatisch kan maken, is de schuldvraag na het voltrekken van een gebeurtenis. De hulpverlener – en zijn handelingen – wordt dan in twijfel getrokken, wat tot onzekerheid en boosheid bij de hulpverlener kan leiden. Men is het erover eens dat een technische, of operationele debriefing van enorme meerwaarde is om schuldgevoel/frustraties/onduidelijkheden te voorkomen en op te lossen, en de puzzelstukjes bij elkaar te krijgen. Uit de debriefing blijkt veelal ook of verdere hulp nodig is. Een multidisciplinaire debriefing (meerdere andere organisaties bij elkaar) kan ook erg leerzaam zijn.

10 Wie evalueert/monitort momenteel de organisatorische ondersteuning? Is dit de juiste persoon/instantie?

De collegiale ondersteuning en zorgcoördinatoren komen veelal bij elkaar om de incidenten van de afgelopen periode te bespreken. De frequentie waarin dit gebeurt, verschilt per organisatie. Soms is dit maandelijks – wat door iedereen als ideaal wordt gezien – maar vaker is dit om de maand of nog minder frequent. In sommige organisaties wordt per geüniformeerde bijgehouden waar deze bij betrokken is geweest. Als een geüniformeerde veel heeft meegemaakt in een korte periode, kan iemand van de collegiale ondersteuning langsaan. Deze evaluatie bevat goed en degenen die er nu bij betrokken worden, zijn ook de juiste personen. De zorgcoördinator moet weten wat er speelt en welke dingen wel/niet goed liepen volgens de collegiale ondersteuning. Evaluatie mag frequenter gepland worden en men is positief over een systeem waarbij per geüniformeerde bijgehouden wordt bij welke gebeurtenissen hij/zij betrokken was.

11 Wat weet u over regionale verschillen rond ondersteuning en nazorg (voor wat betreft sociaal-medische begeleiding) bij geüniformeerden?

De verschillen zijn regionaal en zelfs per organisatie aanwezig. Een belangrijke functie van de richtlijn is te zorgen voor handvatten om de zorg regionaal/landelijk meer eenduidig te krijgen. Voorbeelden van bestaande verschillen:

- Het al dan niet toegang hebben tot eigen hulpverleners, zoals een geestelijk verzorger, bedrijfsmaatschappelijk werker en een psycholoog binnen de organisatie. Defensie beschikt over al deze vormen van hulpverlening, de politie heeft binnen vier korpsen geestelijke verzorging. De geüniformeerden, maar ook hun leidinggevende en de zorgcoördinatoren geven aan dat hulp binnen de organisatie als positief ervaren wordt.
- Bijhouden van gebeurtenissen waar de geüniformeerden bij betrokken zijn geweest. Dit wordt bijv. bij politie Fryslân gedaan en men is daar erg tevreden over. Dit systeem wordt ook door andere organisaties als positief bestempeld. Als men bijhoudt wat een geüniformeerde allemaal meegemaakt heeft in een bepaalde periode kan de collegiale ondersteuning eventueel contact opnemen met diegene. Zo kan eerder hulp geboden worden.
- Nu is het toewijzen van collegiale ondersteuning per organisatie verschillend. Soms kan een geüniformeerde kiezen wie hij als collegiale ondersteuning wil hebben voor een gesprek; bij andere organisaties kan dit niet. Ook gaf een agent (werkzaam bij het KLPD) aan dat hij na een schokkende gebeurtenis een telefoontje krijgt van iemand uit het landelijke collegiale-ondersteuningsteam, bijvoorbeeld iemand uit een ander deel van Nederland. Liever ziet iedereen dat de collegiale ondersteuning binnen de eigen regio/eigen organisatie opereert.

12 Bent u tevreden over de huidige organisatorische ondersteuning bij de ondersteuning/zorg?

Al pratend blijkt dat er nog veel veranderd kan worden wat ondersteuning betreft. De structuur is goed, maar dient beter gefaciliteerd te worden. Er dient beter gekeken te worden naar eerdere ervaringen; daar kan nog altijd veel van geleerd worden.

Behalve de verschillen die in de vorige vraag naar voren komen, verschillen de protocollen rondom de organisatorische ondersteuning per regio. Tevens blijkt dat meer zakelijke evaluatie met andere organisaties na een schokkende gebeurtenis gewenst is en dat dit gestandaardiseerd kan worden door bijvoorbeeld jaarlijks bij elkaar te komen. Dit idee ontstaat plotseling, omdat men deze focusgroepsgesprekken als erg leerzaam ervaart. Dit kan wat de deelnemers betreft een onderdeel worden binnen de verschillende organisaties.

Het is goed dat tegenwoordig medewerkers van de meldkamer óók meegenomen worden in de evaluatie. Dit was voorheen niet zo, maar het is wel nodig, zodat ook zij de melding een plek kunnen geven.

Vragen 13-16 zijn samen uitgewerkt in een tabel; het gaat om de volgende vragen:

13 Welke stappen moeten er volgens u worden doorlopen bij zorg binnen en/of buiten de organisatie?

14 Welke stappen doorloopt u bij directe opvang binnen de organisatie?

15 Wie kan deze stappen het best uitvoeren en op welk moment?

16 Wie heeft de (eind)verantwoordelijkheid voor welke stap?

Als een geüniformeerde hulp wil, worden bij de organisatie op sommige punten overeenkomstige stappen doorlopen met betrekking tot collegiale ondersteuning. In de onderstaande tabel zijn deze stappen beschreven. In de tabel komen ook een bedrijfsmaatschappelijk werker (BMW), een geestelijk verzorger (GV) en een

psycholoog voor. Deze hulpverlening is echter niet bij elke organisatie aanwezig. De uitzonderingspositie betreft hier met name Defensie, waar tijdens uitzendingen een SMT aanwezig is met deze geüniformeerden binnen de nulde, eerste en tweede lijn. Medewerkers van het Korps Landelijke Politiediensten kunnen ook zelf direct contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijk werker, wat als nuldelijnsondersteuning gezien wordt.

Stappen die worden doorlopen met betrekking tot collegiale ondersteuning

| | Wat | Wie | Wanneer | Wie verantwoordelijk |
|---|--|--|--|---|
| A | Nuldelijns. Collegiale ondersteuning, uitlaatklep, operationele debriefing | Collega's, Geestelijke verzorger, BMW, Leidinggevende | Altijd | Collega's kunnen aangeven wanneer ze denken dat iemand anders hulp nodig heeft |
| B | Nuldelijns. Overweging inzet collegiale ondersteuning. | Coördinator, meldkamer, leidinggevende | O.b.v. inzetcriteria incidentenlijst, operationele debriefing, gezondheidsmonitoring | Coördinator van de collegiale ondersteuning en leidinggevende |
| C | Nulde-/eerstelijns. Gesprek collegiale ondersteuning na een gebeurtenis | Collegiale ondersteuning | Politie en ambulance hanteren incidentenlijst | Collegiale ondersteuning, Leidinggevende, Coördinator |
| D | Eerstelijns. Verzuim. Functioneringsproblematiek, gezondheidsklachten | P&O, arbodienst, leidinggevende, Bedrijfsgezondheidszorg (bedrijfsarts/huisarts?) | Na paar individuele gesprekken collegiale ondersteuning, Depressie/angst en verzuim | P&O/arbodienst, Coördinator |
| E | Tweedelijns. Professionele hulpverlening binnen of buiten de organisatie | Bedrijfsarts/BMW/ P&O, Psycholoog/ Psychiater, Traumazorg (lieft binnen organisatie) | Na drie gesprekken collegiale ondersteuning/ BMW/bedrijfsarts stagnatie. Langdurig verzuim | Eindverantwoordelijken beleid/leidinggevende. Soms P&O, soms wordt dit uitbesteed |

17 In hoeverre maakt u gebruik van richtlijnen/protocollen (binnen uw organisatie)?

Dit verschilt erg per organisatie. Richtlijnen bestaan wel, maar hierover wordt niet in elke organisatie gecommuniceerd/geëvalueerd. Tijdens de gesprekken blijkt dat daar wel behoefte aan is en dat men daar achteraan zal gaan binnen de organisatie (daar waar men niet goed op de hoogte is van de richtlijnen/protocollen). Sommige diensten zijn bekend met en/of maken gebruik van de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007) binnen de organisatie. Er blijkt behoefte te zijn aan regionale en/of landelijke standaardisatie.

18 Hoe moet standaardisatie eruit komen te zien?

Alle organisaties geven aan dat standaardisatie gewenst is, hoewel Defensie al veel werkt via standaardisatie. Door het verschil in werkzaamheden bij Defensie en het lang van huis weg zijn bij uitzendingen, bestaat er tussen Defensie en de overige diensten een verschil in aanpak. Naar aanleiding van de verschillen die men hoorde tijdens een gesprek werd opgemerkt: "We hebben samen het wiel uitgevonden, maar kunnen er nog niet goed mee fietsen."

Standaardisatie kan nooit helemaal; de een gelooft meer in aanbodgestuurd werken, de ander in vraaggestuurd. Kwaliteit kan gewaarborgd worden door handvatten te verstrekken, nu zijn er geregeld vragen over hoe ondersteuning plaats kan vinden en wie waar verantwoordelijk voor is:

- wanneer moet een gesprek plaatsvinden met iemand van de collegiale ondersteuning;
- hoe leden collegiale ondersteuning opleiden;
- hoe geüniformeerden beter opleiden; voorbereiden op de schokkende gebeurtenissen die ze tegen kunnen komen, aangeven dat heftige reacties de eerste dagen logisch zijn, voorbereiden op negatieve berichtgeving in de media;
- hoe getraumatiseerde medewerkers terug laten komen binnen organisatie (in een andere functie);
- hoe zit het met vertrouwelijkheid/zwijgplicht binnen de collegiale ondersteuning;
- waar houdt verantwoordelijkheid op voor leidinggevende, zorgcoördinator, collegiale ondersteuning etc.

19 Welke invloed heeft maatschappelijke aandacht in het algemeen en media-aandacht in het bijzonder op het psychisch welbevinden van bij een ramp betrokken geüniformeerden?

Maatschappelijke waardering (met name vanuit de media) is een punt dat bij kan dragen bij de ondersteuning van (na)zorg. In Nederland is iedereen altijd negatief over bijv. het optreden van de politie. Er wordt enkel aandacht besteed aan de dingen die misgaan bij hulpverlening. Als een agent zijn wapen gebruikt, volgt een grote rompslomp aan onderzoeken, terwijl men in Amerika op een voetstuk geplaatst zou worden. Ook bij Defensie ziet men graag meer waardering na uitzending; bij terugkeer van een missie krijgen alle deelnemers een medaille, of je nou kok was in het kamp of een militair die voor zijn leven gevreesd heeft. Dit ervaart men als negatief; als men meer waardering krijgt, helpt dit bij de nazorg/verwerking van de gebeurtenissen. Hoe goed de organisatorische ondersteuning rondom de nazorg ook is: als de media negatief zijn, dwarsboomt dit de verwerking. Defensie heeft mede om deze reden een communicatiedienst binnen de organisatie die zeer proactief opereert om dit soort negatieve uitwerkingen te vermijden.

Bijlage 6

Verslag

bruikbaarheidstest

De richtlijn is bedoeld voor geüniformeerden, zoals deze gedefinieerd zijn in hoofdstuk 1. Het is de bedoeling dat de aanbevelingen generiek genoeg zijn, zodat ze binnen verschillende geüniformeerde organisaties toepasbaar zijn. Via een zogeheten implementatietraject kunnen deze generieke aanbevelingen binnen elke organisatie aangescherpt en ingevuld worden. Hoewel dus gestreefd is naar een generieke opzet, is het bij de ontwikkeling van de richtlijn altijd van belang geweest dat deze zo veel mogelijk moet aansluiten bij de praktijk. Nadat eerder (praktijk)informatie is verkregen uit interviews en focusgroepen (zie bijlage 5), is als laatste stap een bruikbaarheidstest ingepland. Deze bruikbaarheidstest is in de zomer van 2010 ingezet als een aanvullende check om na te gaan in hoeverre de (generieke) aanbevelingen uit de conceptversie van de richtlijn ingebed kunnen worden binnen de diverse geüniformeerde diensten. In deze bijlage is een verslag opgenomen van deze bruikbaarheidstest.

Doel

Het doel van de bruikbaarheidstest was tweeledig: 1) toetsen van de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de praktijk en 2) een beeld vormen van de mate waarin de richtlijn wordt toegepast binnen de verschillende organisaties. Hierdoor konden onduidelijkheden in tekst en definities of praktische problemen in uitvoerbaarheid worden vastgesteld en de verschillen tussen de diverse disciplines daarin. Dit als input voor een laatste aanscherping van de richtlijn, die de slag naar implementatie kan vergroten.

Checklist indicatoren

Voordat de test van start kon gaan is een "checklist indicatoren" gemaakt, met concrete uitwerkingen van een aantal sleutelaanbevelingen uit de concept-richtlijn. Met deze checklist kon worden vastgesteld in hoeverre volgens de richtlijn wordt gewerkt. Deze checklist is gebruikt als hulpmiddel om binnen de test na te gaan of naleving van de aanbevelingen in de concept-richtlijn haalbaar en zinvol is.

Teambezoeken

In totaal zijn zeven bestaande teams uit verschillende regio's bezocht, waarbij gepoogd is de samenstelling van de teams uit zo veel mogelijk relevante niveaus in de organisatie te betrekken (zie onderstaande tabel). Deze niveaus betroffen ervaringsdeskundigen, (operationeel) leidinggevenden, beleidsmedewerkers, BOT/COG-leden en/of coördinatoren en sociaal-medische begeleiders.

Tijdens de teambezoeken werd een presentatie gegeven over de concept-richtlijn en werd de checklist voorgelegd. Daarna is de checklist in subgroepjes besproken en gescoord op bruikbaarheid en toepassing, aan de hand van een vooraf gekozen real-life casus. De uitkomst is vervolgens met het hele team besproken op zowel score als vooral op bruikbaarheid voor de organisatie. Van elk bezoek is een verslag teruggekoppeld aan de betreffende organisaties.

Overzicht deelnemers bruikbaarheidstest

| Organisatie | Datum | (Aantal) Deelnemers | Locatie |
|--|-----------|--|------------------------|
| Koninklijke Marechaussee (KMar) | 15-6-2010 | 10: 2 leden COG, COG-coördinator, 2 BMW, 3 GV, P&O, leidinggevende | Schiphol, Amsterdam |
| Brandweer (Rotterdam Rijnmond) | 29-6-2010 | 6: 4 leden Bedrijfs Opvang Team (BOT), 2 BOT-coördinatoren/commandanten | Capelle aan den IJssel |
| Defensie (Centraal Militair Hospitaal) | 30-6-2010 | 4: BMW-coördinator, P&O, klinisch psycholoog/zorglijn, leidinggevende operationele zaken | Utrecht |
| Kon. Ned. Redding Maatschappij (KNRM) | 30-6-2010 | 5: Voorzitter bestuur, secretaris-penningmeester, lokale voorzitter, schipper, hoofd operationele dienst | Stellendam |
| Ambulance (Noord-Oost Gelderland) | 6-7-2010 | 5: 3 BOT-leden, BOT-coördinator, leidinggevende | Elburg |
| Koninklijke Landelijke Politie Dienst (KLPD) | 6-7-2010 | 10: 8 BOT-leden, BOT-coördinator, BMW | Trimbos, Utrecht |
| Politie (Haaglanden) | 7-7-2010 | 7: 2 BOT-leden, BOT-coördinator, 2 BMW, leidinggevende, beleidsmedewerker | Naaldwijk |
| Afkortingen: BMW= Bedrijfsmaatschappelijk Werk; BOT= Bedrijfs Opvang Team; COG = Collegiale Ondersteunings Groep; GV= Geestelijk Verzorger | | | |

Dit algemene verslag van de bruikbaarheidstest is een samenvoeging van de verslagen die aan de teams zijn teruggekoppeld. Belangrijk is te beseffen dat het gegeven commentaar gericht is op aanbevelingen/indicatoren die uit de concepttekst van de richtlijn afkomstig zijn. Waar relevant, zijn de uitkomsten van dit verslag opgenomen in de commentaarrronde van de richtlijn, en vervolgens verwerkt in de definitieve richtlijntekst. Aan het einde van het verslag is een aangepaste set indicatoren opgenomen.

Presentatie richtlijn

Hieronder volgt een aantal algemene reacties op de presentatie over de concept-richtlijn.

- Bij alle organisaties werd de presentatie goed ontvangen. Men vond het duidelijk en helder en ook erg belangrijk dat de richtlijn er komt, om onderling van elkaar te leren.
- Een aantal aanwezigen heeft de richtlijn gezien in de commentaarfase en een eventuele reactie/eventueel commentaar al toegestuurd, of zal dit nog doen.
- Het kringenmodel is herkenbaar als uitwerking van de onderliggende visie om individuele mentale veerkracht en steunende context als uitgangspunt te nemen, en van daaruit zorg op maat.
- De richtlijn lijkt over het algemeen goed aan te sluiten bij de bestaande aanpak binnen de teams.
- Door hun manier van werken denken Defensie (i.v.m. uitzendingen) en de KNRM (voornamelijk vrijwilligers) niet geheel volgens de richtlijn te kunnen werken. Zo verlenen de collega's daar peer-support en/of is er verder professionele opvang, in plaats van dat dit daarnaast via speciale collegiale teams (BOT/COG) plaatsvindt.
- Binnen de organisaties merkt men dat medewerkers makkelijker hulp vragen: 'Jaren geleden was je gek als je aangaf dat je hulp nodig had, nu vinden ze je gek als je geen hulp vraagt.'
- Er was veel interesse in het boek *Sterke schouders*, van Kenniscentrum Impact.¹⁵

¹⁵ Het boek 'Sterke schouders in het publieke domein' is als pdf te downloaden van de website van Impact: www.impact-kenniscentrum.nl.

Bruikbaarheid indicatoren

Hieronder volgt een aantal algemene reacties op de bruikbaarheid van de indicatoren. Men vond de indicatoren erg uitgebreid en goed doordacht, maar ook erg gedetailleerd.

- Scores invullen bij de indicatoren vond men lastig; dit wordt ook niet altijd bijgehouden.
- Men vond de hoofdindicatoren over het algemeen bruikbaar en nuttig, behalve de indicatoren over selectie van personeel en die over selectie collegiale ondersteuning door leidinggevende. Deze aanbevelingen vindt men minder relevant, omdat men een advies over dit onderwerp niet nodig acht en binnen de organisaties dit momenteel naar tevredenheid op verschillende manieren plaatsvindt.
- Enkele subindicatoren vindt men overbodig of op een onlogische plaats staan. Er is tevens sprake van overlap.
- Enkele organisaties werken al grotendeels zoals beschreven in de richtlijn. Een vrijwilligersorganisatie als de KNRM wijkt hier het meest van af, doordat bij deze organisatie geen sprake is van georganiseerde collegiale ondersteuning. Men is daarentegen tevreden over de aanpak en samenwerking met en tussen de vrijwilligers.
- Op bepaalde indicatoren scoren alle organisaties dat deze momenteel voor 100% worden voldaan in de praktijk. Dit geldt voor de indicatoren over Verantwoordelijkheid organisatie; Coördinator collegiale ondersteuning; en Vertrouwelijkheid collegiale ondersteuning. Deze zaken zijn reeds goed geregeld, maar tegelijkertijd kan dit nog een groot probleem vormen in de praktijk. Zo is er altijd een coördinator aangesteld, maar wordt deze niet altijd voldoende gefaciliteerd binnen de organisatie. Ook kwesties rondom vertrouwelijkheid binnen collegiale ondersteuning kunnen een groot probleem vormen.
- Op andere indicatoren scoren alle organisaties juist laag (20% of lager). Dit betreft de indicatoren over Mentale gezondheidsmonitoring geüniformeerde medewerkers en Opleiding operationeel leidinggevende. De indicatoren blijken voldoende helder geformuleerd, er is op die punten duidelijk behoefte aan organisatorische verbetering in de toekomst.
- Men vindt indicatoren enkel met 'ja' of 'nee' invullen soms te stringent, omdat er vaak een aanvullende nuancering nodig is. Een voorbeeld is de indicator over of er na een schokkend incident altijd psycho-informatie wordt aangeboden. Dit kan afhangen van de setting en persoon en of geüniformeerden al veel vaker een dergelijk incident hebben meegemaakt.
- Verschillende organisaties zijn van plan een eigen versie/uitwerking van de richtlijn te maken.
- Men ziet graag de best-practices en checklisten van de andere organisaties, om van te leren (de richtlijn voorziet hierin, zie de voorbeelden in de boxen).
- Men is bang dat men in de toekomst lijstjes krijgt die men moet gaan afvinken om te bepalen of zaken naar behoren gedaan zijn. Een dergelijke bureaucratie kan tot grote weerstand leiden.

Commentaar op bruikbaarheid van indicatoren dat aandacht verdient in de richtlijn

Hieronder worden puntsgewijs reacties aangedragen die aandacht verdienen bij implementatie. Waar mogelijk, en in samenspraak met de projectgroep, zijn deze reacties verwerkt in de definitieve tekst van de richtlijn.

- De term 'geüniformeerde' werd als verwarrend ervaren, omdat het niet duidelijk is of men dan de geüniformeerde zelf of de BOT-medewerker bedoelt.
- De term '(team) collegiale ondersteuning' werd als onduidelijk en verwarrend ervaren door de brandweer, politie en ambulance. Voorgesteld werd de bestaande terminologie van bedrijfsopvangteams (BOT) hanteren, omdat collegiale ondersteuning breder is dan BOT en nieuwe termen of afkortingen communicatie hierover lastig maken.
- Verantwoordelijkheid van de organisatie is nu erg breed geformuleerd en operationeel gemaakt. Het lijkt

nuttig om de schriftelijke vastlegging in beleidsdocumenten te scheiden van de daadwerkelijke implementatie hiervan. Een aparte indicator/kernaanbeveling over registratiesystemen voor collegiale ondersteuning (BOT/COG-gesprekken) wordt aanbevolen. Exit-onderzoek lijkt irrelevant hier.

- Men vindt dat men voldoende vrijgesteld moet worden om een BOT/COG-gesprek te kunnen voeren, maar dit is nu niet altijd het geval. De verhouding van het aantal fte COG/BOT ten opzichte van het voltallige personeel is alleen relevant als procesindicator, als er in de richtlijn een aanbeveling is over de wenselijke verhouding. Dit komt nu onvoldoende tot uitdrukking.
- Geüniformeerden moeten weten dat het BOT er ook (voor hen) is zonder dat er een schokkende gebeurtenis heeft plaatsgevonden. In de richtlijn moet de bekendheid van het BOT/COG en BMW aan de orde gesteld worden (bijv. tijdens een introductie cursus).
- Selectie van personeel met behulp van screening is als hoofdindicator niet erg relevant, omdat dit vaak landelijk geregeld is en op praktische bezwaren stuit.
- Gezondheidsmonitoring is zeer relevant en het mag duidelijk in de richtlijn vermeld worden dat dit nu bij geen van de organisaties plaatsvindt.
- Opleiding collegiale ondersteuning (BOT/COG) dient ook iets te zeggen over in hoeverre de cursus als voldoende wordt ervaren in de praktijk. Daarnaast wordt een regelmatige opfriscursus aanbevolen, zodat men op de hoogte blijft van invloeden als media en agressie.
- Opleiding operationeel leidinggevende is zeer relevant. In de richtlijn mag duidelijk naar voren komen dat dit nu onvoldoende plaatsvindt binnen organisaties. Belangrijk is hierbij aan te geven dat de leidinggevende vaak eindverantwoordelijke is en handvaten dient te krijgen, maar niet de uitvoering van BOT/COG doet.
- De selectie van BOT/COG-leden door leidinggevende vindt men niet relevant, omdat men een advies over dit onderwerp niet nodig acht en binnen de organisaties dit momenteel naar tevredenheid op verschillende manieren plaatsvindt. Interessanter is een lijst met competenties op te nemen waar men op kan selecteren. De indicator is niet van toepassing voor Defensie en KNRM, omdat hier geen sprake is van BOT/COG-leden.
- Er is vaak een coördinator collegiale ondersteuning aangesteld. Diens taken zijn niet altijd concreet geformaliseerd en gefaciliteerd. De coördinator draagt meestal geen verantwoordelijkheid voor het handelen van de collega COG/BOT'ers; dit wordt ook niet wenselijk geacht.
- Het beheren van een incidentvolgsysteem – al dan niet geïntegreerd in een registratiesysteem van BOT/COG-gesprekken – wordt wenselijk geacht, evenals goede praktijkvoorbeelden hiervan.
- De term 'operationele debriefing' roept soms vraagtekens op over in hoeverre er tegelijkertijd of daarna mogelijkheid is om stoom af te blazen in een eerste opvanggesprek, wat nu in de praktijk vaak gebeurt. Het advies is nu om praktische opvang op te nemen in de richtlijn.
- Multidisciplinaire operationele debriefing wordt niet altijd als positief ervaren. Soms ervaren organisaties tegenstrijdige belangen met politie, als deze van de locatie een plaats delict maakt. Vanaf dat moment is de politie ook geen hulpverlener meer, maar waarheidsvinder. De richtlijn dient dit te benoemen.
- De term psycho-informatie vindt men soms onduidelijk.
- De timing van de inzet van georganiseerde collegiale ondersteuning behoeft verduidelijking. Onduidelijk is de rol van een eerste praktisch opvanggesprek, direct na het incident. Er wordt nu alleen gesproken over een operationele debriefing, die niet in het tijdsplan is opgenomen. Ook al is psychologisering niet de insteek, dan nog blijken collega's de behoefte te hebben aan stoom afblazen direct na een incident. Dit is bij de politie, ambulance en brandweer ook het enige moment om medewerkers direct te kunnen benaderen via BOT voor eventuele vervolggesprekken. Bij voorkeur geeft de richtlijn helder aan of een eerste opvanggesprek direct na het incident wel of niet wenselijk is voor stoom afblazen en het maken van praktische

afspraken, of dit wel of niet het best in groepsverband dient te gebeuren, en of hier wel of niet BOT/COG bij betrokken dient te worden.

- Vertrouwelijkheid is bij collegiale ondersteuning van cruciaal belang, maar lastig. Dit dient nadrukkelijk aan de orde te komen, evenals dat voor medewerkers duidelijk moet zijn hoe BOT/COG-leden hiermee om dienen te gaan. Het advies is: in gevallen waarin vertrouwelijkheid niet kan worden gegarandeerd, verwijzen naar leidinggevende, coördinator of professionals als BMW of bedrijfsarts, afhankelijk van de situatie.
- Bij de inhoud van de gesprek(ken) collegiale ondersteuning is het onduidelijk of BOT/COG wel of niet adviseert om iemand direct van zijn functie af te halen bij een emotionele reactie na een incident. Aanbevolen wordt in die gevallen te verwijzen naar leidinggevende, coördinator of professionals als BMW of bedrijfsarts, afhankelijk van de situatie.
- Een format voor een generieke topiclijst BOT/COG wordt wenselijk geacht, evenals voorbeelden van andere organisaties. Het gebruik van een (zelfhulp)klachtenlijst vindt men meer iets voor professionals in de bedrijfsgezondheidszorg.
- Communicatie tussen leidinggevende en collegiale ondersteuning vindt vaak plaats bij aanvang van het BOT/COG-traject, maar daarna niet meer. Dit is in het kader van vertrouwelijkheid vaak ook niet wenselijk, terwijl de richtlijn wél doorlopende contactmomenten tussen het BOT/de leidinggevende propageert. Aanbevolen wordt dit advies te heroverwegen.
- Protocol doorverwijzing. De organisaties die zelf al een geestelijk verzorger (GV) en bedrijfsmaatschappelijk werker (BMW) in huis hebben, zien dit als een groot voordeel. Zo kan sneller betere/professionelere hulp geboden worden als daar behoefte aan is. Wel blijkt dat men onvoldoende op de hoogte is van bestaande protocollen en vaak niet weet wanneer de BOT/COG-leden kunnen doorverwijzen naar de BMW of de GV. In de praktijk gebeurt dit nu weinig. Hierbij zou een concrete indicator of advies voor een verwijsprotocol behulpzaam kunnen zijn. Het KLPD gebruikt een kleurenschema bij grote incidenten om mensen wel of niet via BOT/COG te volgen of eventueel door te verwijzen. Mogelijk is dit als best-practice op te nemen in de richtlijn.
- De timing van een advies voor verwijzing naar professionele zorg vindt in de praktijk plaats na vier tot zes weken na een schokkende gebeurtenis, in plaats van na de gestelde vier weken bij aanhoudende signalen/klachten. Aanbevolen wordt dit te verruimen naar vier tot zes weken. In de praktijk wordt erg weinig doorverwezen naar professionele hulpverlening.
- Het volgen van evidence-based richtlijnen door de professionele hulpverlening wordt als min of meer vanzelfsprekend beschouwd. Contracten met partijen zijn soms landelijk geregeld. Men heeft hier vaak geen inzicht in, ook niet in wat welke richtlijn voorschrijft.

Real-life casus en scores

In onderstaande tabel staan de casussen beschreven die besproken zijn tijdens de bruikbaarheidstest. Tevens staan de gemiddelde scores vermeld, in hoeverre de organisatie bij de casus aan de concept-indicatoren uit de richtlijn voldeed. Deze score is niet bedoeld om aan te geven of de organisatie wel of niet goed omgaat met psychosociale zorg rondom schokkende gebeurtenissen, maar geeft een indicatie ter vergelijking van indicatoren op de verschillende casussen. De organisaties hebben zelf een verslag ontvangen waarin zij de scores en opmerkingen in detail hebben teruggekregen, zodat zij indien gewenst daarmee aan de slag kunnen.

Real-life casussen en scores van de organisaties

| Organisatie | Real-life casus | Score |
|-------------|--|-------|
| KMar | Crash met Turkish Airlines in februari 2009. Hierbij kwamen negen mensen om het leven en raakten veel inzittenden gewond. Inzet collegiale ondersteunings groep (COG). | 79% |
| Brandweer | Woningbrand met twee overleden kinderen, ondanks reanimatie. Jonge ploeg brandweerlieden. | 58% |
| Defensie | Uitzending Afghanistan (Uruzgan), waar afgelopen jaren meer dan twintig Nederlandse militairen zijn omgekomen. | 68% |
| KNRM | In augustus 2009 verdronken twee Duitse vissers, die de reddingsbrigade uit water heeft gehaald. De twee lichamen heeft men op advies van de politie bij het KNRM-gebouw gehouden, waar later de twee vrouwen van de vissers kwamen zonder op de hoogte te zijn en erg heftig reageerden toen ze de lichamen zagen. Deze reactie en het handelen van politie heeft op de vrijwilligers een grote impact gehad. | 37% |
| Ambulance | Na een zelfdoding is BOT ingeschakeld bij een emotionele collega die een time-out nodig had. Op aanraden van collega en in overleg met leidinggevende heeft BOT-lid beslissing genomen om de betrokkene van de auto te halen en naar huis toe te sturen. Lastige beslissing. | 58% |
| KLPD | Koninginnedag 2009 Apeldoorn, inzet BOT. Ramp Turkish Airlines 2009, inzet BOT. | 63% |
| Politie | BOT-gesprek n.a.v. poging tot zelfdoding, bij collega bij wie al veel speelde, o.a. problematiek met leidinggevende. De BOT'er heeft in overleg met betrokkene en met diens toestemming contact gezocht met de BOT-coördinator om het probleem anoniem voor te leggen. Probleem is vertrouwelijkheid van informatie en hoe daarmee om te gaan. | 58% |

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de bruikbaarheidstesten hun doelen hebben bereikt, te weten de toetsing op bruikbaarheid, het zonodig aanscherpen van de bruikbaarheid van de richtlijn, en de verkenning van (verschillen in) toepasbaarheid bij de organisaties. De presentatie over de concept-richtlijn werd als positief ervaren en leidde tot bruikbare reacties. De richtlijn lijkt over het algemeen goed aan te sluiten bij de bestaande aanpak binnen de teams. Wel geldt voor Defensie (i.v.m. uitzendingen) en de KNRM (werken met enkel vrijwilligers) dat hun manier van werken niet geheel aansluit bij de richtlijn, waardoor ze hier ook niet altijd aan kunnen voldoen (bv. omdat er geen BOT/COG-structuur is). Opmerkingen die betrekking hebben op de inhoud van de richtlijn worden besproken met de projectgroep, zodat mogelijk nog aanpassing en/of aanscherping van de aanbevelingen kan plaatsvinden.

Er zijn duidelijke knelpunten naar voren gekomen over een aantal indicatoren. Over het algemeen vond men de gebruikte checklist te gedetailleerd. Op grond van de opmerkingen is een aangepaste set van twintig indicatoren ontwikkeld (zie onderstaande tabel). Indicatoren over de selectie van geüniformeerden en BOT/COG'ers door leidinggevendens zijn aangepast of verwijderd. Bij andere indicatoren zijn subindicatoren verwijderd, aangepast, of van plek veranderd.

Een ander doel van de bruikbaarheidstest was een indruk te krijgen van de mate van toepassing van de richtlijnen door de verschillende korpsen. De real-life casussen gaven een goede indruk van de praktijk en de aansluiting daarop van de richtlijn. De score op de mate van toepassing van de richtlijn op de huidige conceptindicatoren varieerde van 37% t/m 79%. De score hing mede af van de specifieke aanpak binnen de organisaties van psychosociale nazorg en de mogelijkheden daartoe; voor een vrijwilligersorganisatie is dit bijvoorbeeld veel moeilijker te realiseren, omdat hier niet de middelen voor zijn. Ook werd duidelijk waar

nog de nodige winst te boeken is, dus de indicatoren waarop laag gescoord werd en die wel relevant werden gevonden. Dit betreft vooral indicatoren over mentale gezondheidsmonitoring en over de opleiding van leidinggevend. Ook is nog duidelijk aandacht nodig voor de indicatoren over communicatie, afstemming en protocollen met betrekking tot communicatie over samenwerken en doorverwijzen van BOT/COG, leidinggevende en professionals in de bedrijfsgezondheidszorg. Hierover zijn nuttige opmerkingen gemaakt.

Met dank aan de medewerking van de betrokken teams en organisaties hebben we zo een goed beeld kunnen vormen van waar de concept-richtlijn en de bruikbaarheid daarvan nog aangescherpt kunnen worden. Positief is dat de verschillende organisaties van plan zijn een eigen versie/uitwerking van de richtlijn te maken. Men ziet daarnaast graag de best-practices en checklisten van de andere organisaties, om ervan te leren. Van belang is verder dat men de richtlijn als hulpmiddel zal zien in plaats van testinstrument om te zien of er goed gewerkt wordt. Dit laatste kan onbedoeld tot grote weerstand leiden. Hopelijk hebben de bruikbaarheidstesten dit mogelijke beeld weg kunnen nemen en zullen de resultaten bijdragen aan een betere toepasbaarheid en implementatie van de richtlijn in de toekomst.

Checklist indicatoren naar aanleiding van de bruikbaarheidstest

| | Voldaan aan criterium? |
|---|------------------------|
| PREPARATIE ORGANISATIE | |
| 1 Goed werkgeverschap | JA/NEE |
| De organisatie draagt formeel eindverantwoordelijkheid voor goed werkgeverschap en gezonde arbeidsomstandigheden met betrekking tot mentale fitheid van personeel. Dit is schriftelijk vastgelegd in een door de directie ondertekend document. | J/N |
| Is dit document voldoende geïmplementeerd binnen de organisatie? | J/N |
| 2 Selectie personeel | JA/NEE |
| Selectie van nieuw personeel vindt plaats via een instrument met aandacht voor mentale fitheid (bv. cognitieve en/of persoonlijkheidskenmerkentest). | J/N |
| 3 Gezondheidsmonitoring | JA/NEE |
| Gezondheidsmonitoring vindt plaats via periodiek (jaarlijks?) preventief mentaal gezondheidskundig onderzoek bij medewerkers. | J/N |
| 4 Opleiding geüniformeerde professionals | JA/NEE |
| Er is een verplichte opleiding voor geüniformeerde professionals die aandacht besteedt aan versterking van mentale fitheid rondom schokkende gebeurtenissen. | J/N |
| % geüniformeerde professionals dat deze opleiding heeft gevolgd. | % |
| 5 Opleiding (operationeel) leidinggevende | JA/NEE |
| Er is een verplichte opleiding voor leidinggevend over signaleren van en handelen bij medewerkers rond schokkende gebeurtenissen. | J/N |

| (vervolg van vorige pagina) | Voldaan aan criterium? |
|--|------------------------|
| COLLEGIALE ONDERSTEUNING | |
| 6 Georganiseerde incidentenafhandeling door middel van collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| De organisatie draagt formeel eindverantwoordelijkheid voor een georganiseerde afhandeling van schokkende gebeurtenissen, waarbij collegiale ondersteuning wordt gefaciliteerd. Uitgangspunten zijn vertrouwen in het natuurlijke herstelproces, eerste opvang vanuit collegiale ondersteuning en zonodig professionele zorg op maat. Rollen en verantwoordelijkheden hieromtrent zijn schriftelijk vastgelegd in een door de directie ondertekend document. | J/N |
| a. Is dit document voldoende geïmplementeerd binnen de organisatie? | % |
| b. % fte inzet BOT/COG op totaal fte geüniformeerde professionals (streven naar 1-15%). | % |
| 7 Coördinator collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| De organisatie heeft een (lokale/regionale) coördinator van de collegiale ondersteuning aangesteld. | J/N |
| De (lokale/regionale) coördinator collegiale ondersteuning heeft een duidelijke taakomschrijving. | J/N |
| Er is sprake van een beveiligd gespreksstelsel voor het bijhouden van de BOT/COG-gesprekken, dat wordt beheerd door de coördinator. | J/N |
| 8 Registratiesysteem van schokkende incidenten op persoon | JA/NEE |
| Er is een incidentenregistratiesysteem voor een preventieve aanpak ten opzichte van professionals met een hoge 'trefkans'. | J/N |
| 9 Opleiding collegiale ondersteuning (BOT/COG) | JA/NEE |
| Er is een verplichte opleiding (van minimaal drie dagen?) voor BOT/COG-leden over psychosociale zorg rondom schokkende gebeurtenissen. | J/N |
| a. Er is mogelijkheid tot jaarlijkse bijscholing. | J/N |
| b. Er is jaarlijks sprake van minimaal één intervisiebijeenkomst. | J/N |
| 10 Inzet collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| De organisatie heeft een incidentenlijst met specifieke inzetcriteria voor BOT/COG binnen eigen dienst. | J/N |
| % dat leidinggevende/meldkamer BOT/COG inzet volgens criteria na incident (op totaal schokkende incidenten). | % |
| 11 Operationele debriefing | JA/NEE |
| Er vindt altijd een (multidisciplinaire) nabespreking ofwel operationele debriefing plaats na een schokkend incident. | J/N |
| Bij de operationele debriefing is geen aandacht voor psychologische effecten. | % |
| 12 Timing inzet collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| BOT/COG-gesprekken worden georganiseerd volgens een vooropgesteld tijdsplan, indien nodig. (Eventueel directe opvang na incident en debriefing ter ontlasting en contact: advies over continuering werk.) | |
| Eerste gesprek binnen enkele dagen na signalering, niet direct volgend op het incident. | J/N |
| Tweede gesprek (indien nodig) volgt binnen vier tot zes weken | J/N |

| (vervolg van vorige pagina) | Voldaan aan criterium? |
|---|------------------------|
| 13 Vertrouwelijkheid collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| Bij BOT/COG-gesprekken is de geüniformeerde professional op de hoogte van de bestaande voorwaarden rondom vertrouwelijkheid van de informatie. Er is geen sprake van verschoningsrecht als betrokkene tegen zichzelf of anderen in bescherming moet worden genomen of laakbare handelingen openbaart. | J/N |
| Indien BOT/COG'er gesprekken onder deze voorwaarden niet kan continueren, adviseert deze verwijzing naar bedrijfsmaatschappelijk werk of bedrijfsarts. | % |
| 14 Psycho-informatie psycho-educatie | JA/NEE |
| Na een schokkende gebeurtenis wordt altijd psycho-informatie aangeboden aan geüniformeerde professionals, in het kader van collegiale ondersteuning. | J/N |
| 15 Gesprek(ken) collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| Binnen de gesprekken van collegiale ondersteuning wordt een topiclijst gebruikt. | J/N |
| a) De topiclijst geeft minimaal aandacht aan vertrouwelijkheid, signalen voor monitoring van de voortgang en stappen ter doorverwijzing. | J/N |
| 16 Communicatie leidinggevende en collegiale ondersteuning | JA/NEE |
| Het informeren van de leidinggevende gebeurt vanaf het begin en gedurende het proces van collegiale ondersteuning. | J/N |
| INZET EN AFSTEMMING PROFESSIONELE ZORG | |
| 17 Timing advies professionele zorg | JA/NEE |
| Indien binnen vier tot zes weken na schokkende gebeurtenis aanwijzingen zijn voor psychische klachten of gedragsmatige signalen bij medewerker of vertrouwelijkheid niet gegarandeerd kan worden, adviseert BOT/COG een professionele hulpverlener in te schakelen via BMW of bedrijfsarts. | J/N |
| 18 Protocol doorverwijzing | JA/NEE |
| De organisatie heeft een protocol rondom doorverwijzen van geüniformeerde professionals naar leidinggevende en/of bedrijfsgezondheidszorg. | J/N |
| a. Leden collegiale ondersteuning, leidinggevend en professionals bedrijfsgezondheidszorg hebben kennis van dit protocol. | J/N |
| 19 Richtlijnen professionele hulpverlening | JA/NEE |
| Bedrijfsgezondheidszorg en andere professionele hulpverlening werken volgens meest recente professionele richtlijnen. | J/N |
| De bedrijfsarts verricht zonedig preventief medisch onderzoek en heeft inzicht in het aantal PTSS-gerelateerde beroepsziekten binnen de organisatie. | J/N |
| 20 Periodiek overleg collegiale ondersteuning, leidinggevende en bedrijfsgezondheidszorg | JA/NEE |
| Er vindt periodiek (maandelijks) overleg plaats tussen leidinggevende, coördinator collegiale ondersteuning en professionals bedrijfsgezondheidszorg (bv. SMT). | J/N |

Bijlage 7

Lijst met afkortingen

| Afklorting | Betekenis |
|------------|--|
| ACPMH | Australian Centre for Posttraumatic Mental Health |
| APA | American Psychiatric Association |
| ASD | Acute Stress Disorder |
| ASS | Acute Stress Stoornis |
| AZN | Ambulancezorg Nederland |
| BARP | Besluit Algemene Rechtspositie Politie |
| BMW | Bedrijfsmaatschappelijk werk |
| BOT | Bedrijfsopvangteam |
| CAPS | Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale |
| CBO | Centraal BegeleidingsOrgaan. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg |
| CGT | Cognitieve gedragstherapie |
| CISD | Critical Incident Stress Debriefing |
| CISM | Critical Incident Stress Management |
| COG | Collegiale Opvangsgroep |
| CREST | Clinical Resource Efficiency Support Team |
| DSM - IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition |
| EBRO | Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling |
| EMDR | Eye Movement Desensitization and Reprocessing |
| GATB | General Aptitude Test Battery |
| GHOR | Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen |
| GGZ | Geneeskundige Gezondheidszorg |
| ICD-10 | International Classification of Diseases |
| KLPD | Korps Landelijke Politie Diensten |
| KMar | Koninklijke Marechaussee |
| KNBRD | Koninklijke Nederlandse Bond tot het Redden van Drenkelingen |
| KNRM | Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij |
| KRIE | Kwaliteit Richtlijnontwikkeling, Invoering en Evaluatie |

| Afkorting | Betekenis |
|------------------|---|
| LMAZ | Landelijke Meldkamer Ambulancezorg |
| NCvB | Nederlands Centrum voor Beroepsziekten |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| NICE | National Institute for Clinical Excellence |
| NIP | Nederlands Instituut voor Psychologen |
| NVAB | Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde |
| NVBR | Nederlandse Vereniging voor Brandweerzorg en Rampenbestrijding |
| NVvP | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie |
| OVD | Officier van Dienst |
| OVDG | Officier van Dienst-Geneeskundig |
| P&O | Personeel & Organisatie |
| PDC | Psychotrauma Diagnose Centrum |
| PMO | Preventief Medisch Onderzoek |
| PAM | Periodiek Arbeidsgezondheidskundige Monitor |
| GTPA | Geweld Tegen Politie Ambtenaren |
| PSA | Psychosociale Arbeidsbelasting |
| PTSD | Posttraumatic Stress Disorder |
| PTSS | Posttraumatische stressstoornis |
| RAV | Regionale Ambulancevoorziening |
| RCT | Randomized Controlled Trial |
| SPAN | Startle, Physiological arousal, Anger and Numbness (screeningsinstrument) |
| SMT | Sociaal Medisch Team |
| TSQ | Trauma Screening Questionnaire |
| TRiM | Trauma Risk Management Model |
| VNG | Vereniging van Nederlandse Gemeenten |
| Wet BIG | Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg |
| WGBO | Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst |

Bijlage 8

Overzicht

aanbevelingen

In deze bijlage zijn de aanbevelingen uit de richtlijn nogmaals weergegeven. Daarbij is een indeling gemaakt naar doelgroep en werkingssfeer.

Aanbevelingen per doelgroep

Aanbevelingen zijn in eerste instantie ingedeeld naar doelgroep, te weten (A) geüniformeerden zelf; (B) de georganiseerde collegiale ondersteuning; (C) de direct operationeel leidinggevenden; (D) het management. Bij het management is per aanbeveling aangegeven voor wie ze binnen het management het meest van toepassing is. Dit kan P&O zijn, maar ook de coördinator of het gehele management. Als aanvullende categorie (E) zijn enkele overige aanbevelingen opgenomen.

Aanbevelingen naar werkingssfeer

Binnen de indeling op grond van doelgroep zijn de aanbevelingen gegroepeerd naar werkingssfeer: **(1) Potentieel schokkende gebeurtenis en mogelijke gevolgen.** Dit zijn aanbevelingen rondom het begrip 'potentieel schokkende gebeurtenissen' en de gevolgen van het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Ook risicoverhogende factoren komen hier aan de orde. **(2) Preparatie, selectie, voorlichting en de rol van de organisatie.** Dit zijn aanbevelingen rondom de selectie van geüniformeerden en de voorlichting aan hen. **(3) Inzet, kennis en vaardigheden voor georganiseerde collegiale ondersteuning.** Dit zijn aanbevelingen over de inzet en het bieden van collegiale ondersteuning weergegeven. Eveneens gaat het om aanbevelingen over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om deel te nemen aan georganiseerde collegiale ondersteuning. **(4) Monitoring.** Dit zijn aanbevelingen rondom het herkennen van klachten bij de geüniformeerde. **(5) Verantwoordelijkheden en evaluatie van georganiseerde collegiale ondersteuning.** Dit zijn aanbevelingen over de verantwoordelijkheden en de ondersteuning vanuit de organisatie. **(6) Inzet professionele zorg.** Dit zijn aanbevelingen over tijdige doorverwijzing naar professionele hulp.

| Doelgroep | A | Geüniformeerden zelf |
|----------------|---|---|
| Werkings sfeer | 3 | <i>Inzet, kennis en vaardigheden voor georganiseerde collegiale ondersteuning</i> |

- 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.
- 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 inzetbaarheid te voorkomen'. Deze collegiale ondersteuning sluit aan bij de werkwijze zoals die op dit moment geboden wordt door de geüniformeerde organisaties.
- 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.
- 21** Ondanks onvoldoende evidentie op wetenschappelijk niveau voor de effectiviteit van voorlichting, beveelt de projectgroep voorlichting middels psycho-informatie aan ter versterking van de mentale veerkracht van de 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.
- 36** Tijdens het contact met het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning dient vertrouwelijkheid te worden geboden, maar onder voorwaarden. Deze voorwaarden zijn:
- i) 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;
 - ii) het lid collegiale ondersteuning kan besluiten dat de betrokken geüniformeerde tegen zichzelf of anderen in bescherming moet worden genomen;
 - iii) 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.
- 37** De projectgroep raadt aan een eerste gesprek met georganiseerde collegiale ondersteuning voorrang te geven boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het Openbaar Ministerie zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.

| Doelgroep | B | Georganiseerde collegiale ondersteuning |
|--------------|---|---|
| Werkingsfeer | 1 | Potentieel schokkende gebeurtenis en mogelijke gevolgen |

- 2 Na potentieel schokkende gebeurtenissen moet rekening worden gehouden met de volgende psychische en psychosociale gevolgen: disfunctioneren; spanningsklachten; toename van ziekteverzuim; toename middelengebruik; problemen in de privésfeer; ongevoeligheid; emotionele afvlakking; acuut stresssyndroom; posttraumatisch stresssyndroom; depressieve stoornis; slaapstoornissen; arbeidsconflicten; en arbeidsongeschiktheid.
- 3 Algemene risicoverhogende en beschermende factoren voor het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis zijn (binnen de algemene bevolking):

pretraumafactoren

- eerdere traumatisering
- eerdere psychopathologie
- neuroticisme

peritraumafactoren

- ernst van het trauma

posttraumafactoren

- sociale steun
- verdere stress

De projectgroep raadt voorts aan alert te zijn op situaties waarin geüniformeerden niet praten over het doorgemaakte trauma, specifieke taken en werkzaamheden vermijden of vormen van afleiding zoeken die nadelig zijn voor de persoon of zijn of haar sociale context (bijvoorbeeld middelengebruik).

- 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.
- 5 Naast bovengenoemde algemene factoren, die ook voor geüniformeerden gelden, benadrukt de projectgroep het belang van het bieden van sociale steun aan geüniformeerden. Daarbij dient speciaal aandacht te worden gegeven aan:

- a erkenning;
- b de mogelijkheid het verhaal te vertellen;
- c nazorg en opvanggesprekken; en
- d informatie over de handelwijze van andere betrokken partijen.

Tevens dient de geüniformeerde zo goed mogelijk te worden beschermd – o.a. door middel van voorlichting en voorbereiding – voor eventuele (negatieve) reacties uit de omgeving en vervolgonderzoeken, evenals agressie.

- 7 De projectgroep beveelt aan er rekening mee te houden dat fysiek letsel, ontstaan bij een potentieel schokkende gebeurtenis, de uiteindelijke psychosociale impact bij geüniformeerden kan vergroten.

| Doelgroep | B | Georganiseerde collegiale ondersteuning |
|----------------|---|---|
| Werkings sfeer | 3 | <i>Inzet, kennis en vaardigheden voor georganiseerde collegiale ondersteuning</i> |

- 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 doorverwijzing;
 - 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.
- 32** Het eerste gesprek met de georganiseerde collegiale ondersteuning dient enkele dagen na signalering, dus niet onmiddellijk volgend op het incident, te worden aangeboden. Dit laat onverlet dat binnen de organisatie een steunende context moet bestaan waarbinnen desgewenst ruimte is om emoties te kunnen luchten en het verhaal kwijt te kunnen.
- 33** De projectgroep raadt aan bij georganiseerde collegiale ondersteuning de volgende globale fasering aan te houden:
- eerste gesprek: enkele dagen na het incident;
 - tweede gesprek: na vier tot zes weken;
 - derde gesprek: na drie maanden.
- 34** De projectgroep beveelt aan binnen de georganiseerde collegiale ondersteuning maximaal 3 gesprekken te voeren volgens bovengenoemde fasering. Daarna dient geadviseerd te worden dat de geüniformeerde contact zoekt met professionele hulpverlening.
- 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.
- 37** De projectgroep raadt aan een eerste gesprek met georganiseerde collegiale ondersteuning voorrang te geven boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het Openbaar Ministerie zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.

| Doelgroep | B | Georganiseerde collegiale ondersteuning |
|--------------|---|---|
| Werkingsfeer | 4 | Monitoring |

- 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.
- 35** De collegiale ondersteuning heeft naast een ondersteunende ook een signalerende functie.

| Doelgroep | B | Georganiseerde collegiale ondersteuning |
|--------------|---|--|
| Werkingsfeer | 5 | Verantwoordelijkheden en evaluatie van georganiseerde collegiale ondersteuning |

- 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.

| Doelgroep | B | Georganiseerde collegiale ondersteuning |
|--------------|---|---|
| Werkingsfeer | 6 | Inzet professionele zorg |

- 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;
 - functioneringsproblemen (werk en privé);
 - schuld en schaamte.

- 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 hulpverlening. 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.
- 52** Tussen het lid van de collegiale ondersteuning en de geüniformeerde dient geen sprake te zijn van een behandelrelatie.
- 53** De organisatie moet een protocol hebben rondom doorverwijzen van geüniformeerden naar professionele hulpverleners en de georganiseerde collegiale ondersteuning moet daar kennis van hebben.
- 41** Zodra de georganiseerde collegiale ondersteuning dit noodzakelijk acht, wordt in overleg met de betrokkene doorverwijzing geadviseerd naar professionele opvang. Als handvat hierbij kan het lid van de collegiale ondersteuning gebruikmaken van de aandachtspunten zoals genoemd in aanbeveling 50.

| Doelgroep | C | Operationeel leidinggevenden |
|--------------|---|---|
| Werkingsfeer | 1 | Potentieel schokkende gebeurtenis en mogelijke gevolgen |

- 3** Algemene risicoverhogende en beschermende factoren voor het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis zijn (binnen de algemene bevolking):

pretraumafactoren

- eerdere traumatisering
- eerdere psychopathologie
- neuroticisme

peritraumafactoren

- ernst van het trauma

posttraumafactoren

- sociale steun
- verdere stress

De projectgroep raadt voorts aan alert te zijn op situaties waarin geüniformeerden niet praten over het doorgemaakte trauma, specifieke taken en werkzaamheden vermijden of vormen van afleiding zoeken die nadelig zijn voor de persoon of zijn of haar sociale context (bijvoorbeeld middelengebruik).

- 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.

- 7 De projectgroep beveelt aan er rekening mee te houden dat fysiek letsel, ontstaan bij een potentieel schokkende gebeurtenis, de uiteindelijke psychosociale impact bij geüniformeerden kan vergroten.

| Doelgroep | C | Operationeel leidinggevenden |
|----------------|---|--|
| Werkings sfeer | 2 | <i>Preparatie; selectie, voorlichting en de rol van de organisatie</i> |

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

| Doelgroep | C | Operationeel leidinggevenden |
|----------------|---|---|
| Werkings sfeer | 3 | <i>Inzet, kennis en vaardigheden voor georganiseerde collegiale ondersteuning</i> |

- 19 De projectgroep beveelt aan de termen operationele debriefing en psycho-informatie te gebruiken en het gebruik van de term psychologische debriefing te mijden.
- 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.
- 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.
- 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 doorverwijzing.

Het informeren van de leidinggevende dient vanaf de eerste stap te gebeuren en gedurende het proces van collegiale ondersteuning voortgezet te worden. De leidinggevende kan ook zelf georganiseerde collegiale ondersteuning inschakelen, bijvoorbeeld na een operationele

debriefing. Door wie de stappen worden uitgevoerd, bepaalt de organisatie zelf.

- 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.
 - direct geweld tegen de hulpverlener.
- 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.
- 37** De projectgroep raadt aan een eerste gesprek met georganiseerde collegiale ondersteuning voorrang te geven boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het Openbaar Ministerie zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.

| Doelgroep | C | Operationeel leidinggevend |
|----------------|---|----------------------------|
| Werkings sfeer | 4 | Monitoring |

- 43** De projectgroep beveelt aan dat leidinggevend 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;
 - kennis van de mogelijke (tijdelijke) gevolgen voor het functioneren;
 - kennis van de handelwijze bij traumagerelateerd arbeidsverzuim;
 - kennis van praktische en sociale ondersteuning;
 - kennis over nut en eventuele noodzaak tot aanpassing werkzaamheden;
 - kennis van het organisatietyperische 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.
- 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.

- 44** De leidinggevende dient rekening te houden met negatieve bijverschijnselen van incidenten en na-onderzoeken (inclusief evaluatie-onderzoeken), zoals intern onderzoek, media-aandacht etc. Neem dit effect op in voorlichting en training van het management, leidinggevend en leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning.

| Doelgroep | D | Management |
|----------------|---|---|
| Werkings sfeer | 1 | Potentieel schokkende gebeurtenis en mogelijke gevolgen |

- 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. [van toepassing op: Management]
- 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. [van toepassing op: Management, Coördinator]
- 9** De projectgroep raadt aan (reeds bestaande) protocollen voor omgang met agressie te hanteren, voor zover dit binnen de organisatie van toepassing is. [van toepassing op: Management]
- 10** Hoewel de wetgever de werkgever verantwoordelijk stelt voor het psychisch welbevinden van geüniformeerden, doet de meest recente wetgeving geen duidelijke uitspraak over de specifieke invulling daarvan. Het is voor de organisatie goed om na te gaan hoe verantwoordelijkheden zijn geregeld, en dat zonodig zelf vast te leggen. Aanbevolen wordt daarom dat iedere organisatie nagaat waar de verantwoordelijkheid voor de opvang van zijn medewerkers binnen de organisatie ligt en dit vastlegt. [van toepassing op: Management]
- 11** De organisatie heeft een verantwoordelijkheid voor het continu aandacht besteden aan de bestaande risicofactoren voor het ontwikkelen van beroepsgebonden stressstoornissen na schokkende gebeurtenissen. Dit kan zij bijvoorbeeld doen door het psychosociale welzijn deel te laten uitmaken van een arbeidsgezondheidskundig onderzoek. [van toepassing op: Management]
- 12** Organisaties dienen arbeidsomstandigheden te creëren die negatieve gevolgen van schokkende gebeurtenissen op de psychische gezondheid van hulpverleners verkleinen. [van toepassing op: Management]

| Doelgroep | D | Management |
|----------------|---|--|
| Werkings sfeer | 2 | <i>Preparatie: selectie, voorlichting en de rol van de organisatie</i> |

- 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. [van toepassing op: Management]
- 14** De projectgroep beveelt aan voorbeelden van succesvolle praktijken rond nazorg en collegiale ondersteuning te beschrijven en in te bedden binnen de verschillende organisaties. [van toepassing op: Management]
- 15** De projectgroep beveelt aan, in het kader van goed werkgeverschap, aandacht te besteden aan periodiek gezondheidskundig onderzoek, preventief medisch onderzoek en/of medewerkers-tevredenheids-onderzoek. Daarnaast is een georganiseerde incidentenafhandeling noodzakelijk, waarbinnen met betrekking tot nazorg en collegiale opvang:
- 1 voorzien wordt in goed getraind en professioneel personeel;
 - 2 de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners vooraf duidelijk zijn vastgelegd;
 - 3 professionele hulp beschikbaar is.
- [van toepassing op: Management, Coördinator]
- 16** De projectgroep beveelt aan meer (kwalitatief) onderzoek te verrichten naar de effecten van een gezond preventiebeleid op het voorkómen van klachten onder geüniformeerden. [van toepassing op: Management]

| Doelgroep | D | Management |
|----------------|---|---|
| Werkings sfeer | 3 | <i>Inzet, kennis en vaardigheden voor georganiseerde collegiale ondersteuning</i> |

- 21** Ondanks onvoldoende evidentie op wetenschappelijk niveau voor de effectiviteit van voorlichting, beveelt de projectgroep voorlichting middels psycho-informatie aan ter versterking van de mentale veerkracht van de 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. [van toepassing op: Management, Coördinator, P&O]
- 24** De projectgroep beveelt multidisciplinaire nabespreking (operationele debriefing) aan voor geüniformeerde hulpdiensten die gezamenlijk betrokken zijn geweest bij een schokkende gebeurtenis. [van toepassing op: Management, Coördinator, P&O]
- 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. [van toepassing op: Management, Coördinator, P&O]

- 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. [van toepassing op: Management]
- 30** De projectgroep beveelt aan om deze basisincidentenlijsten onder de verschillende hulpverleningsdiensten te delen. Dit maakt afstemming en uitwisseling van ervaringen en overwegingen mogelijk. [van toepassing op: Management]
- 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. [van toepassing op: Coördinator, P&O]
- 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.
- [van toepassing op: Coördinator]
- 37** De projectgroep raadt aan een eerste gesprek met georganiseerde collegiale ondersteuning voorrang te geven boven waarheidsvinding, tenzij de opsporingsinstantie/het Openbaar Ministerie zwaarwegende redenen heeft om dit anders te doen.

| Doelgroep | D | Management |
|---------------|---|------------|
| Werkingssfeer | 4 | Monitoring |

- 44** De leidinggevende dient rekening te houden met negatieve bijverschijnselen van incidenten en na-onderzoeken (inclusief evaluatie-onderzoeken), zoals intern onderzoek, media-aandacht etc. Neem dit effect op in voorlichting en training van het management, leidinggevend en leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning. [van toepassing op: Coördinator, P&O]
- 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. [van toepassing op: Management]

| Doelgroep | D | Management |
|----------------|---|--|
| Werkings sfeer | 5 | Verantwoordelijkheden en evaluatie van georganiseerde collegiale ondersteuning |

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.

[van toepassing op: Management]

| Doelgroep | D | Management |
|----------------|---|--------------------------|
| Werkings sfeer | 6 | Inzet professionele zorg |

49 In lijn met het idee van psychologische triage kunnen na een schokkende gebeurtenis drie groepen getroffen en onderscheiden worden: 1) getroffen en die geen klachten ontwikkelen; 2) een tussengroep van getroffen en 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 en zonder klachten) het grootst is. De collegiale ondersteuning dient zich in haar werkzaamheden met name te richten op de laatste twee groepen. [van toepassing op: Coördinator]

53 De organisatie moet een protocol hebben rondom doorverwijzen van geüniformeerden naar professionele hulpverleners en de georganiseerde collegiale ondersteuning moet daar kennis van hebben. [van toepassing op: P&O, Coördinator]

54 De projectgroep adviseert om gebruik te maken van bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van ondersteuning en psychosociale nazorg (bv. de richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen). [van toepassing op: Management, P&O]

55 De projectgroep vindt het belangrijk dat de organisatie over kennis beschikt van de mogelijke behandelwijzen. Hierover kan bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts worden ingewonnen. [van toepassing op: Management]

| Doelgroep | E | Overige aanbevelingen |
|-----------|---|-----------------------|
| | | |

- 1 De projectgroep beveelt aan bij de definitie van een potentieel schokkende gebeurtenis uit te gaan van het A1-criterium van de diagnose PTSS volgens de DSM-IV, en deze te verbreden naar andere mogelijke psychische klachten en stoornissen. Het A1-criterium luidt: betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit (alles wat een aanslag is op de persoon zelf) van betrokkene of van anderen.
- 6 De projectgroep raadt nader onderzoek aan naar risicoverhogende en met name beschermende factoren, opdat dit geüniformeerde organisaties in staat stelt maatregelen te nemen ter voorkoming van latere verwerkingsproblemen.
- 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 inzetbaarheid te voorkomen'. Deze collegiale ondersteuning sluit aan bij de werkwijze zoals die op dit moment geboden wordt door de geüniformeerde organisaties.
- 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.
- 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 (paragraaf 2.2.1).



Literatuur

- 1 Aardal-Eriksson, E., Eriksson, T. E., Holm, A. C., & Lundin, T. (1999). Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiat*, *46*, 850-855.
- 2 Alvarez, J. & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress*, *18*, 497-505.
- 3 American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- 4 Andersen, H. S., Christensen, A. K., & Odden Petersen, G. (1991). Posttraumatic stress reactions among rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Res*, *1*, 245-251.
- 5 Barrett, G. V., Polomsky, M. D., & McDaniel, M. A. (1999). Selection tests for firefighters: A comprehensive review and meta-analysis. *J Bus Psychol*, *13*, 507-514.
- 6 Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annu Rev Publ Health*, *28*, 55-68.
- 7 Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J. et al. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mt Sinai J Med*, *75*, 115-127.
- 8 Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD003388.
- 9 Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, *68*, 748-766.
- 10 Broersen, S. & Bos, J. (2002). *Samenwerking als waarborg. De bescherming van hulpverleners tijdens en na rampen en zware ongevallen.* Leiden: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- 11 Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1996). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *J Trauma Stress*, *9*, 51-62.
- 12 Cigrang, J. A., Carbone, E. G., & Lara, A. (2003). Four-year prospective study of military trainees returned to duty following a mental health evaluation. *Mil Med*, *168*, 710-714.
- 13 Cigrang, J. A., Todd, S. L., & Carbone, E. G. (2000). Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: effect on graduation rates. *J Occup Health Psychol*, *5*, 48-55.
- 14 Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol*, *38* (Pt 3), 251-265.
- 15 CREST (2003). *The Management of post-traumatic stress disorders in adults.* Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>
- 16 Cronin, M., Ryan, D., & Brier, D. (2007). Support for staff working in disasters situations: A social work perspective. *Int Soc Work*, *18*, 541-545.
- 17 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. *Br J Med Psychol*, *73* (Pt 1), 77-85.
- 18 Dífede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L. et al. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiat*, *68*, 1639-1647.
- 19 Dífede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R. et al. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 861-865.
- 20 Dirkzwager, A. J., Grievink, L., Velden, P. G. van der, & Yzermans, C. J. (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. *Br J Psychiat*, *189*, 144-149.
- 21 Dirkzwager, A. J., Yzermans, C. J., & Kessels, F. J. (2004). Psychological, musculoskeletal, and respiratory problems and sickness absence before and after involvement in a disaster: a longitudinal study among rescue workers. *Occup Environ Med*, *61*, 870-872.
- 22 Dowden, C. & Tellier, C. (2004). Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *J Crim Just*, *32*, 31-47.
- 23 Ebell, M. H. (2007). Screening instruments for post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*, *76*, 1848-1849.
- 24 Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, *38*, 319-345.
- 25 Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress*, *18*, 541-545.
- 26 Epstein, R. S., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *Am J Psychiat*, *155*, 934-938.
- 27 Eiten, M. L. v. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychotherapy*, *5*, 126-144.
- 28 Everly, G. S., Jr. & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emerg Ment Health*, *2*, 211-225.
- 29 Flannery, J. & Everly, J. (2000). Crisis intervention: A review. *Int J Emerg Ment Health*, *2*, 119-125.
- 30 Fleuren, M., Keijsers, J., Kamphuis, M., Kramer, J., Koense, Y., Schouten, L. et al. (2009). *Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument.* Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/CBO/Trimbos-instituut.

- 31 Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford Press.
- 32 Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J. et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiat*, *41*, 637-648.
- 33 Gersons, B. P., Carlier, I. V., Lamberts, R. D., & van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, *13*, 333-347.
- 34 Gersons, B. P. R. (2005). *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies*. Den Haag, Ministerie van Defensie.
- 35 Gevers, J. K. M. & Aalst, A. van (1998). *De rechter en het medisch handelen (3e druk)*. Deventer: Kluwer.
- 36 Giddens, J. B. (2008). *Critical incident stress debriefing/psychological debriefing: A critical review of the literature*. San Diego: ProQuest Information & Learning, US.
- 37 Greenberg, N., Cawkill, P., & Sharpley, J. (2005). How to TRiM away at post traumatic stress reactions: traumatic risk management—now and the future. *J R Nav Med Serv*, *91*, 26-31.
- 38 Greenberg, N., Langston, V., & Jones, N. (2008). Trauma risk management (TRiM) in the UK Armed Forces. *J R Army Med Corps*, *154*, 124-127.
- 39 Greist, J. H., Jefferson, J. W., & Katzelnick, D. J. (2007). *Post-traumatic Stress: A Guide*. Madison, WI: Madison Institute of Medicine.
- 40 Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Moore, S. D., & Davidson, J. R. (1998). Open trial of nefazodone for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiat*, *59*, 460-464.
- 41 Heslegrave, R. J. & Colvin, C. (1998). Selection of personnel for stressful operations: The potential utility of psychophysiological measures as selection tools. *Hum Perform Extreme E*, *3*, 121-139.
- 42 Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *J Am Med Assoc*, *295*, 1023-1032.
- 43 Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiat*, *164*, 150-153.
- 44 Hovens, J., Luinge, B., & Minnen, A. van (2005). *Het klinisch interview voor PTSS (KIP): een handleiding* Cure & care Publishers: Nijmegen.
- 45 Huizink, A. C., Slottje, P., Witteveen, A. B., Bijlsma, J. A., Twisk, J. W., Smidt, N. et al. (2006). Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters. *Occup Environ Med*, *63*, 657-662.
- 46 Impact. (2008). *Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland*. Amsterdam: Impact.
- 47 Impact/Trimbos-instituut. (2007). *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.
- 48 Jacobs, J., Horne-Moyer, H. L., & Jones, R. (2004). The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health*, *6*, 5-14.
- 49 Jones, E., Hyams, K. C., & Wessely, S. (2003). Screening for vulnerability to psychological disorders in the military: an historical survey. *J Med Screen*, *10*, 40-46.
- 50 Jones, N., Roberts, P., & Greenberg, N. (2003). Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med (Lond)*, *53*, 469-475.
- 51 Katz, C. L., Smith, R., Silverton, M., Holmes, A., Bravo, C., Jones, K. et al. (2006). A mental health program for ground zero rescue and recovery workers: cases and observations. *Psychiat Serv*, *57*, 1335-1338.
- 52 Koren, D., Hemel, D., & Klein, E. (2006). Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr*, *11*, 616-624.
- 53 Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiat*, *162*, 276-282.
- 54 Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects: a systematic review and a meta-analysis. *J Occup Environ Med*, *50*, 904-915.
- 55 Lange, A., van, d., V. Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy, treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiat*, *32*, 73-90.
- 56 Leffler, C. T. & Dembert, M. L. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis*, *186*, 574-577.
- 57 MacGregor, A. J., Corson, K. S., Larson, G. E., Shaffer, R. A., Dougherty, A. L., Galarneau, M. R. et al. (2009). Injury-specific predictors of posttraumatic stress disorder. *Injury*, *40*, 1004-1010.
- 58 Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann NY Acad Sci*, *1071*, 1-18.
- 59 Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*, *58*, 23-41.
- 60 Morren, M., Dirkzwager, A. J., Kessels, F. J., & Yzermans, C. J. (2007). The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *Can Med Assoc J*, *176*, 1279-1283.
- 61 Morren, M., Yzermans, C. J., Van Nispen, R. M., & Wevers, S. J. (2005). The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *J Occup Health*, *47*, 523-532.
- 62 Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- 63 National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *National Collaborating Centre for Mental Health. Posttraumatic stress disorder (PTSD) the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. London: The Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society.
- 64 Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. (1999). *Registratie Richtlijnen: Traumatische Stress Stoornissen (TSS)*. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. www.beroepsziekten.nl/datafiles/E001.pdf

- 65 Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med*, *61*, 817-823.
- 66 Nijenhuis, J., Ven, C. v. d., Vermeij, A., & Vos, A. (2009). *Personeelsselectie en opleidingsverloop: Een overzicht van studies onder gebruikmaking van psychometrisch meta-analytische technieken*. Den Haag: Ministerie van Defensie.
- 67 Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, *129*, 52-73.
- 68 Pak, V. M., O'Hara, M., & McCauley, L. A. (2008). Health effects following 9/11: implications for occupational health nurses. *Am Assoc Occup Health Nurs J*, *56*, 159-165.
- 69 Penalba, V., McGuire, H., & Leite, J. R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Db Syst Rev*, CD005601.
- 70 Pole, N., Best, S. R., Weiss, D. S., Metzler, T., Liberman, A. M., Fagan, J. et al. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *J Nerv Ment Dis*, *189*, 442-448.
- 71 Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., van der Beek, A. J., & Mechelen, W. van (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*, *51*, 305-312.
- 72 Rebergen, D., Asghari, E., Sluiter, J., Pal, T., Dijk, F. v., & Frings-Dresen, M. (2008). *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid/Nederlands Centrum voor Beroepsziekten Academisch Medisch Centrum (AMC).
- 73 Regel, S. (2007). Post-traumatic support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occup Med-C*, *57*, 411-416.
- 74 Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: A systematic review. In D. Richter, R. Whittington, D. Richter, & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 211-225). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- 75 Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Db Syst Rev*, CD006869.
- 76 Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Hull, L., Browne, T., Horn, O. et al. (2006). Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study. *Brit Med J*, *333*, 991.
- 77 Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD000560.
- 78 Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behav Res Ther*, *45*, 2527-2536.
- 79 Sectorfonds SOVAM. (2001). *Handreiking Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg Zwolle*.
- 80 Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*, *36*, 1515-1522.
- 81 Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, *189*, 150-155.
- 82 Silver, S. M., Rogers, S., & Knipe, J. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *Int J Stress Manage*, *12*, 29-42.
- 83 Slotte, P., Twisk, J. W., Smidt, N., Huizink, A. C., Witteveen, A. B., van, M. W. et al. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam. *Qual Life Res*, *16*, 239-252.
- 84 Smidt, N., Slotte, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W., & Bijlsma, J. A. (2004). *De gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de Vliegkamp Bijlmermeer. Tweede deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOV-B-E) Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum*.
- 85 Smidt, N., Slotte, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W. R., & Bijlsma, J. A. (2004). *De gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de Vliegkamp Bijlmermeer. Eerste deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOV-B-E) Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum*.
- 86 Sociaal Economische Raad. (2009). *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Advies aan minister van VWS*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- 87 Spinhoven, P. & Verschuur, M. (2006). Predictors of fatigue in rescue workers and residents in the aftermath of an aviation disaster: a longitudinal study. *Psychosom Med*, *68*, 605-612.
- 88 Stewart, S. H., Mitchell, T. L., Wright, K. D., & Loba, P. (2004). The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *J Anxiety Disord*, *18*, 51-68.
- 89 Taal, L. (2008). Enkele principiële overwegingen over richtlijnen psychische hulpverlening na calamiteiten. *Psychologie & Gezondheid*, *36*, 176-179.
- 90 Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, *187*, 76-82.
- 91 Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, *360*, 766-771.
- 92 Velden, P. G. van der, & Kleber, R. J. (2000). *Nasleep Hercules-ramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheid van betrokken brandweer en ambulance medewerkers*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- 93 Vitzthum, K., Mache, S., Joachim, R., Quarcio, D., & Groneberg, D. A. (2009). Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *J Occup Med Toxicol*, *4*, 21.
- 94 Wagner, S. L. (2005). Emergency Response Service Personnel and the Critical Incident Stress Debriefing Debate. *Int J Emerg Ment Health*, *7*, 33-41.
- 95 Walburg, J. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw-Amsterdam.

-
- 96 Watson, P. J., Friedman, M. J., Gibson, L. E., Ruzek, J. I., Norris, F. H., & Ritchie, E. C. (2003). Early interventions for trauma-related problems. In R.J. Ursano & A. E. Norwood (Eds.), *Trauma and Disaster Responses and Management*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 97 Wessely, S. (2005). Risk, psychiatry and the military. *Br J Psychiat*, *186*, 459-466.
- 98 Wijmen, F. C. B. v., Ubachs-Moust, J., Everdingen, J. J. E., Swinkels, J. A., & Klundert, J. L. M. van (2004). *De juridische status van richtlijnen. Evidence-based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 99 Williams, A., Hagerty, B. M., Andrei, A. C., Yousha, S. M., Hirth, R. A., & Hoyle, K. S. (2007). STARS: strategies to assist navy recruits' success. *Mil Med*, *172*, 942-949.
- 100 Williams, A., Hagerty, B. M., Yousha, S. M., Horrocks, J., Hoyle, K. S., & Liu, D. (2004). Psychosocial effects of the BOOT STRAP intervention in Navy recruits. *Mil Med*, *169*, 814-820.
- 101 Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W., Huizink, A. C., Slottje, P., Smid, T. et al. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 31-40.
- 102 Wodarski, J. S. (2004). Preparing social services and public services professionals for meaningful roles in disaster services. *Stress Trauma Crisis*, *7*, 209-222.
- 103 Woodall, S. (1998). *Ask not why the wounded fall, but how the valiant continue to march: new theory on work-related stress management in the fire service*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol 59(9-A), Mar 1999. pp. 3665.
- 104 Yzermans, C. J., Dirkzwager, A. J., DenOuden, D. J., Kerssens, J. J., Donker, G. A., & Veen, P. M. H. ten, et al. (2003). *Monitoring gezondheid getroffen en Vuurwerkkramp Enschede*. Utrecht: Nivel.

Deelnemende organisaties



Ministerie van Defensie



Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond



Nederlandse
Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde



ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises biedt advies en ondersteuning aan diverse organisaties en overheden over psychosociale zorg en veiligheid bij rampen, crises, of andere ingrijpende gebeurtenissen. De missie van het kenniscentrum is het bevorderen van hoge kwaliteit en adequaat georganiseerde psychosociale zorg.

ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

**ARQ Kenniscentrum
Impact van Rampen
en Crises**

Nienoord 5
1112 XE Diemen

088 - 330 51 75
impact@arq.org
impact.arq.org

**ARQ**
Nationaal
Psychotrauma
Centrum

 Trimbos
instituut