

Achtergronddocument bij de Multidisciplinaire richtlijn

Agressie en geweld in de werksituatie

Colofon

© NVAB, BA&O, NVvA, NVVK, 2013

Uitgave
NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113
3500 GC Utrecht
T 030 2040620
E kwalietsbureau@nvab-online.nl
W www.nvab-online.nl

Auteurs

dr. S. (Sonja) Rispens, universitair docent organisatiepsychologie
prof. dr. T. W. (Toon) Taris, hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie
drs. S.N.J. (Seth) van den Bossche, senior onderzoeker Work & Health
drs. A. (Alex) Gouw, arbeids- en organisatiedeskundige
Ir. S.M.P. (Saskia) Gorissen-van de Rijt, arbeidshygiënist
drs. J. (Jaap) Dogger, bedrijfsarts
drs. H. (Harry) Tweehuysen, arbeids- en organisatiedeskundige
C. (Cecile) van der Velde MWO CMC, veiligheidskundige – arbeids- en organisatiedeskundige

Coördinatie en eindredactie
dr. L. (Linda) Kok

Datum autorisatie NVAB
15-01-2013

Inhoud

• Inleiding	4
• Begripsbepaling	4
• Het voorkomen en de gevolgen van agressie geweld	5
• Doel en domein van de richtlijn	5
• Aanleiding van de richtlijn	6
• Inhoud van de richtlijn	6
• Gebruikers	6
• Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn	7
• Methode en verantwoording	7
o Kerngroep	7
o Projectgroep	8
o Slachtofferperspectief	8
o Systematische review	8
o Commentaarfase, praktijktest en autorisatie	8
• Doel van het achtergronddocument	9
• Inhoud van het achtergronddocument	9
• Conflicterende belangen	9
• Juridische betekenis	9
• Evaluatie en actualisering	9

ACHTERGRONDEN BIJ DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN AGRESSIE EN GEWELD IN DE WERKSITUATIE

1. Preventie van agressie en geweld	10
2. Korte-termijn interventies	24
3. Interventies bij langdurige psychische nadelige gevolgen	30

REFERENTIES

31

BIJLAGEN

1. Zoekstrategie en EBRO-systematiek	36
2. Evidence-tabellen	40
3. EBRO-systematiek	60
4. Overzicht Belangenverklaringen	61
5. Afkortingen	62
6. Aandachtspunten agressiebeleid	63
7. Performance Indicatoren	64
8. Commentatoren	65

Inleiding

Deze richtlijn gaat over agressie en geweld in de werkomgeving. De problematiek van agressie en geweld krijgt met grote regelmaat aandacht in de media en de politiek. Zo heeft het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) in 2007 het programma Veilige Publieke Taak gestart om agressie en geweld in de publieke sector terug te dringen. Werknemers in de publieke sector staan in nauw contact met klanten en burgers. Maar werknemers in de publieke sector zijn niet de enigen die geconfronteerd kunnen worden met agressie en geweld in de werkomgeving. In iedere sector kunnen werknemers geconfronteerd worden met agressie en geweld door personen in leidinggevende posities of door directe collega's. Volgens recente peilingen worden vooral mensen werkzaam in het openbaar vervoer, uitkeringsinstanties, zorg en welzijn, onderwijs, politie, horeca, gerechtsdeurwaarders, vrachtwagenchauffeurs en tankstations regelmatig geconfronteerd met agressief gedrag, bedreigingen en fysiek geweld (Inspectie SZW, 2012).

De Arbeidsomstandighedenwet 2009 (artikel 3, lid 2) verplicht werkgevers om beleid te voeren dat "... gericht is op voorkoming en indien dat niet mogelijk is beperking van psychosociale arbeidsbelasting". Agressie en geweld worden in de wet (artikel 1, lid 3e) expliciet genoemd als belangrijke aspecten van de psychosociale arbeidsbelasting. Een en ander betekent dat werkgevers beleid zullen moeten voeren om te voorkomen dat hun werknemers tijdens de uitoefening van hun werkzaamheden te maken krijgen met agressie en geweld, alsmede dat ze de gevolgen daarvan voor de gezondheid en het welzijn van deze werknemers minimaliseren. Daarom is deze richtlijn ontwikkeld met als doel aanbevelingen te geven voor interventies en oplossingen die een bijdrage leveren aan het voorkomen van en omgaan met agressie en geweld in het werk.

Begripsbepaling

Agressie en geweld worden vaak in één adem genoemd maar zijn niet hetzelfde. Iedere vorm van gewelddadig gedrag is altijd agressief, maar andersom zijn agressieve gedragingen niet altijd gewelddadig. Geweld in de werkcontext ("workplace violence") valt onder de bredere noemer van agressie in de werkcontext en omvat vooral gedragingen die als doel hebben fysieke schade aan te richten (bijv. fysieke aanvallen en/of de dreiging van een aanval) (Nueman et al, 1998; Schat et al, 2005). Omdat het onderscheid in de literatuur niet strikt gehanteerd wordt (Hershcovis, 2011) wordt dat ook hier niet gedaan en nemen we zowel agressie als geweld mee in onze definitie. Vanuit de wetenschappelijke literatuur is het onderscheid op basis van de relatie tussen veroorzaker en slachtoffer gangbaar (Steffgen, 2008) wat teruggebracht kan worden naar een differentiatie tussen intern versus extern geweld of agressie (Hershcovis, 2011). Intern geweld verwijst naar een dader binnen de eigen organisatie (bijvoorbeeld een collega of supervisor), extern geweld verwijst naar een dader die extern is aan de organisatie (bijvoorbeeld klanten of patiënten). In deze richtlijn richten we ons op de externe agressie.

De definitie die wij hanteren luidt als volgt: *Agressie en geweld zijn gedragingen van externe individuen die fysieke of psychologische schade veroorzaken bij de werknemer(s) en die plaatsvinden in een werk gerelateerde context.*

Een nader onderscheid wordt vaak gemaakt ten aanzien van de specifieke gedragingen:

- Verbaal: met stemverheffing spreken, schelden, schreeuwen, vloeken en lastigvallen.
- Psychisch: dreigen, chanteren, vernederen, en intimideren.
- Fysiek: dreigen met slaan, schoppen, duwen, spugen, vernielen, gebruik van wapens, beroven, brandstichting, vandalisme, gijzeling en moord.

Alle bovenstaande gedragingen zijn meegenomen in de literatuursearch. Hoewel geweld door collega's (intern geweld) en gedragingen als pesten en seksuele intimidatie ook onder bovenstaande gedragingen kunnen worden geschaard, is na discussie met de projectgroep leden en de kerngroep leden besloten om deze buiten beschouwing te laten. Gedacht wordt dat deze vormen van agressie en geweld vooral geschaard kunnen worden onder intern geweld. Er wordt wel benadrukt dat het aanbeveling verdient om een aparte richtlijn op te stellen voor pesten en seksuele intimidatie. De Cochrane Collaboration werkt aan een systematische review over de effectiviteit van interventies op het gebied van pesten op het werk.

Het voorkomen en de gevolgen van agressie geweld

Europees onderzoek geeft aan dat ongeveer 1 op de 10 Europese werknemers te maken heeft met enige vorm van agressie en geweld op het werk (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010). Een recente rapportage van TNO geeft aan dat in 2011 24% (1,7 miljoen) van de Nederlandse werknemers te maken heeft gehad met een vorm van agressie geuit door klanten, leerlingen, patiënten (door externen) en 16% (1,1 miljoen werknemers) met agressie en geweld door collega's of leidinggevenden (door internen) (Van den Bossche et al., 2012).

In aanraking komen met agressie en geweld op het werk heeft gevolgen voor het psychische, fysieke en emotionele welzijn van werknemers (Hershcovis et al, 2010; Kessler et al., 2008; Mueller et al, 2011). Naast fysieke klachten kunnen slachtoffers ook last ondervinden van gevoelens van kwetsbaarheid, machteloosheid en ontwrichting. De meest gerapporteerde symptomen zijn stress, slaapproblemen, angst en geïrriteerdheid (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010). Een zeer ernstige aandoening als PTSS kan uiteindelijk een consequentie zijn van agressie en geweld. Uit Nederlands onderzoek (Van den Bossche et al., 2012) blijkt dat slachtoffers van externe agressie en geweld een verhoogde kans hebben een jaar later vaker burn-out klachten te rapporteren (42% hogere kans), hoger emotioneel belast te zijn (23% hogere kans), vaker te verzuimen (21% hogere kans), en minder inzetbaar te zijn (19% lagere kans) dan werknemers die geen slachtoffer zijn van externe agressie en geweld. Bovendien kunnen deze gevolgen langere tijd blijven aanhouden.

Doel en domein van de richtlijn

Richtlijnen op het gebied van arbeid en gezondheid hebben tot doel te komen tot een betere bescherming en bevordering van gezondheid, veiligheid en welzijn op het werk. De doelstelling van de multidisciplinaire richtlijn 'agressie en geweld' is aanbevelingen te geven voor interventies en oplossingen die een bijdrage leveren aan het voorkomen van en omgaan met

agressie en geweld in het werk. De richtlijn is opgesteld op basis van evidence uit de literatuur (o.a. verzameld met specifieke, gevalideerde zoekstrategieën) en op basis van ervaringen en meningen van arbodeskundigen, andere experts en sociale partners. Er is bewust gekozen voor een brede opzet, waarbij resultaten van alle werknemers in diverse bedrijfssectoren zijn meegenomen. Gebruikers van de richtlijn doen er daarom goed aan om na te gaan in hoeverre aanbevelingen concreet toepasbaar zijn binnen de eigen organisatiecontext.

Aanleiding van de richtlijn

In het kader van het project 'Onderzoek en informatievoorziening arbodeskundigen' (BA&O, NVvA, NVVK en NVAB) worden verscheidene richtlijnen ontwikkeld. De keuze voor de onderwerpen voor deze richtlijnen kwam tot stand nadat in eerste instantie door de beroepsverenigingen van arbodeskundigen een lijst met mogelijke onderwerpen was opgesteld. Hieruit werd vervolgens door een selectiecommissie bestaande uit vertegenwoordigers van de sociale partners een keuze gemaakt. Eén van de gekozen onderwerpen was 'agressie en geweld'.

Inhoud van de richtlijn

In de richtlijn worden de volgende uitgangsvragen beantwoord:

1. Welke interventies kunnen effectief voorkomen dat werknemers tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden slachtoffer worden van agressie en geweld door externe personen (cliënten, patiënten) waarmee de werknemer tijdens zijn werk in contact komt?
2. Wat zijn de belangrijkste effectieve interventies die direct na extern geweld of agressie kunnen worden toegepast om de negatieve consequenties voor het slachtoffer te minimaliseren?
3. Wat zijn de belangrijkste effectieve behandelingen die langdurige psychisch nadelige gevolgen van werknemers die slachtoffer zijn geworden van externe agressie en geweld in de werksituatie kunnen minimaliseren?

Gebruikers

De richtlijn is bedoeld voor de professional op het gebied van Arbeid en Gezondheid (de vier kerndisciplines conform de Arbowet) en is geschreven op initiatief van de BA&O, NVvA, NVVK en NVAB. De aanbevelingen in deze richtlijn zijn primair bedoeld voor de arbeid- en organisatiedeskundigen, bedrijfsartsen, arbeidshygiënisten en veiligheidsdeskundigen.. Daarnaast kunnen de aanbevelingen ook worden geraadpleegd door andere arbeids- en gezondheidskundige adviseurs, door het management van organisaties waar mogelijk sprake is van agressie en geweld jegens werknemers, door personeels- en human-resourcesmanagers en niet in de laatste plaats door werknemers zelf.

Van deze richtlijn is een samenvatting opgesteld voor werkgevers en werknemers in de

vorm van een factsheet. De richtlijndocumenten zijn na autorisatie door de betrokken beroepsverenigingen te downloaden via hun websites (www.nvab-online.nl, www.arbeidshygiene.nl, <http://www.baeno.nl>, www.veiligheidskunde.nl).

Voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn

Van professional op het gebied van Arbeid en Gezondheid die gaan werken volgens de richtlijn wordt verwacht dat zij op de hoogte zijn van wettelijke verplichtingen op het terrein van agressie en geweld, zoals de PSA-verplichting die is vastgelegd in hoofdstuk 1 van de Arbowet en verder is uitgewerkt in artikel 2.15 van het Arbobesluit, namelijk dat in branches waarin er risico's zijn op agressie en geweld, deze risico's worden opgenomen in de risico-inventarisatie en –evaluatie en vervolgens preventieve maatregelen worden beschreven in het plan van aanpak.

Professionals moeten zich ervan bewust zijn dat aanbevelingen generiek zijn. Daarom wordt aanbevolen vooraf na te gaan of deze van toepassing zijn danwel of aanpassing op specifieke situaties noodzakelijk is.

Met behulp van performance indicatoren kan beoordeeld worden of de richtlijn conform de key issues is uitgevoerd. Performance indicatoren zijn meetbare programmatische of normatieve aspecten die door de kern- en projectgroep vanuit de inhoud van de richtlijn erg belangrijk worden gevonden. De performance indicatoren zijn opgenomen in bijlage 7.

Methode en verantwoording

Het ontwikkelen van deze richtlijn kon worden gerealiseerd dankzij financiële steun van SZW door middel van de doelsubsidie aan TNO. Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

Bij het ontwikkelen van deze richtlijn is gebruik gemaakt van twee werkgroepen: een kerngroep en een (brede) projectgroep.

• Kerngroep

Leden van de kerngroep waren:

BA&O	prof. dr. T.W. (Toon) Taris, voorzitter
	dr. S. (Sonja) Rispens, inhoudsdeskundige
	drs. H. (Harry) Tweehuysen
NVAB	dr. L. (Linda) Kok, coördinator richtlijnproces
St. PPM	drs. I. (Ineke) Castelein, projectondersteuner

De Kerngroep deed het voorbereidende werk aan de hand van het projectplan, voerde de knelpuntenanalyse uit en deed een voorstel voor de uitgangsvragen. Tevens leverde ze een belangrijk deel van de epidemiologische en praktische uitwerking van het project (met name literatuursearch, critical appraisal, opstellen evidence-rapport, opstellen conceptrichtlijn en uitvoeren praktijktest). De kerngroep kwam gedurende de looptijd van het project vijf maal bijeen.

- **Projectgroep**

De projectgroep bestond uit vertegenwoordigers van de gebruikers van de richtlijn aanvullend met een expert op het terrein van 'werk-gerelateerde agressie en geweld':

- BA&O, drs. A. (Alex) Gouw
- NVAB, drs. J. (Jaap) Dogger
- NVvA, ir. S. (Saskia) Gorissen
- NVVK, C. (Cecile) van der Velde MWO CMC
- Extern deskundige, drs. S.N.J. (Seth) van den Bossche

De vergaderingen van de projectgroep werden voorgezeten door drs. H. (Harry) Tweehuysen, ondersteund door dr. L. (Linda) Kok en mw. I. (Ineke) Castelein.

De projectgroep had als taken de knelpuntenanalyse te beoordelen en aan te vullen, de concrete uitgangsvragen te formuleren en accorderen, op basis van de door de Kerngroep gemaakte evidence rapporten de overige overwegingen en de concrete aanbevelingen te formuleren en accorderen en de verschillende stadia van de richtlijn te beoordelen. De projectgroep kwam gedurende de looptijd van het project vier maal bijeen.

- **Slachtofferperspectief**

Het 'slachtofferperspectief' werd in een stuurgroep vormgegeven door vertegenwoordigers van werknemers- en werkgevers(organisaties). De stuurgroep had als taak het leveren van input voor de knelpuntenanalyse en het beoordelen van het concept van de factsheets. Uitvoering van deze activiteiten werd niet overgedragen aan de partijen die deze richtlijn ontwikkelden, maar is uitgevoerd door TNO vanuit het project 'Onderzoek en informatievoorziening arbodeskundigen'

- **Systematische review**

Na vaststelling van de uitgangsvragen werden literatuursearces uitgevoerd. De zoekstrategie is opgenomen in bijlage 1. De gevonden literatuur werd beoordeeld en bediscussieerd in de kerngroep en de projectgroep.

De gevonden literatuur is beoordeeld met behulp van de door EBRO beschreven systematiek zoals in de Handleiding opgenomen (Kok en Hulshof, 2011) (Bijlage 3). Op basis van de evidence uit de literatuur zijn de evidence-tabellen gemaakt (Bijlage 2) en deze tabellen vormen de basis van deze richtlijn. Conclusies die op basis van het gevonden bewijs gemaakt kunnen worden, zijn met vermelding van het niveau van bewijs, opgenomen in de tekst van dit achtergronddocument.

- **Commentaarfase, praktijktest en autorisatie**

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter commentaar voorgelegd aan inhoudelijk experts en aan een aantal praktiserende leden van de betrokken beroepsverenigingen: BA&O, NVAB, NVvA, NVVG.

Doel van het achtergronddocument

De wetenschappelijke verantwoording en onderbouwing van de aanbevelingen in de richtlijn worden op een overzichtelijke wijze gepresenteerd in het achtergronddocument.

Inhoud van het achtergronddocument

De beantwoording van de vooraf geformuleerde uitgangsvragen bepaalt in belangrijke mate de inhoud van dit document.

Conflicterende belangen

Alle leden van de kern- en de projectgroep hebben een belangenverklaring ingevuld, waarin zij hun banden met commerciële bedrijven hebben aangegeven gedurende het ontwikkeltraject en in de drie daaraan voorafgaande jaren. Een overzicht van deze belangenverklaringen is opgenomen in bijlage 4.

Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden (Hulshof 2009).

Bij de totstandkoming van deze evidence based richtlijnmodule is de door EBRO beschreven methodiek gehanteerd (*Evidence-based richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepen*. Update: november 2007. Utrecht: 2007, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO).

Evaluatie en actualisering

Binnen de TNO financiering zijn geen middelen gereserveerd voor de evaluatie en actualisering van de richtlijnmodule. Het advies is om de richtlijn te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten of na het verstrijken van maximaal 5 jaar.

Achtergronden bij de multidisciplinaire richtlijn Agressie en Geweld

Dit deel bevat de wetenschappelijke onderbouwing en de verantwoording voor de aanbevelingen in de richtlijn Agressie en geweld.

1. Preventie van agressie en geweld.

Uitgangsvraag 1

Welke interventies kunnen effectief voorkomen dat werknemers tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden slachtoffer worden van agressie en geweld door externe personen (cliënten, patiënten) waarmee de werknemer tijdens zijn werk in contact komt?

Het voorkómen van agressie en geweld

Casteel et al. (2000) hebben een systematisch review artikel geschreven met als doel te bepalen wat de effectiviteit van de "Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED)" benadering is in het verminderen van roofovervallen in winkels. Het CPTED model kent vier elementen die aangepast zouden kunnen worden: 1) natuurlijk toezicht, 2) toegangscontrole, 3) territorialiteit, en 4) bedrijvigheidsondersteuning. Natuurlijk toezicht behelst interne en externe verlichting, zichtbaarheid in de winkel, en de plaats van de kassa. Toegangscontrole verwijst naar het aantal ingangen, type en plaatsing van de deur(en), en het interieurontwerp van de winkel om beweging van klanten te sturen. Het principe van territorialiteit omvat de locatie van de winkel in de gemeenschap, de hoeveelheid verkeer rondom de winkel, borden en advertenties voor de winkel, en ontwerpfactoren die de werknemers empoweren ten opzichte van de klanten (bijvoorbeeld een kogelvrij loket). Bedrijvigheidsondersteuning omvat elke activiteit die het aantal serieuze klanten doet toenemen en goed klantgedrag en de omzet bevordert.

Casteel et al. hebben zowel gepubliceerde als ongepubliceerde studies ($N = 26$) naar de effectiviteit van CPTED interventies op het verkleinen van het overvalrisico en verwondingen meegenomen in hun review. Eén studie was een gerandomiseerd experiment, 1 studie had een quasi experimenteel design, en 1 studie gebruikte een follow-up design over 4,5 jaar. De overige studies hadden een pre-post interventie design, waarvan 6 studies gebruik maakten van een externe controlegroep. Drie typen CPTED interventies zijn in deze review onderzocht: interventie bestaande uit meerdere CPTED componenten, een afzonderlijke component of de interventie ten gevolge van een verordening (regeringsbesluit)/regelgeving. De resultaten van deze review suggereren dat een interventie met meerdere CPTED componenten, het aantal overvallen in de interventiegroepen vermindert. In de verzamelde studies varieert de omvang van de reductie van -84% tot -30%. Ook het inzetten van één CPTED component lijkt het risico op overvallen te verminderen, met uitzondering van het installeren van alarmsystemen in combinatie met politiepatrouille (hierover kon geen eenduidige conclusie worden getrokken). Tevens blijkt dat de CPTED interventie mogelijk bijdraagt tot het verminderen van verwondingen en moord. De auteurs kunnen op basis van de beschikbare studies niet concluderen welke CPTED componenten het meest effectief zijn.

Een systematische review naar de effectiviteit van preventieve interventies tegen geweld op de werkplek includeerde bijna 100 artikelen die gepubliceerd waren sinds 1992 (Wassell, 2009). Vierenvijftig procent van de artikelen had betrekking op de gezondheidszorg en 11% op de detailhandel. De overige artikelen richtten zich op de werkplek in het algemeen of op andere situaties.

Met betrekking tot de detailhandel was de conclusie van de review dat omgevingsmaatregelen, vooral wanneer deze als groep van maatregelen worden geïmplementeerd, efficiënt zijn in het terugdringen van geweld tegen medewerkers. Meer dan de helft van de artikelen in de review had betrekking op de gezondheidszorg. De auteur van de review geeft aan dat er veel variatie is tussen studies in type training en effectiviteit van trainingen. Om die reden kan op basis van de wetenschappelijke literatuur geen definitieve conclusie getrokken worden of training inderdaad geweld tegen medewerkers in de gezondheidszorg kan reduceren.

De voorzichtige conclusie van de review is dat het duidelijk is dat omgevingsinterventies in de detailhandel en trainingen ter preventie van geweld voor medewerkers in de gezondheidszorg geaccepteerd zijn als belangrijke en nuttige interventies.

Een systematische review naar het effect van trainingsprogramma's voor agressie-management in de gezondheidszorg includeerde 48 studies, gepubliceerd tussen 1976 en 2004 (Richter, 2005). Ook in deze review werd geconcludeerd dat de kwaliteit van de studies in het algemeen matig was en werd veel variatie in interventies en uitkomsten gevonden. Ondanks de beperkingen waren er volgens de auteur twee trends te signaleren. Enerzijds dat een trainingsprogramma kan leiden tot meer kennis en vertrouwen. Anderzijds dat op basis van de beschreven studies niet geconcludeerd kan worden dat trainingsprogramma's daadwerkelijk leiden tot een vermindering van incidenten.

Casteel et al. (2008) hebben een gerandomiseerde studie uitgevoerd met een interventiegroep en een controlegroep onder kleine zelfstandige ondernemingen (detailhandel en horeca) in Los Angeles in de Verenigde Staten. Zesennegentig ondernemingen namen deel in de controlegroep conditie, 305 ondernemingen namen deel aan de interventie conditie. De interventiegroep werd blootgesteld aan "Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED)". Deze interventie omvat een aantal aspecten: een minimum hoeveelheid contant geld in kassa, zorgen voor een goede zichtbaarheid naar binnen en naar buiten (verwijderen van obstakels zoals reclameborden), goede verlichting (zodanig dat de zichtbaarheid naar binnen en naar buiten goed blijft), het controleren van toegangswegen, de werknemers trainen ("crime control" en "injury prevention"), en het zichtbaar ophangen van plakaten die aangeven dat er weinig contant geld aanwezig is in de onderneming en dat werknemers geen toegang hebben tot de kluis. De ondernemingen in de controleconditie kregen geen interventie. Het crimineel geweld in de ondernemingen in de interventiegroep die getrouw ("high adherence") de interventies hadden toegepast was 26% lager dan in de controlegroep. Tevens was het totaal aantal overvallen en pogingen tot overvallen 41% lager in interventiegetrouwe ondernemingen dan de ondernemingen in de controlegroep. Deze uitkomsten suggereren dat de interventie crimineel geweld kan verlagen, voornamelijk in die ondernemingen die interventiegetrouw zijn.

Om te onderzoeken hoe moord (bij een overval) op het werk voorkomen kan worden, onderzochten Loomis et al. (2008) de effectiviteit van bestaande organisatorische (bijvoorbeeld sluiten van deuren tijdens werktijden, dragen van identificatiebadges door personeel,

dagelijks geld naar de kluis/bank, training van de werknemers, samenwerking met politie/-security) en omgevingsinterventies (bijvoorbeeld heldere binnen- en buitenverlichting, bevestigen van beveiligingscamera's, fysieke barrière tussen werknemers en publiek). Zij vergeleken daartoe bedrijven (detailhandel) in North Carolina (USA) die te maken hadden gehad met moord op een werknemer tijdens werktijd ($n = 105$ in de periode 1994-1998) met bedrijven in dezelfde sector waar in deze periode geen moord had plaatsgevonden. Bedrijven met een fysieke barrière tussen werknemer(s) en publiek liepen 40% minder kans op een moord vergeleken met bedrijven die geen dergelijke fysieke barrière hebben. Overige omgevingsinterventies hadden afzonderlijk geen significant resultaat, maar de combinatie van vijf omgevingsinterventies bleek bij te dragen aan het verminderen van het risico op een moord (vergeleken met bedrijven die geen enkele omgevingsinterventie hadden toegepast). Van de organisatorische interventies bleken het inroosteren van meer dan 1 werknemer en werknemers 's avonds/'s nachts niet alleen te laten werken ieder statistisch significant, en verminderden de kans op moord vergeleken met bedrijven die dergelijke interventies ontberen. Daarnaast bleek dat de meerderheid van de onderzochte bedrijven (284) tenminste 5 organisatorische interventies hadden ingezet. Dit aantal bleek samen te gaan met een significante reductie van het risico op moord.

Graham et al (2004) hebben onderzocht of de Safer Bars Intervention een nuttig middel is om geweld en agressie in cafés en nachtclubs te verminderen. Cafés en nachtclubs in Toronto met een capaciteit van meer dan 300 mensen die open waren tussen 00:00 en 02:00 uur op vrijdag en zaterdagavond werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De originele steekproef was 126, uiteindelijk bleven er 30 cafés over (18 in experimentele conditie, 12 in de controle conditie (random toewijzing)). De bars in de controleconditie kregen geen interventie aangeboden, de cafés in de experimentele conditie kregen de Safer Bars Interventie. Deze interventie is tweeledig: 1) een risico assessment (zelf-)werkboek en 2) een 3 uur durende training voor de staf en de managers. Met het werkboek geeft de bareigenaar aan welke risico's verbonden zijn aan omgevingsfactoren, zoals potentiële problemen gerelateerd aan het vloerplan van de bar. De training (on-site) bespreekt veelvoorkomende typen geweldsincidenten, gedragingen van stafleden die voor escalatie zorgen en gedragingen die agressie voorkómen danwel de-escaleren. Cafés in de experimentele conditie hadden met minder geweldsincidenten te maken dan cafés in de controleconditie (op basis van de nameting). Deze resultaten suggereren dat de interventie bijdraagt aan het verminderen van geweldsincidenten. Hierbij moet opgemerkt worden dat het turven van incidenten gebeurde door observatoren, maar het is niet helemaal duidelijk of deze observatoren op de hoogte waren van de interventie en/of de onderzoeksvragen en op die manier mogelijk (onbewust) de resultaten hebben beïnvloed.

Arnetz en Arnetz (2000) beschrijven de implementatie en evaluatie van een interventieprogramma voor gezondheidszorgmedewerkers om met geweld om te kunnen gaan. De staf van 47 instellingen in de gezondheidszorg nam deel aan deze studie en werd random toegewezen aan de controle- of de interventieconditie. Alleen de interventiegroep kreeg een gestructureerd programma voor regelmatige stafbesprekingen naar aanleiding van geregistreerde geweldsincidenten. In beide condities werd het "Violence Incidence Form"(VIF) formulier geïntroduceerd voor de registratie van gewelddadige incidenten. De resultaten toonden aan dat de interventiegroep zich beter bewust was van risicovolle situaties en meer kennis had hoe met risicovolle situaties om te gaan dan de controlegroep. Echter, de interventiegroep rapporteerde niet significant minder incidenten dan de

controlegroep. Hier dient opgemerkt te worden dat deze studie vooral gericht lijkt op interventies die erger of herhaling van geweld kunnen voorkomen.

Lipscomb et al. (2006) beschrijven een brede implementatie van een geweldspreventie programma in drie psychiatrische instellingen in de Verenigde Staten, waarbij grote betrokkenheid van staf en directie werd beoogd. De interventie is breed van opzet en omvatte drie componenten: 1) ontwikkelen en ondersteunen van een instelling brede project advies groep om een instelling specifiek programma te ontwikkelen en te implementeren, 2) uitvoeren van een omvattende risico-assessment, en 3) ontwikkelen en implementeren van bruikbare aanbevelingen die voortvloeien uit de risico assessment. Meerdere interventies werden ingezet: trainen en opleiding van medewerkers; omgevingsurvey; review van "injury" data; en discussies in focusgroepen waarin de staf participeerde. De drie instellingen die later werden geselecteerd als vergelijkingsgroep, moesten ook het beleid invoeren maar kregen niet de extra hulp/begeleiding die de interventie organisaties wel kregen. Het programma is levensvatbaar en heeft een positieve impact volgens auteurs. De perceptie van stafleden over het commitment van management en werknemersbetrokkenheid bij preventie van geweld was toegenomen ten opzichte van de baseline. Wat betreft de kwantitatieve data wordt er alleen een vergelijking gemaakt binnen condities tussen pre- en post-interventie maar niet tussen condities. In beide groepen worden toenames gemeten in dreiging van fysiek geweld tussen pre- en postinterventie.

Het effect van "Assaulted Staff Action Program (ASAP)" op de afname in frequentie van geweld is meta-analytisch onderzocht door Flannery et al (2000). De ASAP interventie is een vrijwillig, systeembrede, collegiale, crisis interventie benadering om psychologische gevolgen van patiënt-agressie voor medewerkers in de gezondheidszorg te beperken. De interventie Critical Incident Stress Management Interventie en is gericht op het herstellen van verstoringen in meesterschap, verbintenis, en betekenis van slachtoffers. Meesterschap is iemands capaciteit om de eigen omgeving vorm te geven. Verbintenis verwijst naar het krijgen van zorg en steun van anderen, en betekenis verwijst naar het kunnen begrijpen van hetgene is gebeurd. Wanneer een slachtoffer hulp accepteert, wordt diegene gemonitord door een ASAP staf lid op symptomen die geassocieerd zijn met psychologisch trauma, en helpt het slachtoffer om gedurende tien dagen meesterschap, verbintenis en begrip te herstellen. Het programma biedt ook debriefing voor staf van de afdeling waar de agressie heeft plaatsgevonden, een steungroep voor slachtoffers, familie of gezinscounseling voor slachtoffers, en doorverwijzingen naar professionele hulp wanneer nodig. Op basis van gepubliceerde studies tot en met 1995 werd gezocht met de termen "Assaulted Staff Action Program", "ASAP", "Critical Incident Stress Management", "CISM", "crisis intervention". Dit leverde 5 bruikbare studies, allen uitgevoerd door Flannery. Resultaat van de meta-analyse is dat ASAP tot een vermindering van geweldsdelicten leidt (effectgrootte $d=3.175$).

Een andere studie van Flannery in datzelfde jaar (Flannery et al, 2000) onderzocht of een afname in geweldsincidenten geobserveerd kon worden na invoering van het ASAP programma. Hiertoe werd het aantal incidenten gedurende 1 jaar voor invoering van het ASAP programma en gedurende 1 jaar na invoering van het programma met elkaar vergeleken, in drie verschillende organisaties (te weten een 'community mental health center', 'community residence' en 'intermediate/extended care facility'). Bij het 'community mental health center' en 'community residence' kon geen significante afname worden vastgesteld. Bij de laatste organisatie wel, overigens na het verwijderen van een outlier. Al

met al levert deze studie weinig empirisch bewijs om vast te kunnen stellen dat invoering van het ASAP programma een daling in de frequentie van geweld teweeg brengt.

Probst et al. (2008) evalueren SOLVE (Stress, Tobacco, Alcohol and Drugs, HIV/AIDS, and Violence), een multi-level longitudinaal trainingsprogramma gericht op hoger management en lijnmedewerkers. Het programma start met een beleidsontwikkelingscursus gevolgd door een intensieve training om werknemers op te leiden over de oorzaken, gevolgen en preventiemethoden voor elk van de SOLVE domeinen (stress, tabak, alcohol & drugs, HIV/aids, en geweld op de werkvloer). 210 individuen (uit 7 landen) die deelnamen aan een SOLVE beleidsontwikkelingscursus participeerden in het onderzoek. Deelnemers kregen voorafgaand aan een training en na een training een kennistoets voorgelegd. Analyses lieten zien dat de kennis van medewerkers over de SOLVE cursus onderwerpen significant toegenomen was over tijd. Kortom, deze initiële resultaten suggereren dat SOLVE een effectief interventieprogramma kan zijn voor het verbeteren van de kennis van medewerkers over, onder andere, geweld op de werkvloer.

Anderson (2008) heeft onderzocht of een online trainingsprogramma over geweld en agressie op het werk voor gezondheidszorg medewerkers zou kunnen helpen om dit terug te brengen. Een deel van haar respondenten volgde de drie uur durende online training en een deel werd toegewezen aan de controleconditie (geen training). Omdat een aantal participanten uit de trainingsgroep de training niet hadden voltooid, zijn voor de analyses 3 groepen met elkaar vergeleken: zij die de training hebben voltooid, zij die aan de training zijn begonnen maar niet hebben voltooid, en zij die in de controleconditie zaten. Er werden geen verschillen gevonden tussen deze drie groepen en het aantal geweldsincidenten.

Ostrom en Van Mierlo (2008) hebben een agressie management training onder thuiszorgmedewerkers geëvalueerd. De training bestond uit 3 delen, elk van 4 uur en de onderdelen werden om de 2 tot 3 weken gegeven. Doelen van de training waren a) inzicht verhogen in assertiviteit, agressie en herkenning van gewelddadige gedragingen of personen, b) inzicht in de interactie met agressieve personen en het effect van interactiepatronen op deze personen, en c) aanbieden van technieken en vaardigheden om de medewerkers te helpen mogelijke dreigende situaties te voorkomen. Respondenten kregen 3 maal een vragenlijst voorgelegd: voorafgaand aan de training (N= 42), direct na de training (N=38) en 5 weken na de training (N=27). De resultaten laten een significante toename zien in inzicht in agressie en assertiviteit, alsmede in de vaardigheid om met dergelijke situaties om te gaan direct na de training. Deze verbetering bleef gehandhaafd tot vijf weken na de training. Concluderend kan worden gezegd dat deze resultaten suggereren dat een agressie management training ertoe kan bijdragen dat medewerkers beter in staat zijn inzicht te verkrijgen in assertiviteit en agressie, en vertrouwen krijgen in hoe met dergelijke situaties om te gaan.

Bowers et al. (2008) hebben onderzocht of een interventie het geweld jegens staf in psychiatrische instellingen kan verminderen. In drie psychiatrische afdelingen in London werd de interventie geïmplementeerd: getrainde "City nurses" stuurden de staf van de afdelingen aan waarbij ze accenten legden op de positieve waardering van patiënten ("positive appreciation of patients") en de vaardigheden om de eigen natuurlijke emoties te reguleren (naar patiënten toe). Het aantal incidenten gedurende de eerste 3 maanden diende als baseline en werd vergeleken met het aantal incidenten daarna. De resultaten van deze studie laten zien dat de interventie het aantal geweldsincidenten *niet* deed afnemen. Interessant om hierbij op te merken is dat dit onderzoek deel uitmaakt van een groter

geheel: de City University in Londen blijkt in 2006 (Bowers et al., 2006; wordt gerefereerd in Bowers et al., 2008) al gedurende 9 jaar onderzoek te doen naar conflictgedrag en 'containment' maatregelen (containerbegrip voor verdovende medicatie, vastbinden, isoleren, etc.) in de acute psychiatrie. Vanwege grote verschillen in conflictgedragingen tussen instellingen die niet terug te voeren zijn op het type patiënten dat daar behandeld wordt, vermoedden onderzoekers dat dit ten dele te maken heeft met hoe psychiatrisch verpleegkundigen denken over en handelen naar aanleiding van patiëntgerelateerde agressie. Volgens de onderzoekers zijn er 3 belangrijke factoren in gedragingen van staf die bepalen dat er weinig conflict aanwezig is: 1) positieve waardering van patiënten, 2) de vaardigheid om de eigen natuurlijke emoties te reguleren naar patiënten, en 3) het creëren van regels en routine voor het effectief (dagelijks) functioneren van een afdeling. In het artikel van 2006 worden twee psychiatrische afdelingen onderzocht die de eerder beschreven interventie hebben ontvangen. Voor- en nametingen worden vergeleken en het blijkt dat er significante dalingen worden waargenomen in verbale agressie (44% minder), fysiek geweld (53% minder), 'self-harm' (72%), en 'absconding' (opsluiting) (zowel officieel gerapporteerde incidenten: 69% minder als niet officieel gerapporteerd: 65% minder).

Ook Abderhalden et al. (2008) onderzochten geweld en agressie in psychiatrische afdelingen. Zij evalueerden een simpele interventie, namelijk een gestructureerde, kortetermijn (eerste drie dagen) risico assessment van iedere nieuwe patiënt die werd opgenomen. In totaliteit deden 14 Zwitserse afdelingen mee. Na instemming om mee te doen aan het onderzoek, verzamelden de afdelingen eerst 3 maanden lang de baseline data (registratie van incidenten). Hierna volgde de interventieperiode (3 maanden). De afdelingen in de controleconditie ontvingen niets gedurende de interventie periode, maar registreerden wel de incidenten gedurende die periode. Afdelingen in de experimentele conditie werd gevraagd gedurende de drie maanden voor iedere nieuw opgenomen patiënt de Broset Violence Checklist (BVC-CH: de Zwitserse versie) 2 maal daags gedurende de eerste 3 dagen bij te houden. Op deze checklist kan de staf aangeven wat het gedrag van de patiënt is (verwardheid, geïrriteerdheid, luidruchtigheid, fysiek bedreigend zijn, verbaal bedreigend zijn en voorwerpen aanvallen) en daarnaast geeft een medewerker een subjectieve beoordeling van het risico op dreigend geweld (deze beoordeling loopt van 0 (zeer laag risico) tot 12 (hoog risico)). In zake van een hoog risico werd de staf aangemoedigd om preventieve maatregelen te bespreken. Wanneer er sprake was van een zeer hoog risico werden teams geacht een preventieve maatregel te plannen en in te voeren. De registratie van geweldsincidenten gebeurde met behulp van de Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R). De resultaten lieten een afname zien in ernstige geweldsincidenten tussen voor- en nameting, de afname in de interventiegroep was significant groter dan die in de controlegroep. Dit wijst erop dat de interventie in staat is om agressie door patiënten te verminderen.

Hahn et al. (2008) onderzochten in een quasi-experimentele studie of een trainingsinterventie de attitudes van verpleegkundigen over de redenen van patiënt agressie en hun eigen management van patiënt agressie zou kunnen veranderen. 63 verpleegkundigen van psychiatrische afdelingen in Zwitserland participeerden in deze studie. 29 maakten deel uit van de interventiegroep, 34 zaten in de controlegroep. Alle 63 deelnemers vulden eerst een survey in (voormeting 1 week voor de interventie) om vast te stellen wat verpleegkundigen als redenen zien voor patiënt agressie. Vervolgens kregen 29 verpleegkundigen een vijfdaagse training (o.a. definities van agressie, geweld, seksuele intimidatie, aard van agressie, theorie van agressie, zorgplannen, etc.). Drie maanden na de interventie volgde de nameting. Op basis van de resultaten kon geen attitudeverandering

worden waargenomen in de verpleegkundigen in de interventiegroep ten opzichte van de voormeting noch ten opzichte van de controlegroep. Volgens de onderzoekers bleven de deelnemers trouw aan beleid (isoleren en toediening van medicatie). Kortom, deze interventie blijkt niet de gehoopte vruchten af te werpen.

Een andere quasi-experimentele studie werd uitgevoerd door Gates et al. (2005). In deze studie werd de effectiviteit van een geweldspreventie interventie getest (d.w.z. een agressie-managementtraining) onder "nursing assistants" (NA's) werkzaam in verpleeghuizen. Zes verpleeghuizen werden random geselecteerd uit de populatie, vervolgens werden ze random verdeeld in de controle (n=3) en interventiegroep (n=3). Er waren drie meetmomenten: baseline (o.a. registratie geweldsincidenten gedurende 80 werkuren), 1 week na de interventie, en 6 maanden na de interventie. De interventie bestond uit negen 1-uur trainingssessies. Drie van deze bijeenkomsten bestonden uit lezingen, discussies, video's, rollenspellen, en demonstraties. Hierna volgden 6 probleem oplossing groeps-sessies waarin de NA's gestimuleerd werden om recente scenario's te bespreken en hun emoties over het verbale en fysieke geweld aan te geven. Ten opzichte van de baseline, lieten NA's in de interventiegroep direct na de interventie een groei zien in kennis, efficacy, en geweldvoorkomende vaardigheden. Maar er werd geen afname gemeten in het aantal incidenten. Zes maanden na de interventie liet de interventiegroep nog wel een toename zien in de opgedane kennis ten opzichte van de baseline meting, maar op de overige uitkomsten werd ten opzichte van de baseline geen verschil meer gemeten. Kortom, deze training was niet effectief in die zin dat er minder incidenten voorkwamen en dus hielp de training niet om de NA's beter uit te rusten om geweld en agressie te voorkómen.

Een recente review van de literatuur over interventies om geweld op eerste hulp posten terug te dringen is uitgevoerd door Anderson et al. (2010). Deze review is interessant omdat de auteurs het volgende opmerken, dat relevant lijkt voor het hele veld van geweld en agressie op het werk: "The weight of effort is still directed towards defining the phenomenon rather than addressing solutions. Studies that assessed the efficacy of a single intervention failed to take account of context; and participatory context-driven studies failed to provide generalisable evidence. Concerted multi-site and multi-disciplinary, action-oriented research studies are urgently needed to provide an evidence base for the prevention and mitigation of violence perpetrated against emergency department nurses." Een eerdere (narratieve) review over administratieve en gedragsmatige interventies om agressie en geweld op het werk te voorkomen concludeerde al dat er een gebrek is aan gedegen onderzoek dat de effectiviteit van interventies kan vaststellen (Runyan et al., 2000).

Conclusie

Agressie en geweld op de werkvloer lijken verminderd te kunnen worden door middel van omgevingsinterventies (bijvoorbeeld CPTED) en organisatorische interventies (bijvoorbeeld mensen 's avonds/'s nachts niet solo inroosteren) en dan met name in kleine zelfstandige ondernemingen in de detailhandel en horeca (Casteel et al., 2000; Casteel et al., 2008; Loomis et al., 2008, Wassell, 2009).

Het artikel van Lipscomb et al (2006) is uiterst informatief en gedegen, echter er wordt dermate weinig bewijs gerapporteerd in deze studie dat het niet mogelijk is op basis hiervan een gedegen conclusie te trekken. Het artikel van Arnetz et al (2000) aan de andere kant, geeft aan dat besprekingen van geweldsincidenten positief bijdragen aan de bewustwording en de kennis van stafleden over gewelddadige incidenten en hoe daarmee om te

gaan. Tot een vermindering in het aantal incidenten leidde deze interventie overigens niet. De resultaten wat betreft het verminderen van het aantal incidenten door invoering van ASAP zijn niet eenduidig, al wordt gesuggereerd in een meta-analyse uit 2000 dat dit wel het geval is.

Wat betreft educatieve/trainingsinterventies zijn de resultaten eveneens diffuus. Een aantal besproken studies suggereren dat een training bijdraagt aan verbeterde kennis over agressie en geweld op de werkvloer (Probst et al 2008; Oostrom et al, 2008) en in sommige gevallen lijkt het bij te dragen aan een vermindering in agressie en geweld (Graham et al., 2004). Echter, een aantal trainingsinterventies lieten geen effecten zien wat betreft vermindering in geweldsincidenten (Gates et al., 2005; Hahn et al., 2008). Het ontbreken van eenduidige resultaten wat betreft de effectiviteit van trainingsinterventies wordt ook benoemd in twee systematische reviews (Richter, 2005; Wassell, 2009).

Door de elkaar tegensprekende resultaten (Bowers et al., 2006; Bowers et al., 2008) is het onduidelijk of een interventie in psychiatrische instellingen waarbij het verplegend personeel wordt aangeleerd om patiënten positiever te leren waarderen, en de eigen emotieregulatie te verbeteren, bijdraagt aan het verminderen van het aantal agressieve en geweldsincidenten. Een gestructureerde assessment van iedere nieuw opgenomen psychiatrisch patiënt daarentegen lijkt het aantal incidenten wel terug te dringen (Abderhalden et al., 2008).

Organisatorische en omgevingsinterventies

Niveau 2	<p><i>Een omgevingsinterventie als CPTED draagt mogelijk bij tot minder gewelddadige incidenten in kleine zelfstandige ondernemingen in de detailhandel en horeca, met name bij interventiegetrouwe ondernemingen.</i></p> <p><i>B Casteel 2000; Casteel 2008</i></p>
Niveau 3	<p><i>Omgevingsinterventies en organisatorische interventies dragen waarschijnlijk bij aan het verkleinen van het risico dat werknemers in de detailhandel lopen om vermoord te worden tijdens een overval.</i></p> <p><i>B Loomis 2008</i></p>
Niveau 2	<p><i>Omgevingsmaatregelen, vooral wanneer deze als groep van maatregelen worden geïmplementeerd, lijken efficiënt in het terugdringen van geweld tegen medewerkers in de detailhandel.</i></p> <p><i>A2 Wassell 2009</i></p>

Overige specifieke interventies

• Training

Niveau 2	<i>Educatieve trainingsinterventies dragen waarschijnlijk bij aan een verbeterde kennis over agressie en geweld op de werkvloer.</i> <i>B Probst 2008, Ostrom 2008</i>
-----------------	---

Niveau 2	<i>Trainingen in omgaan met agressie hebben een positief effect op de kennis, omgang en het zelfvertrouwen op dit terrein voor medewerkers in de gezondheidszorg.</i> <i>A2 Richter 2005</i>
-----------------	---

Niveau 2	<i>Er kan geen eenduidige conclusie getrokken worden met betrekking tot de effectiviteit van trainingsinterventies in de gezondheidszorg.</i> <i>A2 Wassell 2009</i>
-----------------	---

Niveau 3	<i>Agressiemanagement training draagt waarschijnlijk niet bij aan het voorkomen van agressieve incidenten in verpleeghuizen.</i> <i>B Gates 2005</i>
-----------------	---

Niveau 3	<i>Educatieve trainingsinterventies dragen waarschijnlijk niet bij aan het veranderen van de attitudes van verpleegkundigen over de redenen van patiënt agressie en hun eigen management van patiënt agressie.</i> <i>B Hahn 2008</i>
-----------------	--

• Overig

Niveau 3	<i>Het systematisch bespreken van gewelddadige incidenten op het werk (met patiënten) draagt waarschijnlijk bij aan de bewustwording van werknemers over en meer kennis hoe om te gaan met dergelijke situaties.</i> <i>B Arnetz 2000</i>
-----------------	--

Niveau 2	<i>Accenten leggen op de positieve waardering van patiënten ("positive appreciation of patients") en de vaardigheden om de eigen natuurlijke emoties te reguleren dragen waarschijnlijk niet bij aan het verminderen van het aantal agressieve en geweldsincidenten, ondanks de eerder gepubliceerde positieve resultaten in 2006.</i> <i>B Bowers 2008, Bowers 2006</i>
-----------------	---

Niveau 3	<p><i>Safer Bars Interventions in uitgaansgelegenheden dragen mogelijk bij aan een vermindering in het voorkomen van agressie en geweld op de werkvloer.</i></p> <p><i>B Graham 2004</i></p>
-----------------	--

Niveau 3	<p><i>Op basis van het huidige beschikbare onderzoek kan geen betrouwbare uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van het Assaulted Staff Action Program (ASAP) in het kader van het verminderen van patiënt agressie jegens stafmedewerkers in psychiatrische ziekenhuizen.</i></p> <p><i>B Flannery 2000; Flannery 2000</i></p>
-----------------	---

Niveau 3	<p><i>Een gestructureerde, korte-termijn (eerste drie dagen) risico assessment van iedere nieuw opgenomen psychiatrisch patiënt lijkt de mate van geweldsincidenten te verminderen.</i></p> <p><i>B Abderhalden 2008</i></p>
-----------------	--

In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de betekenis van de niveau-aanduidingen bij bovenstaande conclusies.

Overige overwegingen

De zoektocht in de literatuur heeft een aantal artikelen opgeleverd die ieder afzonderlijk een interventie hebben getoetst. Daarnaast is slechts één van de relevant gebleken studies verricht in Nederland (Oostrom et al, 2008). Bovendien zijn de relevante onderzoeken uitgevoerd in verschillende onderzoeksdomeinen, hetgeen betekent dat de effectiviteit van de interventies afhankelijk kan zijn van de doelgroep en de (culturele, lokale, politieke) situatie. Al met al is de basis voor het maken van aanbevelingen smal en om die reden dienen de aanbevelingen met voorzichtigheid te worden toegepast.

Algemeen werknemersonderzoek (Van den Bossche en Smulders, 2004) laat zien dat er verschillen zijn in de prevalentie van agressie en geweld in de verschillende sectoren. Handel, horeca, onderwijs, gezondheid/welzijn en justitie en politie hebben relatief vaak te maken met intimidatie door klanten. Dezelfde sectoren hebben ook veel te maken met lichamelijk geweld door klanten, dit geldt met name voor de sector gezondheid/welzijn. Het gaat hierbij om zeer uiteenlopende beroepen. Niet alle aanbevelingen in deze richtlijn zullen derhalve toepasbaar zijn voor alle beroepsgroepen.

- **Wet en regelgeving**

Agressie en geweld valt volgens de Arbwet onder de noemer psychosociale arbeidsbelasting (PSA). Sinds 1 januari 2007 is artikel 2.15 van het Arbeidsomstandighedenbesluit van kracht: 'Maatregelen ter voorkoming of beperking van psychosociale arbeidsbelasting'. Dit betekent dat binnen sectoren waarin werknemers blootgesteld (kunnen) worden aan PSA, de werkgever de verplichting heeft om risico's met betrekking tot

PSA in kaart te brengen, bijvoorbeeld in het kader van de verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E). Op basis van de uitkomsten van de RI&E dient de werkgever een plan van aanpak op te stellen waarin beschreven wordt welke maatregelen getroffen worden om PSA te voorkomen of te beperken. Daarnaast dient volgens artikel 2.15 aan de werknemers voorlichting en onderricht gegeven te worden over de risico's voor PSA en over de maatregelen die er op zijn gericht die belasting te voorkomen of te beperken. Bij het inventariseren van preventieve maatregelen kan ondermeer de arbocatalogus van de branche waartoe een werkgever behoort geraadpleegd worden.

In het kader van het programma 'Veilige Publieke Taak' werd in 2008 een sjabloon ontwikkeld voor een arbocatalogus agressie en geweld. Met behulp van het sjabloon beoogt men uniformiteit te bereiken in de aanpak van agressie en geweld door werkgevers. In deze arbocatalogus worden acht maatregelen benoemd die de basis vormen van een effectief veiligheidsbeleid, t.w.:

1. Laat externen weten wat uw organisatienorm van acceptabel gedrag is.
2. Stimuleer dat uw werknemers elk voorval van agressie en geweld melden.
3. Registreer alle voorvallen van agressie en geweld tegen uw werknemers.
4. Train uw werknemers in het voorkomen van en omgaan met agressie en geweld.
5. Reageer binnen 48 uur naar de dader die agressie en geweld heeft gebruikt tegen uw werknemers.
6. Bevorder het (laten) doen van aangifte van strafbare feiten.
7. Verhaal de schade op de dader.
8. Verleen nazorg aan werknemers die slachtoffer zijn van agressie en geweld.

Het programma 'Veilige Publieke Taak' werd in 2007 door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aangeboden aan de Tweede Kamer. Door middel van dit programma wil men agressie en geweld tegen werkgevers en werknemers met een publieke taak aanpakken. Het programma heeft als doelstelling dat in 2014 in alle sectoren een substantiële vermindering van het aantal gevallen van agressie en geweld is bereikt.

Door de Arbeidsinspectie (sinds 1 januari 2012 Inspectie SZW) is in 2011 een flyer samengesteld met 11 maatregelen die de Inspectie noodzakelijk vindt voor een goed agressiebeleid (Arbeidsinspectie 2011, http://www.inspectieszw.nl/images/flyer%20ag_tcm335-312202.pdf). Onder de genoemde maatregelen zijn er diverse die gericht zijn op preventie van agressie en geweld, t.w. een inventarisatie van de risico's op het gebied van agressie en geweld, voorlichting/instructie/training van medewerkers, het opstellen van huisregels voor bezoekers/cliënten, het treffen van organisatorische en personele maatregelen, het treffen van voorzieningen om agressie en geweld tegen te gaan (bouwkundige en technische maatregelen) en het zorgdragen voor een goed werkend alarmsysteem/ alarmprocedure (zie ook bijlage 6). Op basis van de 11 beheersmaatregelen genoemd in de flyer werd tevens een digitale tool ontwikkeld, waarmee organisaties hun beleid en maatregelen op het gebied van agressie en geweld zelf kunnen doorlichten (<http://www.zelfinspectie.nl/agressie>).

De werkgroep is van mening dat de flyer en de digitale tool voor zelfinspectie goede hulpmiddelen kunnen zijn om inzicht te krijgen in knelpunten binnen de organisatie betreffende agressie en geweld. De bevindingen uit het eerder beschreven literatuuronderzoek kunnen deels een invulling geven aan de, in de flyer genoemde, preventieve maatregelen.

- **Organisatorische en omgevingsinterventies**

Organisatorische en omgevingsinterventies lijken effectief in het voorkomen van geweld-dadige incidenten in de detailhandel en de horeca. In de literatuur worden diverse interventies beschreven. Met betrekking tot omgevingsinterventies kan gedacht worden aan: aanpassingen aan onder andere de interne en externe verlichting, zichtbaarheid in de winkel/werkruimte, plaatsing van de kassa's, aantal ingangen, type en plaatsing van deuren, ontwerp van het interieur om bewegingen van klanten/bezoekers te monitoren, bevestigen van surveillance camera's en barrières tussen medewerkers en klanten/bezoekers. Onder organisatorische interventies vallen ondermeer: inroosteren van 2 medewerkers 's avonds/'s nachts, het sluiten van deuren tijdens werktijden, het dragen van identificatie-badges door het personeel, dagelijks geld naar de kluis/bank brengen, het trainen van de werknemers bijvoorbeeld in het volgen van nieuwe veiligheidsprocedures en samenwerking met politie/beveiliging initiëren. Overigens zijn de genoemde interventies vooral effectief als zij als groep van maatregelen worden geïmplementeerd.

Er zijn aanwijzingen dat de Safer Bars Interventie bijdraagt aan een vermindering in het voorkomen van agressie en geweld op de werkvloer in uitgaansgelegenheden. Het Safer Bars programma diende mede als uitgangspunt voor het ontwikkelen van een aangepaste interventie voor de Nederlandse situatie. In opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken ontwikkelde Het Trimbos Instituut 'Bar Veilig: Voorkomen van agressie in de horeca'. Deze interventie bestond uit 2 onderdelen: een checklist en een cursus. Aan de hand van de checklist werden adviezen gegeven betreffende maatregelen ter preventie van agressie en geweld. In de cursus werd aandacht besteed aan het voorkomen van, herkennen van en omgaan met agressie. De interventie werd getest in een aantal pilots en daaruit kwamen goede resultaten. Desondanks wordt Bar Veilig sinds 1 januari 2012 niet meer uitgevoerd in de vorm van een training. De kennis uit Bar Veilig blijft echter wel beschikbaar (zie www.barveilig.nl en www.hetccv.nl/dossiers/Uitgaansgeweld/index).

In de literatuur werd geen evaluatie van organisatorische en omgevingsmaatregelen in andere sectoren gevonden. Desondanks lijken bepaalde maatregelen ook toepasbaar in andere sectoren dan handel en horeca, zoals het initiëren van de samenwerking met politie/beveiliging, het ontwerp van de werkomgeving, het inroosteren van meer dan 1 medewerker en het trainen van werknemers in het volgen van veiligheidsprocedures.

- **Trainingsinterventies**

Wetenschappelijk onderzoek naar trainingsinterventies werd tot nu toe met name uitgevoerd in de zorg. Het ontbreken van eenduidige resultaten wat betreft de effectiviteit van trainingsinterventies is vooral een gevolg van de overwegend matige kwaliteit van de uitgevoerde studies. Dat betekent dat er op dit moment geen heldere aanbevelingen over trainingsinterventies kunnen worden geformuleerd. In de richtlijn 'Psychosociale ondersteuning geüniformeerden' wordt op basis van de literatuurstudie van Richter geconcludeerd dat trainingen in omgang met agressie een positief effect hebben op de kennis, omgang en het zelfvertrouwen op dit terrein voor de geüniformeerde.

- *Overige specifieke interventies*

Uit de studie van Abderhalden komt naar voren dat een korte-termijn risico assessment van nieuw opgenomen psychiatrische patiënten het aantal geweldsincidenten lijkt te verminderen. Bij de inventarisatie werd gebruik gemaakt van de Broset Violence Checklist. Met deze checklist wordt het gedrag van patiënten dagelijks beoordeeld; verpleegkundigen geven aan of de volgende gedragingen: verwardheid, geïrriteerdheid, luidruchtigheid, fysiek bedreigend zijn, verbaal bedreigend zijn en aanvallen op voorwerpen, aan- (score 1) of afwezig zijn (score 0).

- *Algemene interventies*

Diverse studies hebben aangetoond dat factoren met betrekking tot de organisatie van werk, zoals de psychosociale arbeidsbelasting van werknemers (Van den Bossche 2012, Bayman et al, 2007; Camerino et al., 2008; Estryn-Behar et al., 2008; Gates et al, 2003; Hogh et al, 2005) en de kwaliteit van dienstverlening die organisaties leveren direct gerelateerd is aan het risico op agressie door derden (Lawoko et al, 2004). Uit een publicatie van het CBS blijkt dat 54% van de slachtoffers van externe agressie voor maatregelen tegen werkdruk is (CBS 2012). Ter vergelijking: 22% van de slachtoffers is voor maatregelen jegens klanten, patiënten, leerlingen of passagiers.

Het lijkt dus zinvol voor organisaties om preventieve maatregelen ook op het terrein van de psychosociale arbeidsbelasting en de dienstverlening te zoeken.

Aanbevelingen

De werkgroep adviseert om bij het toepassen van organisatorische (bijvoorbeeld het inroosteren van 2 medewerkers 's avonds/'s nachts) en omgevingsinterventies (bijvoorbeeld heldere binnen- en buitenverlichting) ter preventie van gewelddadige incidenten, een combinatie van maatregelen toe te passen in plaats van op zichzelf staande maatregelen. Omgevingsinterventies kunnen bestaan uit modificaties aan onder andere de interne en externe verlichting, zichtbaarheid in de winkel/werkruimte, plaatsing van de kassa's, aantal ingangen, type en plaatsing van deuren, ontwerp van het interieur om bewegingen van klanten/bezoekers te monitoren, bevestigen van surveillance camera's en barrières tussen medewerkers en klanten/bezoekers. Organisatorische interventies zijn bijvoorbeeld het sluiten van deuren tijdens werktijden, dragen van identificatiebadges door het personeel, dagelijks geld naar de kluis/bank brengen, trainen van de werknemers bijvoorbeeld in het volgen van nieuwe veiligheidsprocedures, en samenwerking met politie/beveiliging initiëren.

Het kan zinvol zijn om een interventie als de Safer Bars Intervention toe te passen in uitgaansgelegenheden om agressie en geweld op de werkvloer te voorkomen. De Safer Bars interventie omvat een combinatie van het maken van een risico inschatting van omgevingsfactoren (mogelijke problemen met het vloerplan bijvoorbeeld) en daarnaast een 'on-site' training voor de staf en de managers waarbij veelvoorkomende typen geweldsincidenten worden besproken en aandacht wordt geschonken aan gedragingen van staffleden die voor escalatie zorgen en gedragingen die agressie voorkomen danwel de-escaleren.

Overwogen kan worden om binnen organisaties, waarin werknemers langdurig contact hebben met patiënten/cliënten die agressief kunnen zijn, korte termijn risico assessments van de patiënt/cliënt te gaan invoeren.

Hoewel training van medewerkers nuttig kan zijn om ze beter voor te bereiden op eventuele gewelds- of agressiesituaties is terughoudendheid geboden ten aanzien van het aanbieden van uitsluitend educatieve of trainingsinterventies gericht op het omgaan met geweld en agressie op het werk. Er is weinig empirisch bewijs dat dergelijke trainingen ook bijdragen aan het voorkomen van agressie en geweld op de werkvloer door externe personen.

De werkgroep wijst tevens op de mogelijkheid om het voorkomen van agressie en geweld op indirecte manier te beïnvloeden. Onderzoek suggereert dat het zinvol kan zijn voor organisaties om preventieve maatregelen ook op het terrein van psychosociale arbeidsbelasting en kwaliteit van dienstverlening te zoeken.

2. Korte termijn interventies.

Uitgangsvraag 2

Wat zijn de belangrijkste effectieve interventies die direct na extern geweld of agressie kunnen worden toegepast om de negatieve consequenties voor het slachtoffer te minimaliseren?

De kracht van korte termijn interventies

Flannery et al (2011) hebben een retrospectieve studie uitgevoerd naar medewerkers in de gezondheidszorg die slachtoffer zijn geworden van agressie en geweld van patiënten. De auteurs hebben vooral gekeken naar de psychologische steun die deze slachtoffers werd geboden door deelname aan het Assaulted Staff Action Program (ASAP). ASAP is een programma dat start zodra een melding binnenkomt dat een medewerker agressief of met geweld werd bejegend door een patiënt (binnen 20 minuten). Wanneer een slachtoffer hulp accepteert, wordt diegene gemonitord door een ASAP staf lid op symptomen die geassocieerd zijn met psychologisch trauma, en helpt het slachtoffer om gedurende tien dagen meesterschap, verbintenis en begrip te herstellen. Het programma biedt ook debriefing voor staf van de afdeling waar de agressie heeft plaatsgevonden, een steungroep voor slachtoffers, familie of gezinscounseling voor slachtoffers, en doorverwijzingen naar professionele hulp wanneer nodig. De steekproef omvatte 2891 slachtoffers werkzaam in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de staat Massachusetts (USA). Vanaf 2 april 1990 zijn alle ASAP rapportages verzameld. In deze rapportages wordt aangegeven wat de aard van het incident was, of slachtoffers ASAP hulp accepteerden of niet, wat de aard van verwonding was (fysieke verwondingen, psychologische angst), hoeveel gesprekken/interventies er hebben plaatsgevonden en dergelijke. Over deze periode van 20 jaar werd ASAP geaccepteerd in 2518 incidenten en afgewezen in 371 incidenten. Van deze 2518 incidenten laten de resultaten zien dat verstoringen op de dimensies: meesterschap, verbintenis, betekenis, herbeleving, en vermijdingsgedrag behoorlijk groot zijn direct na een incident. Deze verstoringen blijken significant afgenomen te zijn na 10 dagen (eerste hulp direct na incident; 2^e interventie na 3 dagen, 3^e interventie na 10 dagen).

Een eerdere studie (Flannery et al, 2007) betreft eveneens een retrospectieve studie naar het ASAP programma in instellingen in de geestelijke gezondheidszorg. De steekproef omvatte 2120 slachtoffers werkzaam in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de staat Massachusetts (USA). Vanaf 2 april 1990 zijn alle ASAP rapportages verzameld. In deze rapportages wordt aangegeven wat de aard van het incident was, of slachtoffers ASAP hulp accepteerden of niet, wat de aard van verwonding was (fysieke verwondingen, psychologische angst), hoeveel gesprekken/interventies er hebben plaatsgevonden en dergelijke. Over deze 15 jaar werd ASAP geaccepteerd in 86,5% van de incidenten en afgewezen in 13,5% van de incidenten. Diegenen die het ASAP programma volgden ondervonden behoorlijk grote verstoringen op de dimensies: meesterschap, verbintenis, betekenis, herbeleving, en vermijdingsgedrag direct na een incident (rapportage 1^e interventiegesprek).

Deze verstoringen blijken significant afgenomen te zijn na 10 dagen (eerste hulp direct na incident; 2^e interventie na 3 dagen, 3^e interventie na 10 dagen).

De effectiviteit van een korte trainingsinterventie (lezen van een brochure over de effecten van trauma en coping mechanismen) op het verminderen van angst ("distress") in verpleegkundigen in 'medium security settings' die fysiek waren aangevallen door een patiënt is onderzocht door Nhiwatiwa (2003). 40 verpleegkundigen die waren aangevallen door een patiënt tijdens werkuren werden random toegewezen aan de controle- of de interventieconditie. Verpleegkundigen in de controleconditie kregen geen interventie aangeboden. Er werd een significant verschil gevonden tussen de interventie en de controlegroep, waarbij de interventiegroep hogere scores had op de "Impact of Events Scale" (geïnterpreteerd als meer angstig) 3 maanden na de interventie. Diegenen in de controlegroep pasten zich beter aan (gezien de lagere scores) dan diegenen in de interventiegroep. Hier dient opgemerkt te worden dat ook deze studie vooral gericht is op een interventie om erger te voorkomen, immers, de respondenten zijn verpleegkundigen die aangevallen zijn in het verleden.

Australische werknemers die recentelijk voor het eerst waren blootgesteld aan een overvalsituatie op hun werk namen deel aan een experimentele studie uitgevoerd door Campfield en Hills (2001). Cliënten van de Nationale Trauma Kliniek werden benaderd en 77 namen deel aan deze studie. Respondenten waren blootgesteld aan een overval op het werk, maar hadden geen fysieke verwondingen opgelopen en de overval was verlopen zonder het gebruik van vuurwapens. Respondenten werden random toegewezen aan de twee condities: 1) onmiddellijke debriefing of 2) uitgestelde debriefing. De onmiddellijke debriefing vond plaats binnen 10 uren na de overval (M = 5.08 uur), de uitgestelde debriefing vond plaats tenminste 48 uren na de overval (M = 62.29 uur). De debriefing sessie duurde 1 tot 2 uur en vond individueel of in kleine groepjes plaats, afhankelijk van het aantal mensen dat betrokken was in het incident. Direct na afloop van de sessie vulden participanten de "posttraumatic stress diagnostic scale" (PDS schaal) in. Vervolgens werd iedere participant telefonisch benaderd 2 dagen na de debriefing, 4 dagen na de debriefing, en 2 weken na de overval. De PDS werd dan telkens telefonisch afgenomen. De resultaten lieten een hoofdeffect zien van conditie op het aantal symptomen: participanten in de onmiddellijke debriefing conditie rapporteerden minder symptomen dan participanten in de uitgestelde debriefing conditie. Eenzelfde patroon werd gevonden voor de ernst van de symptomen: In de onmiddellijke debriefing conditie rapporteerden respondenten minder ernstige symptomen dan in de uitgestelde debriefing conditie. Een significante interactie werd gevonden van conditie en tijdstip: de vermindering in symptomen en de ernst van de symptomen verschilde voor de onmiddellijke en uitgestelde debriefing conditie. Er werd een duidelijke afname geconstateerd op de respectievelijke meetmomenten voor de onmiddellijke debriefing conditie, maar niet voor de uitgestelde debriefing conditie.

Adler et al. (2008) rapporteren de resultaten van een RCT over Critical Incident Stress Debriefing (CISD) onder Amerikaanse militairen op vredesmissie in Kosovo. 952 soldaten werden (per peloton) toegewezen aan de condities: 1) controlegroep zonder interventie (n = 20), 2) stressmanagementtraining (n = 15), of 3) debriefing (CISD, n = 21). CISD vond plaats in groepen, en de procedure volgde grotendeels de procedurele richtlijnen (Everly et al, 2000). De debriefing duurde gemiddeld 88.1 minuten. De stressmanagementtraining duurde gemiddeld 63.7 minuten en was een combinatie van didactische instructie

(concept stress, oorzaken van stress, welke symptomen zijn stressgerelateerd, potentiële lange-termijneffecten van stress, en copingmechanismen om stress te verminderen) en groepsdiscussies. De CISD en de stressmanagementtraining werden gegeven door dezelfde mensen. De controlegroep kreeg geen interventie, maar vulde net als de twee experimentele groepen drie maal een vragenlijst in. De voormeting vond plaats in oktober/november 2002 en respondenten vulden een vragenlijst in en werd hun hartritme gemeten, daarna werden participanten random toegewezen aan condities. Daarna vonden de twee interventies plaats voor de experimentele groepen. Daarna vulden alle drie condities een korte evaluatie survey in over de interventie, en werd opnieuw het hartritme vastgesteld. De 1^e nameting vond plaats in januari/februari 2003 nadat alle pelotons weer op de basis in Duitsland waren gestationeerd. De laatste follow-up survey vond plaats in de periode september tot november 2003. In het algemeen laat deze studie zien dat CISD faalt om PTSS symptomen te verminderen in vergelijking met de geen interventie controlegroep. Voor de kleine subgroep soldaten die veel waren blootgesteld aan potentieel traumatiserende gebeurtenissen, verminderde CISD de ernst van de symptomen lichtelijk in vergelijking met de stress management training. Maar al deze effecten waren zeer klein. In lijn met eerder onderzoek is er geen duidelijk positief effect gevonden van CISD ten opzichte van de geen interventie controlegroep. Maar er werden ook geen negatieve effecten gevonden (alhoewel in de CISD conditie wel een lichte maar significante toename in alcoholinname werd gemeten). Overigens blijken respondenten de CISD interventie het hoogst te evalueren (in vergelijking met de geen interventie controle- en de stressmanagementtraining condities).

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat een vrijwillige, systeem brede crisisinterventie (zoals ASAP) voor werknemers die slachtoffer zijn geworden van geweld zinvol is voor het beperken van onder andere de (negatieve) psychologische gevolgen.

Het spoedig debriefen van overval slachtoffers vermindert PTSS-symptomen meer in vergelijking met debriefen minimaal 48 uur nadat een incident heeft plaatsgevonden. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat de effectiviteit van debriefing ter discussie staat. Een recente RCT onder soldaten die een vredesmissie uitvoerden toonde geen verschillen aan tussen mensen die gedebriefd waren, mensen die een stressmanagementtraining hadden ondergaan, en mensen die geen enkele interventie kregen aangeboden.

Eenvoudige voorlichting van verpleegkundig personeel (aanbieden van een brochure) draagt waarschijnlijk niet bij aan het verminderen van angstgevoelens bij slachtoffers van patiëntengeweld en agressie.

Niveau 3	<p><i>Volgen van het ASAP programma lijkt de psychologische angst te verminderen bij slachtoffers van agressie en geweld, in ieder geval bij diegenen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg en te maken krijgen met patiënt agressie.</i></p> <p><i>B Flannery 2011, Flannery 2007</i></p>
-----------------	--

Niveau 3	<p><i>Het lezen van een brochure over de effecten van trauma en copingmechanismen vermindert niet de gevoelens van angst bij verpleegkundigen die fysiek waren aangevallen door een patiënt.</i></p> <p><i>B Nhiwatiwa, 2000</i></p>
-----------------	--

Niveau 3	<p><i>Het binnen 10 uur na het incident debriefen van slachtoffers van een overval op de werksituatie vermindert PTSS symptomen vergeleken met het debriefen na minimaal 48 uur.</i></p> <p><i>B Campfield 2001</i></p>
-----------------	---

Niveau 2	<p><i>“Critical Incident Stress Debriefing (CISD)” levert geen sterkere vermindering op van PTSS symptomen bij vredesmissie soldaten vergeleken met geen interventie.</i></p> <p><i>B Adler 2008</i></p>
-----------------	--

In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de betekenis van de niveau-aanduidingen bij bovenstaande conclusies.

Overige overwegingen

In dit achtergronddocument zijn een aantal studies opgenomen met betrekking tot snelle opvang na een agressie-incident. Effectief lijkt een snel, pro-actief/ongevraagd door het slachtoffer en praktisch steunaanbod (zoals beschreven in het ASAP programma). Een dergelijke interventie wordt door het slachtoffer als belangrijk gewaardeerd.

Bij de snelle opvang na een agressie-incident lijkt zeker ook een rol weggelegd voor de leidinggevende. In het kader van het programma ‘Veilige Publieke Taak’ werd de brochure ‘Handreiking effectieve opvang na schokkende gebeurtenissen voor leidinggevenden en management’ uitgegeven, waarin ondermeer aanbevelingen worden gedaan voor leidinggevenden met betrekking tot het omgaan met een crisissituatie binnen het team van medewerkers.

Het nut van "debriefing" en andere critical incident stressmanagementtechnieken staat ter discussie. Debriefing in zijn algemeenheid is te omschrijven als een snelle interventie die binnen 24 tot 72 uur na een incident wordt toegepast waarbij slachtoffers de mogelijkheid krijgen te praten over wat er is gebeurd. Hierdoor zouden slachtoffers beter in staat zijn een gezondere verwerking van de gebeurtenis(sen) te hebben (Kleber & Mittendorf, 2000) maar dit laatste is onderhevig aan een debat (zie bijvoorbeeld McNally et al., 2003). Hoewel dit debat zich niet specifiek afspeelt op het terrein van extern geweld en agressie op het werk, dient men dit wel in het achterhoofd te houden. Dit debat wordt mede gevoed door het feit dat er (te) weinig RCT's zijn die de effectiviteit van een dergelijke interventie kunnen vaststellen door een vergelijking te maken met een controlegroep die geen interventie krijgt voorgelegd. Ook de ASAP-interventie van Flannery en collega's die in dit rapport een aantal malen naar voren komt is gebaseerd op critical incident stressmanagement. Derhalve is

voorzichtigheid met betrekking tot aanbevelingen op basis van de studies van Flannery vereist.

De werkgroep is echter wel van mening dat snelle opvang na een incident belangrijk is. Diverse onderzoeken geven ook aan dat ondanks dat posttraumatische stressklachten niet noodzakelijkerwijs afnemen door deze interventie (in sommige studies nemen ze zelf toe), deelnemers een hoge mate van tevredenheid tonen met deze interventie.

In dit kader wordt ook verwezen naar de richtlijn 'Psychosociale ondersteuning geüniformeerden'. In deze richtlijn komt eveneens naar voren dat er brede consensus is over het nut van het bieden van een steunende context na een schokkende gebeurtenis. Dit krijgt vaak vorm middels een georganiseerd collegiaal opvangteam, zoals ook in ASAP het geval is. In de genoemde richtlijn wordt een kader geschetst voor een zo generiek mogelijke vorm van collegiale ondersteuning na schokkende gebeurtenissen.

Naast de bovengenoemde overweging, nog een opmerking over de studies van Flannery en collega's. Een snelle search naar Flannery als auteur leverde geen enkele RCT op. Tevens werd geen enkele studie gevonden waarin interview- of surveydata gerapporteerd werden die aantonen dat ASAP stress-symptomen en dergelijke vermindert. Tevens is het belangrijk op te merken dat de samengevatte studies zich voornamelijk richten op situaties in de gezondheidszorg en detailhandel. Hoewel een aantal aspecten van de beschreven situaties universeel kunnen zijn, kan het raadzaam zijn om maatwerk toe te passen in specifieke situaties en/of branches.

In zijn algemeenheid staat het onderzoek naar effectieve interventies voor slachtoffers van agressie en geweld in de werksituatie nog in de kinderschoenen. Bovendien is de kwaliteit van de studies die tot nu toe naar dit onderwerp zijn gedaan in veel gevallen zeer matig. De werkgroep is van mening dat toekomstig onderzoek zich zou moeten richten op het ontwerpen en uitvoeren van RCT's om interventies die direct kunnen worden ingezet zodra een werknemer slachtoffer is geworden van agressie en geweld in de werksituatie veroorzaakt door externe partijen, te evalueren op hun effectiviteit.

In april 2010 zijn afspraken ingevoerd om te zorgen voor een eenduidige, effectieve en snelle aanpak en afhandeling van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak door de politie en het Openbaar Ministerie, de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA). De belangrijkste afspraken zijn:

- Aan zaken van geweld tegen publieke taken geven OM en politie hoge prioriteit.
- De politie neemt altijd de aangifte op.
- De werkgever kan zelf aangifte doen, als het om geweld tegen een werknemer gaat.
- Niet strafbaar agressief of gewelddadig gedrag waarvan geen aangifte kan worden gedaan wordt door de politie geregistreerd.
- Aangevers en getuigen kunnen bij de aangifte ervoor kiezen de adresgegevens van de werkgever op te geven. Het privé-adres staat dan niet in het proces-verbaal (domiciliekeuze).
- De politie en het OM koppelen terug wat er met een melding of aangifte gebeurt.

In het sjabloon voor de arbocatalogus, dat werd ontwikkeld in het kader van het programma 'Veilige Publieke Taak, worden acht maatregelen genoemd die de basis vormen van een effectief veiligheidsbeleid. Eén daarvan is het registreren van alle voorvallen van agressie en geweld tegen werknemers.

Door middel van het registreren van incidenten wordt niet alleen inzicht verkregen in het aantal incidenten, maar kan ook inzicht verkregen worden in de aard van de incidenten en de omstandigheden waaronder de incidenten zich voordeden. Op basis van deze informatie kunnen gerichte preventieve maatregelen genomen worden op organisatieniveau.

Aanbevelingen

Op basis van de beschikbare literatuur is de werkgroep van mening dat het voor organisaties zinvol is een protocol te ontwikkelen om gewelds- en agressie-incidenten te melden en aan elke melding een vervolg te geven in de zin van snelle en praktische steun voor het slachtoffer (zie bijvoorbeeld de ASAP interventie). De ASAP-interventie wordt aangeboden zodra een melding binnenkomt dat een medewerker agressief of met geweld werd bejegend door een extern persoon (patiënt, klant, enz.) (binnen 20 minuten). Vervolgens, indien hulp wordt geaccepteerd, gaat men een traject in van individuele crisis counseling (en/of groeps counseling) om zo snel mogelijk het fysieke en psychische welzijn van slachtoffers te verbeteren.

Wat betreft het meldingssysteem adviseert het Programma Veilige Publieke Taak (Rijksoverheid, 2008) bijvoorbeeld dat men vooraf bepaalt wanneer incidenten geregistreerd worden, wat er wordt geregistreerd (middels een agressieregistratieformulier) en worden er afspraken gemaakt over de registratieprocedure. De werkgroep meent dat iedere organisatie een dergelijke procedure zou moeten volgen.

De werkgroep adviseert organisaties te zorgen voor steun bestaande uit collega's en/of leidinggevenden die het slachtoffer na drie of vier weken na het incident vragen naar afname van klachten van herbeleving, verhoogde gevoeligheid voor prikkels van buiten en slaapproblemen in relatie tot het incident gedurende de eerste vier weken na het incident. Bij twijfel over de afname van klachten adviseert de werkgroep doorverwijzing naar de bedrijfsarts die vervolgens beoordeelt of er sprake is van dusdanige klachten dat verwijzing naar een psycholoog aan de orde is. De bedrijfsarts kan hierbij gebruik maken van de richtlijn angststoornissen waarin twee vragenlijsten voor de diagnose van PTSS genoemd: De *Schokverwerkingslijst* (Impact of Events Scale, IES, Horowitz et al., 1979; Brom et al, 1985) en de *Zelfinventarisatielijst PTSD* (ZIL, Hovens et al, 1994).

Daarnaast is de werkgroep van mening dat organisaties terughoudend dienen te zijn met debriefen en dit alleen te laten doen door iemand die gekwalificeerd is.

3. Interventies bij langdurige psychische nadelige gevolgen

Uitgangsvraag 3

Wat zijn de belangrijkste effectieve behandelingen voor de langdurige psychisch nadelige gevolgen van werknemers die slachtoffer zijn geworden van externe agressie en geweld in de werksituatie?

Met deze vraag is het de bedoeling te achterhalen welke aanpak ervoor kan zorgen dat slachtoffers van geweld die daarvan langdurige psychisch nadelige gevolgen ondervinden, terug kunnen keren naar de werksituatie.

De zoektocht naar relevante empirische studies heeft helaas geen artikelen opgeleverd die nuttig zijn voor de beantwoording van deze vraag.

Overige overwegingen

Er zijn diverse studies aanwezig die in het algemeen kijken naar de effectiviteit van post-traumatische stressbehandeling (zie bijvoorbeeld Hetrick et al., 2010; Wampold et al., 2010). Behandeling van posttraumatische stress is in diverse Nederlandse gezondheidsrichtlijnen beschreven, zoals bijvoorbeeld in de Multidisciplinaire richtlijn Update Angststoornissen (2009).

De richtlijnen gaan alle uit van drie mogelijke behandelstrategieën: Cognitieve gedragstherapie met desensitisatie protocollen, EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) en medicatie.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat het bij “hoog blootgestelde populaties” zinvol kan zijn om regelmatig (bijvoorbeeld jaarlijks) bij werknemers in een gespreksituatie te inventariseren of zij persoonlijk betrokken zijn geweest bij een agressie-incident en of ze daar nog klachten van hebben. Op basis van de inventarisatie (gericht preventief medisch onderzoek) kan medewerkers met klachten alsnog een consult met de bedrijfsarts worden aangeboden. De bedrijfsarts verricht nadere diagnostiek op basis van de Beroepsziekten richtlijn PTSS en verwijst zo nodig voor behandeling op basis van de NHG-standaard Angst en de Richtlijn Update Angstklachten.

Referenties

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193(1):44-50.
- Adler AA, Lits BT, Castro CA, Suvak M, Thomas JL, Burrell L et al. A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to US peacekeepers. *J Trauma Stress*. 2008;21(3):253-63.
- Anderson C. Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *J Prof Nurs*. 2006;22(5):289-95.
- Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs* 2010;19(17-18):2520-30.
- Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *J Adv Nurs*. 2000;31(3):668-80.
- Bayman PA, Hussain T. Receptionists' perceptions of violence in general practice. *Occup Med* 2007; 57: 492–498.
- Bowers L, Brennan G, Flood C, Lipang M, Oladapo P. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(2):165-72.
- Bowers L, Flood C, Brennan G, Allan T. A replication study of the city nurse intervention: reducing conflicts and containment on three acute psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(9):737-42.
- Brom D, Kleber R J. De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 1985;40: 164–168.
- Camerino D, Estry-Behar M, Conway P M, van der Heijden B I J M, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXTStudy: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Studies* 2008;45: 35–50.
- Campfield KM, Hills AM. Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *J Traumatic Stress* 2001;14(2), 327-340.
- Casteel C, Peek-Asa C. Effectiveness of crime prevention through environmental design (CPTED) in reducing robberies. *J Occup Environ Med*. 2000;18(4S): 99-115.
- Casteel C, Peek-Asa C, Greenland S, Chu LD, Kraus JF. A study of the effectiveness of a workplace violence intervention for small retail and service establishments. *J Occup Environ Med*. 2008;50(12):1365-70.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Slachtoffers agressie op het werk voelen zich minder gezond. Webmagazine 1 oktober 2012. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.

De Arbeidsinspectie. Agressie en geweld. Waar let de Arbeidsinspectie op? Den Haag: Arbeidsinspectie/Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2011.

Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry1 C, Le Nezet O, Conway P M et al. Violence risks in nursing—results from the European “NEXT” Study. *Occup Med* 2008;58: 107–114.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Foundation findings: Physical and psychological violence at the workplace.2010. Online available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/54/en/1/EF1054EN.pdf>

Everly G S, Mitchell JT. Critical incident stress management: Advanced group crisis interventions—A workbook. Ellicott City, MD: International Critical Incident Stress Foundation 2000.

Flannery RB Jr, Everly GS Jr, Eyer V. The assaulted staff action program (ASAP) and declines in assaults: a meta-analysis. *Int J Emerg Ment Health*. 2000;2(3):143-8.

Flannery RB Jr, Anderson E, Marks L, Uzoma LL. The assaulted staff action program (ASAP) and declines in rates of assault: Mixed replicated findings. *Psychiatr Q*. 2000 Summer;71(2):165-75.

Flannery RB Jr, Farley E, Rego S, Walker AP. Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 15-year analysis of the assaulted staff action program. *Psychiatr Q*. 2007 Mar;78(1):25-37.

Flannery RB Jr, LeVitre V, Rego S, Walker AP. Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20 year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatr Q*. 2011;82(1):11-21.

Gates D, Fitzwater E, Succop P. Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nurs Res*. 2005;54(2):119-27.

Graham K, Osgood DW, Zibrowski E, Purcell J, Gliksmann L, Leonard K et al. The effect of the safer bars programme on physical aggression in bars: Results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23(1):31-41.

Hahn S, Needham I, Abderhalden C, Duxbury JA, Halfens RJ. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(2):197-204.

Hershcovis MS, Barling J. Comparing victim attributions and outcomes for workplace aggression and sexual harassment. *J Appl Psychol*. 2010 Sep;95(5):874-88.

Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD007316.

Hogh A, Viitasara E. A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *Eur J Work and Organizat Psychol*2005;14: 291–313.

Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979;41(3):209-18.

Hovens JE, van der Ploeg HM, Bramsen I, Klaarenbeek MT, Schreuder JN, Rivero VV. The development of the Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90(3):172-83.

Hulshof CTJ. Introductie NVAB-richtlijnen. Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB 2009.

Inspectie SZW. Programmarapportage agressie en geweld 2009-2012. Den Haag: Inspectie SZW 2012.

Kessler SR, Spector, PE, Chang C-H, Parr A.D. Organizational violence and aggression: Development of the three-factor violence climate survey. *Work & Stress* 2008; 22(2): 108-124.

Kleber RJ, Mittendorff C. Opvang na schokkende gebeurtenissen. Stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2000; 55: 889-904.

Kok L, Hulshof C. Handleiding ontwikkeling richtlijnen in het kader van het TNO-project. Utrecht: NVAB, mei 2011.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Evidence-based richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepleden. Update: november 2007. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO2007.

Lawoko S, Soares J J F, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and Stress* 2004;18: 39–55.

Lipscomb J, McPhaul K, Rosen J, Brown JG, Choi M, Soeken K, Vignola V, Wagoner D, Foley J, Porter P. Violence prevention in the mental health setting: the New York state experience. *Can J Nurs Res.* 2006;38(4):96-117.

Loomis D, Marshall SW, Wolf SH, Runyan CW, Butts JD. Effectiveness of safety measures recommended for prevention of workplace homicide. *JAMA* 2008;287(8): 1011-1017.

McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public interest* 2003; 4(2): 45-79.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties: Programma Veilige Publieke Taak. Handreiking effectieve opvang na schokkende gebeurtenissen voor leidinggevenden en management. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2011.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Aangifte? Gewoon doen! Geweld tegen werknemers met een publieke taak. Een stappenplan voor aangiftebeleid. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2010.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Programma Veilige Publieke Taak. Sjabloon Arbocatalogus Agressie en Geweld. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2009.

Mueller S, Tschan F. Consequences of client-initiated workplace violence: the role of fear and perceived prevention. *J Occup Health Psychol.* 2011;16(2):217-29.

Neuman JH, Baron RA. Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *J Management* 1998; 24 (3): 391-419.

Nhiwatiwa FG. The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10(5):561-8.

Oostrom JK, van Mierlo H. An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. *Res Nurs Health* 2008;31(4):320-8.

Probst TM, Gold D, Caborn J. A preliminary evaluation of SOLVE: addressing psychosocial problems at work. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(1):32-42.

Richter D. Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2005.

Rijksoverheid (2009). Handboek agressie en geweld, Ministeries van Veiligheid en Justitie en Binnenlandse zaken. Online toegankelijk op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2008/03/12/handboek-agressie-en-geweld.html>.

Runyan CW, Zakocs RC, Zwerling C. Administrative and behavioral interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;18(4S), 116-127.

Schat A, Kelloway E K. Workplace violence. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. Frone (Eds.), *Handbook of workplace stress*. Thousand Oaks, CA: Sage 2005.

Steffgen G. Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *EurRevApplPsychol*2008; 58(4): 285-295.

Van den Bossche SNJ, Smulders PGW. De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden. Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.

Van den Bossche SNJ, Taris TW, Houtman ILD, Smulders PGW, Kompier MAJ. Workplace violence and the changing nature of work in Europe: Trends and risk groups. Eur J Work Organizat Psychol (in druk).

Van den Bossche S, Van der Klauw M, Ybema JF, de Vroome E, Venema A. Agressie op het werk. Ontwikkelingen, risico's, impact en behoefte aan maatregelen. TNO rapport, 2012 (R10252).

Wampold BE, Imel ZE, Laska KM, Benish S, Miller SD, Flückiger C et al. Determining what works in the treatment of PTSD. Clin Psychol Rev. 2010;30(8):923-33.

Wassel JT. Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. Safety Science 2009;47: 1049-1055.

Bijlage 1. Literatuur searches

Hieronder wordt per deelvraag de PICOS gerapporteerd alsmede de zoekstrategieën die gebruikt zijn in PUBMED en Web Of Science (WOS). Ter volledigheid: alleen Engelstalige en Nederlandstalige publicaties zijn meegenomen. Daarnaast was de literatuursearch beperkt tot en met het publicatiejaar 2000.

DEELVRAAG 1

- P werknemers in alle bedrijfstakken
- I maatregelen om agressie en geweld van buitenaf te voorkomen
- C enige andere maatregel, geen maatregel/placebo
- O preventie van agressie en geweld van buitenaf
- S (systematische reviews van) RCT's en vergelijkende cohortstudies

Zoekstrategie PUBMED

(training OR programs OR evaluation OR effective OR Program Development/Methods OR promotion OR reward OR punishment OR treatment)
AND (effect*[tw] OR control[tw] OR controls*[tw] OR controla*[tw] OR controle*[tw] OR controli*[tw] OR controll*[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
no intervention OR placebo intervention OR other intervention
AND
Violence OR Workplace Violence OR Aggression OR assault OR crime OR attack OR homicide OR murder OR victimization OR battery OR threatening OR Conflict(Psychology))
(1902 hits, 6 relevant)

Zoekstrategie WOS

(Violence OR Aggression OR assault OR rape OR crime OR attack OR homicide OR murder OR victimization OR battery OR threatening OR Conflict)
AND
(intervention OR training OR programs OR evaluation OR effective OR treatment)
AND
(workplace OR work*)
AND
Year Published=(2000-2012)
AND
(randomized controlled trial OR meta analysis)
(547 hits, 1 relevant)

DEELVRAAG 2

- P werknemers in alle bedrijfstakken die slachtoffer zijn geworden van agressie en geweld van buitenaf
- I maatregelen (op individueel niveau of organisatiebreed) die direct na een incident genomen kunnen worden om negatieve consequenties voor het slachtoffer zoveel mogelijk te beperken
- C enige andere maatregel, geen maatregel/placebo
- O psychologisch welzijn/ psychologische gezondheid
- S (systematische reviews van) RCT's en vergelijkende cohortstudies

Zoekstrategie PUBMED

(crisis intervention OR crisis management OR debriefing OR critical incident OR critical incident stress)

AND

((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh])))

AND

Violence OR Workplace Violence OR Aggression OR assault OR crime OR attack OR homicide OR murder OR victimization OR battery OR threatening OR Conflict(Psychology))

(17 hits, 2 relevant)

Daarnaast zijn diverse andere combinaties geprobeerd met:

((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]))

AND

("short term" OR "immediate" OR "first aid")

Dit leverde een aantal hits op, maar deze bleken bij nadere bestudering niet relevant.

Zoekstrategie WOS

(Violence OR Aggression OR assault OR crime OR attack OR homicide OR murder OR victimization OR battery OR threatening OR Conflict)

AND

(crisis intervention OR crisis management OR debriefing OR critical incident OR critical incident stress)

AND

(workplace OR work*)

AND

Year Published=(2000-2012)

AND

(randomized controlled trial OR meta analysis)

(11 hits, 0 relevant)

Van 5 artikelen zijn de samenvattingen gelezen op basis waarvan besloten is ze niet mee te nemen voor deze richtlijn. Deze artikelen waren voornamelijk gericht op het evalueren van crisis en trauma interventies in het algemeen, en hadden geen duidelijke relatie met externe agressie en geweld op de werkvloer.

DEELVRAAG 3

- P werknemers in alle bedrijfstakken die slachtoffer zijn geworden van agressie en geweld van buitenaf en die hiervan psychische gevolgen ondervinden.
- I interventies ter behandeling van langdurige psychische gevolgen van agressie en geweld
- C enige andere interventie, geen interventie/placebo
- O terugkeer in de werksituatie
- S (systematische reviews van) RCT's en vergelijkende cohortstudies

Zoekstrategie PUBMED

((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh])))

AND/OR

Violence OR Workplace Violence OR Aggression OR assault OR crime OR attack OR homicide OR murder OR victimization OR battery OR threatening OR Conflict(Psychology))

AND/OR

((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]))

AND/OR

(absenteeism AND long term)

AND/OR

absenteeism/prevention

AND/OR

absenteeism control

AND/OR

(Burnout, Professional/prevention & control[MAJR]) OR Burnout, Professional/psychology[MeSH Terms])

AND/OR

Fear/psychology[MAJR]

AND/OR

(return to work OR occupational rehabilitation)

AND/OR

(absenteeism AND long term)

AND/OR

(intervention OR training OR therapy OR counseling OR treatment)

AND/OR

(chronic anxiety OR anxiety OR trauma)

AND/OR

(long term OR follow up)

Van bovenstaande termen zijn verschillende combinaties gemaakt, om zoveel mogelijk relevante artikelen te kunnen achterhalen. Dit leverde verschillende hits op, in totaal zijn rond de 50 abstracts doorgenomen om te moeten constateren dat zij niet relevant zijn.

Zoekstrategie WOS

((Violence OR Aggression OR assault OR crime OR attack OR homicide OR murder OR victimization OR battery OR threatening OR Conflict))
AND
((intervention OR training OR therapy OR counseling OR treatment))
AND
((workplace OR work*))
AND
Year Published=(2000-2012)
AND
((return to work OR occupational rehabilitation))
AND
(randomized controlled trial OR meta analysis)

(31 hits, 0 relevant)

Verschillende combinaties van bovenstaande zoektermen is ook in WOS geprobeerd. Dit leverde geen extra relevante artikelen op.

Bijlage 2. Evidence-tabellen

Uitgangsvraag: 1. Welke interventies kunnen effectief voorkomen dat werknemers tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden slachtoffer worden van agressie en geweld door externe personen (cliënten, patiënten) waarmee de werknemer tijdens zijn werk in contact komt?										
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Casteel C, Peek-Asa, C. Effectiveness of crime prevention through environmental design (CPTED) in reducing robberies. American Journal of Preventive Medicine, 2000, 18(4S), 99-115.	B. Vergelijkend onderzoek (op meta-niveau)	Systematische review studie	26 studies, zowel gepubliceerd als ongepubliceerd. 2 sets van inclusiecriteria: 1) studies die een duidelijk afgebakend CPTED programma hebben geëvalueerd (of 1 component of tg een verordening); en een vergelijkingsperiode of groep; duidelijk aangegeven interventieperiode; gemeten overvalsrisico; en inclusief goed beschreven uitkomstmaten of genoeg ruwe data om een samenvattende maat te kunnen genereren. Tweede set was 2) evaluatie van een CPTED interventie; presenteert een basis uitkomst of trend				Verminderd risico op overval en verwondingen (inclusief moord)	In de meeste studies blijken de CPTED interventies efficiënt in de zin dat de kans op overvallen afneemt. De bewijzen aangaande het installeren van bewakingscamera's in combinatie met politie patrouille zijn ambivalent: niet alleen afname ook toename wordt gemeten.	Auteurs concluderen dat CPTED interventie in zijn algemeenheid een verminderd risico op overval en verwondingen tot gevolg heeft. Welke onderdelen van het CPTED interventieprogramma het meest effectief zijn, kan op basis van het huidige onderzoek niet worden geconcludeerd.	Slechts 1 van de studies had een gerandomiseerd experimenteel design. Veel studies hadden een pre-post interventie design waarbij een controlegroep miste, waardoor het onmogelijk was om de interventie onafhankelijk van veranderingen in extragene risico factoren (bijv. algemene criminaliteitstrends) te evalueren. Alle gerapporteerde studies zijn gedaan in de USA. Hoewel ook ongepubliceerde studies zijn meegenomen,

			statistiek zonder de details van de CPTED interventie en de vergelijkingsperiode of -groep. Verder zijn alleen Engelstalige artikelen meegenomen en buitengesloten zijn die studies die niet specifiek tot de detailhandel behoren.							bestaat de kans op positieve publicatie bias. Er kan sprake zijn van mindere motivatie om studies op te schrijven/te publiceren naarmate de resultaten onwelgevallig zijn.
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meet-Instrumenten	Uitkomsten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Casteel C, Peek-Asa C, Greenland S, Chu LD, Kraus JF. A study of the effectiveness of a workplace violence intervention for small retail and service establishments. J Occup Environ Med. 2008 Dec;50(12):1365-70.	B. Vergelijkend onderzoek, met controlegroep maar niet dubbelblind. Randomisatie	interventie studie met controlegroep gerandomiseerd	kleine ondernemingen (detailhandel en horeca.) 305 in interventiegroep, 96 in controlegroep	Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED). Minimum cash in kassa, goede zichtbaarheid naar binnen en buiten, goede verlichting, controleren toegangswegen, werknemers trainen (crime	baseline, 3 maanden na interventie en na 1 jaar (interventiegroep) alleen baseline voor controlegroep	the number of violent crimes occurring in each business over a 1-year period before and a 1-year period after delivery of the intervention program (for intervention businesses) and completion of the baseline assessment	# gewelddadige overvallen (niet fataal) gedurende 1 jaar voor en 1 jaar na de interventie (interventiegroep) en baseline assessment (controlegroep).	Bedrijven in interventiegroep met hoge interventietrouw hadden significant minder te maken met gewelddadige incidenten (36%) dan bedrijven in de controlegroep. Wat betreft gewelddadige overvallen (en pogingen daartoe) was het percentage zelfs 41% lager in interventiegetrouwe onderneming	CPTED interventieprogramma kan helpen om gewelddadige incidenten en overvallen te verminderen. Daarbij geldt dat interventietrouw een belangrijke voorwaarde is	Amerikaanse studie (LA)

				control, injury prevention), posten van beveiligingsplakkaten die aangeven dat er weinig cash is en dat werknemers geen toegang hebben tot kluis		(for control businesses).		vergeleken met ondernemingen uit de controlegroep.		
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Ostrom JK, van Mierlo H. An evaluation of an aggression management	C. Pre en post-test vergelijking; geen	Evaluatie studie (pre-interventie wordt vergeleken	Thuiszorgmedewerkers. T1: N=42, T2: N=38 en T3: N=27.	Agressie management training.	T1: voor de training; T2: direct na de	insight into assertiveness and aggression; ability to	Inzicht in assertiviteit en agressie. Vaardigheid om met	Significante stijging in uitkomsten door training (vergelijking T1	Training lijkt bij te dragen aan verbering van inzicht in en vaardigheden om	geen daadwerkelijk gedrag gemeten. NL sample.

<p>training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. Res Nurs Health. 2008 Aug;31(4):320-8.</p>	<p>controle groep</p>	<p>n met post-interventie) van een trainingsinterventie</p>			<p>training, en T3: 5 weken na de training.</p>	<p>cope with adverse working situations;</p>	<p>ongunstige en vijandige situaties op het werk om te gaan. Beide zelf geconstrueerd .</p>	<p>en T2) en dit effect bleef gehandhaafd tussen T2 en T3 voor inzicht, vaardigheden namen ook nog significant toe tussen T2 en T3. Effect size inzicht d=1,21. Effect size vaardigheden d=1,42.</p>	<p>met gewelddadige/agressieve situaties op het werk om te gaan (coping). Tevens wordt gesuggereerd dat de training resulteert in blijvende veranderingen in kennis en gedragingen gezien de blijvende verhoogde scores op de uitkomstvariabelen .</p>	
<p>Probst TM, Gold D, Caborn J. A preliminary evaluation of SOLVE: addressing psychosocial problems at work. J Occup Health Psychol. 2008 Jan;13(1):32-42.</p>	<p>C. Pre en post-test vergelijking; geen controle groep</p>	<p>Evaluatie studie (pre-interventie wordt vergeleken met post-interventie) van een opleiding/training</p>	<p>268 managers en stafmedewerkers uit 7 landen die deelnamen aan een SOLVE beleidsontwikkelingscursus (van 1 week). Uiteindelijk bleven 210 participanten over.</p>	<p>SOLVE educatie</p>	<p>Pre-test, direct voorafgaand aan de 1e cursusdag . Post-test direct na afloop van de laatste cursusdag .</p>	<p>Kennistest over alle domeinen van SOLVE. Zelf ontworpen.</p>	<p>Kennis (correcte antwoorden)</p>	<p>Significante toename in aantal correcte antwoorden van 68.7% op de pre-test naar 78.51% op de post-test.</p>	<p>SOLVE lijkt een effectief interventieprogramma voor het verbeteren van de kennis van werknemers over, onder andere, agressie op de werkvloer.</p>	<p>SOLVE domeinen zijn: Stress, Tabak, Alcohol & Drugs, HIV/aids en agressie en geweld op het werk. Deze interventie is ontwikkeld door de International Labour Organization van de VN.</p>

Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Graham et al. The effect of the safer bars programme on physical aggression in bars: Results of a randomized controlled trial. Drug and Alcohol Review (2004), 23, 31-41.	B. Vergelijkend onderzoek, met controle groep maar niet dubbelblind. Wel randomisatie	interventie studie met controlegroep gerandomiseerd	Café's en nachtclubs in Toronto met een capaciteit van meer dan 300 mensen die open waren tussen 00:00 en 02:00 uur op vrijdag en zaterdagavond. Originele steekproef was 126, uiteindelijk bleven er 30 over (18 in experimentele conditie, 12 in de controle conditie).	Safer Bars Intervention: bestaat uit een risico assessment werkboek en een 3 uur durende training voor de staf en de managers. Werkboek vraagt de bar eigenaar omgevingsfactoren zoals potentiële problemen gerelateerd aan het vloerplan van de bar en de rol van	Pre- en post interventie . Baseline verzamelt in winter-voorjaar 2000/2001 de interventie vond plaats in herfst/winter 2001/2002 en de postinterventiemeting vond plaats in winter-voorjaar 2002	Er is gebruik gemaakt van observaties. Getrainde observatoren documenteerden ieder agressieincident tijdens hun observatie in de bar (00:00-02:00 uur).	Aantal incidenten, onderverdeling in "severe" (slaan, schoppen) en "moderate" (duwen) fysieke agressie. Classificatie obv hoogste niveau schade voor staf en bezoekers. Ook nog kwalificatie van opzettelijkheid, waarbij huidige studie focust op opzettelijk handelen.	Café's in de controleconditie hadden minder fysieke agressieincidenten dan café's in de controleconditie.	In het algemeen, lijkt de interventie bij te dragen aan het verminderen van agressieve incidenten.	Resultaten zijn bescheiden, dus enige voorzichtigheid is geboden. Bescheiden effecten, aldus de auteurs, omdat er overall een lage frequentie van agressieve incidenten is. Onderzoek is gesubsidieerd door Amerikaans instituut (on Alcohol Abuse and Alcoholism) en het Centre for Addiction and Mental Health.

				omgevingsverwachtingen te indiceren. De training bespreekt veelvoorkomende typen agressie-incidenten, gedragingen van stafleden die voor escalatie zorgen en gedragingen die agressie voorkomen danwel de-escalaren.						
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Bowers, Flood, Brennan, & Allan. A replication study of the city nurse intervention: reducing conflicts and containment on three acute psychiatric wards. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2008, 15, 737-742.	C. Pre en post-test vergelijking; geen controle groep	Interventie studie ; geen randomisatie; er is een controle groep (remaining wards at the same hospital, 5 in total)	3 psychiatrische afdelingen (acute admissions) in Oost (East End) London	City nurses: increased staff's positive appreciating of patients, their skills in managing their own natural emotions, etc. Published earlier in Bowers	Continu. Eerste 3 maanden # incidenten als base line. Afdeling 1 : start baseline in juli 2004, start interventie in november	Patient-Staff Conflict Checklist Shift Report (PCC-SR): aantal conflicten en "containment" gedurende de dienst. Details van officiële gerapporteerde incidenten	rates of conflict and containment	een simpele vergelijking van voor- en nameting laat wel daling zien in conflict incident types (verbale agressie, etc.), maar wanneer controlegroep wordt toegevoegd blijven er geen significante	Resultaten ondersteunen niet dat de interventie succesvol is in de zin dat minder incidenten voorkomen	is een vervolg op de andere studie van Bowers et al verderop in deze lijst. Grote onduidelijkheid omtrent de controlegroep.

				2002; Bowers et al., 2006; Brennan et al., 2006, Flood et al., 2006). Interventie gebaseerd op action research.	2004, en studie afgerond in oktober 2004 (mogelijk typefout). Afdeling 2: start Juli 2004, start interventie oktober 2004, trok zich terug in juli 2005. Afdeling 3: start baseline in april 2005, start interventie in oktober 2005 en rondde project af in januari 2006	werd opgevraagd: geweld, weglopen (?), zelf verminking) en leeftijd, geslacht, en ICD-10 diagnose		resultaten over.		
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meet-momenten	Meet-Instrumenten	Uitkomst-maten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Abderhalden et al. Structured risk	B. Vergelijk	Interventie studie met	14 afdelingen deden mee. 5 hiervan wilden	Gestructureerde korte-	afdelingen verzameld	aantal incidenten	verandering in aantal	interventie verminderde	Interventie is relatief eenvoudig	aantal afdelingen wilden perse in

assessment and violence in acute psychiatric wards: a randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry, 2008, 193, 44-50.	end onderzoek, met controle groep maar niet dubbelblind. Randomisatie enigszins aanwezig. "Prospectieve multicentrische randomised waiting-list controlled trial"	controlegroep, enige randomisatie (zie opmerkingen)	perse in interventiegroep. Afdelingen voldeden aan volgende criteria: 1) meerderheid patiënten had acute psych stoornis, 2) patiënten werden direct opgenomen, 3) patiënten bleven gemiddeld korter dan 3 maanden op afdeling, 4) patiënten ouder dan 18 en jonger dan 65 jaar, en 5) afdeling liet alle patiënten toe, was niet gespecialiseerd voor behandeling van specifieke stoornissen.	termijn risico assessment voor iedere nieuwe patiënt gedurende de 1 ^e 3 dagen van opname. (BVC-CH) : verpleegkundigen raten patientgedragingen (in de ward, geïrriteerd etc.) en maken een subjectieve inschatting van het risico op geweld. Deze beoordelingen worden 2 maal daags plaats.	en baseline data gedurende eerste 3 maanden, daarna een 3 maanden durende interventie fase.	(SOAS-R)	incidenten	substantieel het aantal ernstige incidenten (41%) en ook de noodzaak voor coercive measures verminderde (27%).	en tegen lage kosten in te zetten, en lijkt bovendien te werken	interventieconditie. Verschillen in controle en interventie obv de baseline (meer agressie in interventiegroep).
Hahn, Needham, Abderhalden, Duxbury & Halfens. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. Journal of Psychiatric and	B. Pre en post-test vergelijking; controle groep	Quasi-experimentele studie: pretest & posttest op interventiegroep en controlegroep	39 verpleegkundigen op 6 afdelingen (acute psych) van 3 ziekenhuizen in het Duitssprekende gedeelte van Zwitserland	5 daagse agressie management training (24 lessen van 50 min)	T1: pre-test (1 week voor training) en T2: post-test (3 maanden na training)	Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS)	zie instrumenten	Geen significante verschillen in attitude verandering voor interventiegroep, controle groep bleef stabiel op metingen	Interventie was niet succesvol. Training in isolatie is niet voldoende om attitudes te veranderen (aldus auteurs)	

Mental Health Nursing, 2006. 13, 197-204.										
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Gates, Fitzwater & Succop (2005). Reducing assaults against nursing home caregivers. Nursing Research, 54 (2), 119-127.	B. Vergelijkend onderzoek, met controle groep maar niet dubbelblind. Niet duidelijk of er sprake was van randomisatie	Quasi-experimentele studie: pretest & posttest op interventie groep (nursing assistants in 3 tehuizen) en controlegroep (3 tehuizen)	Nursing assistants werkzaam in nursing homes (verzorgingstehuizen) in Ohio (USA): 6 stuks. Deze tehuizen waren 100-156 bedden groot, % dementerenden 60-76%, 28-37 nursing assistants en 14-29 voor verpleegkundigen. Alle NA's werkten full-time.	9 1 uur durende groepsessies (gebaseerd op sociale cognitieve theory)	3 meetmomenten: baseline, 1 week voor de interventie en 6 maanden na de interventie .	STAXI (state and trait anger), Demographic and Employment Questionnaire, The Knowledge and Self-Efficacy Survey.	zie instrumenten	Interventiegroep liet toename in kennis zien (op T3), geen significante veranderingen qua self efficacy. Ook geen verschillen tussen interventie groep en controle groep aangaande geweldspreventie vaardigheden. Ook geen effect van interventie op aantal incidenten.	Alleen korte termijn veranderingen (1 week na interventie) maar geen langdurige effecten (6 maanden na interventie)	Amerikaanse studie
Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. J Clin Nurs 2010	nvt	Integrative literature review							The weight of effort is still directed towards defining the phenomenon rather than addressing solutions. Studies that assessed the efficacy of a single intervention failed to take account of	

Sep;19(17-18):2520-30.									<p>context; and participatory context-driven studies failed to provide generalisable evidence. Concerted multi-site and multi-disciplinary, action-oriented research studies are urgently needed to provide an evidence base for the prevention and mitigation of violence perpetrated against emergency department nurses.</p>	
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Uitgangsvraag 2. Wat zijn de belangrijkste effectieve interventies die direct na extern geweld of agressie kunnen worden toegepast om de negatieve consequenties voor het slachtoffer te minimaliseren?										
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meet-momenten	Meet-Instrumenten	Uitkomst-maten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Lipscomb J, McPhaul K, Rosen J, Brown JG, Choi M, Soeken K, Vignola V, Wagoner D, Foley J, Porter P. Violence prevention in the mental health setting: the New York state experience. Can J Nurs Res. 2006 Dec;38(4):96-117.	Pre- en post interventie vergelijking	"natural experiment", mixed-method; evaluatiestudie. Controlegroep is aanwezig	Psychiatrische instellingen (3, USA)	<p>proactief geweld-preventie programma o.b.v. de OSHA richtlijnen; de studie maakte gebruik van een action research aanpak. De interventie omvatte 3 componenten: 1) ontwikkelen en ondersteunen van een instellingsbrede projectadviesgroep om een instellings-specifiek programma te ontwikkelen en te implementeren, 2) uitvoeren van een omvattende risico-assessment, en 3) ontwikkelen en implementeren van bruikbare aanbevelingen die voortvloeien uit de risico assessment. Vervolgens zitten er allerlei deelinterventies: trainen en opleiding van medewerkers; omgevings-survey; review van "injury" data; staf focus groepen. De drie instellingen die later werden geselecteerd als</p>	Het project duurde in totaliteit 4 jaar.	worksite analysis, staff focus groepen, baseline en post-interventie vragenlijst			Het programma is levensvatbaar en heeft positieve impact volgens auteurs. Perceptie van stafleden over de kwaliteit van management commitment en werknemers betrokkenheid bij preventie van geweld was toegenomen tov de baseline. Hoewel levensvatbaar volgens auteurs, zie ik geen bewijzen voor significante verschillen tussen interventiegroep en controlegroep (in survey resultaten) wat betreft afname in geweld en agressie	artikel is erg onduidelijk wat betreft maten etc. nadere bestudering is nodig

				vergelijkingsgroep, moesten ook het beleid invoeren maar kregen niet de extra hulp/begeleiding die de interventie organisaties wel kregen.						
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Bloot-stelling	Meet-momenten	Meet-Instrumenten	Uitkomst-maten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. J Adv Nurs. 2000 Mar;31(3):668-80.	B. Vergelijk end onderzoek, met controle groep maar niet dubbelblind. Randomisatie.	Interventie studie met controlegroep	Staf van 47 gezondheidszorg instellingen (eerste hulp; geriatrie; psychiatrie & thuiszorg; Zweden), random toegewezen aan interventie of controlegroep.	Implementatie en evaluatie van praktische interventie: VIF (Violence Instruction Form) + gestructureerde feedback waarbij omstandigheden aangaande geregistreerde incidenten regelmatig werden besproken met de staf in de interventie conditie. Feedback verzorgt door instellingen zelf obv geschreven richtlijnen. In totaal in interventieconditie zijn er 103 van dergelijke bijeenkomsten gehouden.	Baseline vragenlijst en een follow-up vragenlijst 12 maanden later; invullen Violence Instruction Forms 12 maanden	Percepties stafleden	bewustwording (awareness) van risicovolle situaties; vermijden of uitstellen potentieel gevaarlijke situatie; hoe het best om te gaan met geweld situatie	Interventiegroep: betere bewustwording aangaande risicovolle situaties; beter om te gaan met mogelijk gevaarlijke situaties; beter weten hoe om te gaan met iemand die agressief gedrag vertoont	Staf in de interventie conditie gaven aan maar alert te zijn op geweldsrisicovolle situaties en meer kennis hadden vergaard over hoe met deze situaties om te gaan. Echter, er werden een jaar later geen significante verschillen gevonden tussen de groepen aangaande de hoeveelheid geweld.	redelijke uitval op T2 tov T1: slecht 68% respons op 2e meetmoment. In de interventiegroep was de respons 52%; in de controlegroep 82%.
Flannery RB Jr, Everly GS Jr,	nog onzeker/	meta-		Assaulted Staff Action						artikel is besteld.

Eyler V. The assaulted staff action program (ASAP) and declines in assaults: a meta-analysis. Int J Emerg Ment Health. 2000 Fall;2(3):143-8.	onbekend	analyse		Program (ASAP).						
Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. J Adv Nurs. 2000 Mar;31(3):668-80.	B. Vergelijkend onderzoek, met controle groep maar niet dubbelblind. Randomisatie.	Interventiestudie met controlegroep	Staf van 47 gezondheidszorginstellingen (eerste hulp; geriatrie; psychiatrie & thuiszorg; Zweden), random toegewezen aan interventie of controlegroep.	Implementatie en evaluatie van praktische interventie: VIF (Violence Instruction Form) + gestructureerde feedback waarbij omstandigheden aangaande geregistreerde incidenten regelmatig werden besproken met de staf in de interventieconditie. Feedback verzorgd door instellingen zelf obv geschreven richtlijnen. In totaal in interventieconditie zijn er 103 van dergelijke bijeenkomsten gehouden.	Baseline vragenlijst en een follow-up vragenlijst 12 maanden later; invullen Violence Instruction Forms 12 maanden	Percepties stafleden	bewustwording (awareness) van risicovolle situaties; vermijden of uitstellen potentieel gevaarlijke situatie; hoe het best om te gaan met geweld situatie	Interventiegroep: betere bewustwording aan gaande risicovolle situaties; beter omgaan met mogelijk gevaarlijke situaties; beter weten hoe omgaan met iemand die agressief gedrag vertoont	Staf in de interventieconditie gaf aan meer alert te zijn op geweldsrisicovolle situaties en meer kennis te hebben vergaard over hoe met deze situaties om te gaan. Echter, er werden 1 jaar later geen significante verschillen gevonden tussen de groepen aangaande de hoeveelheid geweld.	redelijke uitval op T2 tov T1: slecht 68% respons op 2e meetmoment. In de interventiegroep was de respons 52%; in de controlegroep 82%.
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomsten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Nhiwatiwa FG. The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in	B. Vergelijkend onderzoek, met controle groep maar niet	Korte interventiestudie: interventiegroep vergeleken met controlegroep.	Verpleegkundigen werkzaam bij 4 'medium security' ziekenhuizen in England & Wales (UK) die tijdens	Korte interventie bestaande uit het lezen van een educatieve brochure over de effecten van trauma en coping mechanismen. Voor de interventie wordt verwezen naar Rose et al. (1999).	Bij beide groepen is eerst een vragenlijst afgenomen om IES en GHQ-28 te meten.	IES (Impact of Events Scale) en de GHQ-28 (General Health Questionnaire)	IES	Geen verschil in IES op baseline test. Interventiegroep rapporteerde gemiddeld hogere scores voor angst	Interventie lijkt IES te verhogen in plaats van te verminderen.	Kleine steekproef. "toediening" interventie buiten zicht van onderzoeker-> geen grip op het feit of respondenten het

medium secure settings. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003 Oct;10(5):561-8.	dubbelblind	Participant en werden random toegewezen aan interventie of controleconditie	hun werk door patiënten waren lastig- of aangevallen tussen dec 2000 en mei 2001. Verpleegkundigen werden achterhaald dmv incident rapport data. Dit leverde 90 verpleegkundigen op; uiteindelijk participeerd en 40 respondenten.		Vervolgens kreeg interventie groep de brochure. Drie maanden later werd bij beide groepen opnieuw IES en GHQ-28 gemeten.			vergeleken met controlegroep, na de interventie.		lezen of niet.
Flannery, Anderson, Marks, & Uzoma. The assaulted staff action program (ASAP) and declines in rates of assault: Mixed replicated findings. Psychiatric Quarterly, 2000, 71 (2), 165-175.	C. Pre en post-test vergelijking; geen controlegroep	Evaluatie studie, voor- en nameting	3 populaties: ASAP in een community residence (CR), in a community mental health center (CMHC), and in an intermediate /extended care facility (IECF).	ASAP	Baseline gevormd door incidenten 12 maanden voor ASAP van start ging, vervolgens 12 maanden zodra ASAP van start ging.	ASAP report	aantal assaults (incidenten)	Geen afname qua assaults in CR en CMHC na invoering van ASAP. Na verwijdering outlier, wel bij IECF, een significante daling	zie resultaten	
Publicatie	Mate van	Type	Populatie	Blootstelling	Meet-momen-	Meet-	Uitkomst-	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen

	bewijs	studie			ten	Instru- menten	maten			
Campfield, K.M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. Journal of Traumatic Stress, 14(2), 327-340.	B. Vergelijkend onderzoek, twee condities. Random toewijzing aan condities, maar wordt niet inzichtelijk hoe dat is gebeurd.	Experimentele studie met 2 condities: 1) psychologische debriefing binnen 10 uur na incident (n=36) en 2) psychologische debriefing na tenminste 48 uur na het incident (n=41)	Australische werknemers die blootgesteld zijn aan een overvalsituatie op het werk waarbij ze niet fysiek gewond zijn geraakt en waarbij geen vuurwapens in het spel waren. Potentiële respondenten waren cliënten van de Nationale Trauma Kliniek in Sydney. Uiteindelijk participeerden 77 mensen.	Psychologische debriefing sessie	4 meetmomenten: direct na afloop van de debriefing, 2 dagen na de debriefing, 4 dagen na de debriefing, en 2 weken na het incident	Posttraumatische Stress Diagnostic Scale (PDS) (Foa, 1995). Deze schaal bestaat uit 4 delen. Deel 1 en 2 bevroegt informatie over het incident, verstrekken tijd sinds het incident, fysieke verwondingen, en of levensbedreigingen zijn gemaakt. In deel drie wordt de respondent gevraagd welke van de 17 symptomen ervaren wordt. Deel vier bevat items gerelateerd aan iemands functioneren en vragen de respondent	Aantal symptomen en ernst van de symptomen	Respondenten in de onmiddellijke debriefing conditie rapporteerden minder symptomen en de ernst van de symptomen was ook lager dan de respondenten in de uitgestelde debriefing conditie. Er was een effect van tijd: er is een duidelijke afname waar te nemen in aantal symptomen en ernst van de symptomen voor participanten in de onmiddellijke debriefing conditie, niet voor participanten in de uitgestelde debriefing conditie	Onmiddellijke debriefing na een overval levert voordelen op in de zin dat het aantal symptomen en de ernst van de symptomen duidelijk afnam gedurende de follow up metingen. De debriefing die pas na 48 uur op gang kwam had slechts een marginaal effect op de afname in aantal en ernst van de symptomen	Externe validiteit is beperkt, conclusies hebben alleen betrekking op mensen die slachtoffer waren van een overvalsituatie op het werk, waarbij ze geen fysieke verwondingen hebben opgelopen en waarbij geen vuurwapens in het spel waren. De metingen zijn gestopt twee weken na het incident, dus er kan niets worden gezegd over de relatie met de ontwikkeling van PTSS op een later tijdstip. Interne validiteit wordt bedreigd doordat 1e auteur ook de debriefing sessies heeft geleid, waarbij experimenter bias mogelijk een rol kon spelen. Daarnaast is het zo dat een geen behandeling

						aan te geven in hoeverre een bepaald aspect van het leven is verstoord.				controle groep mist.
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meetmomenten	Meetinstrumenten	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Adler, A.A., Lits, B.T., Castro, C.A., Suvak, M., Thomas, J.L., Burrell, L., McGurk, D., Wright, K.M., & Bliese, P.D. (2008). A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to US peacekeepers. <i>Journal of Traumatic Stress</i> , 21(3), 253-263.	group RCT	RCT, met controlegroep. Randomisatie op peloton niveau.	952 Amerikaanse militairen die op vredesmissie in Kosovo waren geweest namen deel aan deze studie.	3 condities: 1) critical incident stress debriefing, 2) stress management training, 3) controlegroep zonder interventie (wel vragenlijsten)	Voormeting, en twee follow up metingen	Peacekeeping Event Scale (PES), Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL), Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D), Conflict Tactics Scale (CTS), Alcohol Users Disorder Identification Test (AUDIT), Perceived Organizational Support scale (POS), Subjective Units of Distress	zie hiernaast		In zijn algemeenheid konden auteurs niet vaststellen dat CISD tot een afname in PTSS symptomen leidt, vergeleken met de controlegroep. Alleen voor soldaten met een hoge PTE score, bleek de CISD conditie gunstig in de zin dat de ernst van de symptomen iets daalde in vergelijking met de stress management training conditie. In de CISD conditie werd een afname gemeten in agressief gedrag ten opzichte van de controlegroep, maar alleen wat betreft de voormeting ten opzichte van de laatste nameting. In de CISD conditie	Zoals gebruikelijk bij een studie over meerder meetmomenten, heeft ook deze studie last van grote uitval. Ten tijden van de voormeting zijn er 952 respondent, ten tijde van de 1e follow up zijn dat er 614, en tijdens de 2e follow up zijn dat er nog 276. Daarnaast rapporteerden respondenten vrij weinig potentieel traumatische gebeurtenissen te hebben meegemaakt, dus debriefing kan nuttig zijn voor diegenen die wel een traumatische gebeurtenis

						Scale (SUDS), OMRON wrist blood pressure monitor is gebruikt om de hartslag te meten, en nog wat items om de houding ten opzichte van de interventies te meten.			was de AUDIT score iets hoger dan de twee andere condities ten tijde van de eerste follow-up meting. Maar al deze effecten hebben kleine effect sizes.	hebben meegemaakt terwijl het effect ervan discutabel of verwaarloosbaar is voor diegenen die dat niet hebben meegemaakt.
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meet-momenten	Meet-Instrumenten	Uitkomst-maten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Flannery, LeVitre, Rego, & Walker (2011). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20 year analysis of the Assaulted Staff Action Program. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 82, 11-21.	C. Niet vergelijkend onderzoek (geen controle groep; alleen vergelijkend onderzoek over tijd)	Retrospectief	werknemers in de geestelijke gezondheidszorg (USA) (1417 mannen, 1440 vrouwen)	Assaulted Staff Action Program: "psychologische 1e hulp". ASAP team lid wordt gewaarschuwd als incident gebeurt. Gaat naar de situatie en biedt hulp aan. Als geaccepteerd door het slachtoffer, dan gaat met een traject in om de drie domeinen van fysieke en geestelijke gezondheid te herstellen: reasonable mastery, links to supportive caring attachments, the ability to make meaningful sense of		ASAP report forms: type "assault", injury coding, severity van assault. Coding gebeurt door ASAP teamlid.		slachtoffers die deelnamen aan ASAP lieten een afname zien (1, 3 en 10 dagen follow up) wat betreft verstoringen in de volgende domeinen: mastery, attachment, meaning, physical, intrusive and/or avoidant	ASAP lijkt slachtoffers te helpen. Persoonlijk herstel en functioneren in het werk blijkt in het algemeen na drie interventiebijeenkomsten. Hoewel opgemerkt moet worden dat niet iedereen herstelde (vooral diegenen die een historie hadden wat betreft agressie en geweld).	generaliseerbaarheid is betrekkelijk. Geen vergelijking wat betreft psychisch functioneren en andere zaken tussen slachtoffers die ASAP hebben gevolgd versus slachtoffers die dat niet hebben gedaan. Onduidelijk hoe uitkomsten

				what happened				trauma symptoms.		gemeten worden.
Flannery, Farley, Rego & Walker (2007). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 15-year analysis of the assaulted staff action program. Psychiatric Quarterly, 78, 25-37	C. Niet vergelijkend onderzoek (geen controle groep; alleen vergelijkend over tijd)	Retrospectief	werknemers in de geestelijke gezondheidszorg (USA) (1071 mannen, 1049 vrouwen)	Assaulted Staff Action Program: "psychologische 1e hulp". ASAP team lid wordt gewaarschuwd als incident gebeurt. Gaat naar de situatie en biedt hulp aan. Als geaccepteerd door het slachtoffer, dan gaat met een traject in om de drie domeinen van fysieke en geestelijke gezondheid te herstellen: reasonable mastery, links to supportive caring attachments, the ability to make meaningful sense of what happened		ASAP report forms: type "assault", injury coding, severity vd assault. Coding gebeurt door ASAP teamlid.		slachtoffers die deelnamen aan ASAP lieten een afname zien (1, 3 en 10 dagen follow up) wat betreft verstoringen in de volgende domeinen: mastery, attachment, meaning, physical, intrusive and/or avoidant trauma symptoms.	ASAP lijkt slachtoffers te helpen. Persoonlijk herstel en functioneren in het werk blijkt in het algemeen na drie interventiebijeenkomsten. Hoewel opgemerkt moet worden dat niet iedereen herstelde (vooral diegenen die een historie hadden wat betreft agressie en geweld).	generaliseerbaarheid is betrekkelijk. Geen vergelijking wat betreft psychisch functioneren en andere zaken tussen slachtoffers die ASAP hebben gevolgd versus slachtoffers die dat niet hebben gedaan. Onduidelijk hoe uitkomsten gemeten worden.

Uitgangsvraag 3: Wat zijn de belangrijkste effectieve behandelingen voor de langdurige psychisch nadelige gevolgen van werknemers die slachtoffer zijn geworden van externe agressie en geweld in de werksituatie?										
Publicatie	Mate van bewijs	Type studie	Populatie	Blootstelling	Meet- mo- men- ten	Meet- Instru- men- ten	Uit- komst- maten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen
Flannery, LeVitre, Rego, & Walker (2011). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20 year analysis of the Assaulted Staff Action Program. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 82, 11-21.	C. Niet vergelijkend onderzoek (geen controle groep; alleen vergelijkend over tijd)	Retro-spectief	werknemers in de geestelijke gezondheidszorg (USA) (1417 mannen, 1440 vrouwen)	Assaulted Staff Action Program: "psychologische 1e hulp". ASAP team lid wordt gewaarschuwd als incident gebeurt. Gaat naar de situatie en biedt hulp aan. Als geaccepteerd door het slachtoffer, dan gaat met een traject in om de drie domeinen van fysieke en geestelijke gezondheid te herstellen: reasonable mastery, links to supportive caring attachments, the ability to make meaningful sense of what happened		ASAP report forms: type "assault", injury codering, severity vd assault. Codering gebeurt door ASAP teamlid.		slachtoffers die deelnamen aan ASAP lieten een afname zien (1, 3 en 10 dagen follow up) wat betreft verstoringen in de volgende domeinen: mastery, attachment, meaning, physical, intrustive and/or avoidant trauma symptoms.	ASAP lijkt slachtoffers te helpen. Persoonlijk herstel en functioneren in het werk blijkt in het algemeen na drie interventiebijeenkomsten. Hoewel opgemerkt moet worden dat niet iedereen herstelde (vooral diegenen die een historie hadden wat betreft agressie en geweld).	generaliseerbaarheid is betrekkelijk. Geen vergelijking wat betreft psychisch functioneren en andere zaken tussen slachtoffers die ASAP hebben gevolgd versus slachtoffers die dat niet hebben gedaan. Onduidelijk hoe uitkomsten gemeten worden.
Flannery, Farley, Rego & Walker (2007). Characteristics of pschiatric patient assaults: 15-year analysis of the assaulted staff action program. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 78, 25-	C. Niet vergelijkend onderzoek (geen controle groep; alleen vergelijkend over tijd)	Retro-spectief	werknemers in de geestelijke gezondheidszorg (USA) (1071 mannen, 1049 vrouwen)	Assaulted Staff Action Program: "psychologische 1e hulp". ASAP team lid wordt gewaarschuwd als incident gebeurt. Gaat naar de situatie en biedt hulp aan. Als geaccepteerd door het slachtoffer, dan gaat met een traject in om de drie domeinen van fysieke en geestelijke gezondheid te		ASAP report forms: type "assault", injury codering, severity vd assault. Codering gebeurt door		slachtoffers die deelnamen aan ASAP lieten een afname zien (1, 3 en 10 dagen follow up) wat betreft verstoringen in de volgende domeinen: mastery, attachment, meaning, physical, intrustive and/or avoidant trauma	ASAP lijkt slachtoffers te helpen. Persoonlijk herstel en functioneren in het werk blijkt in het algemeen na drie interventiebijeenkomsten. Hoewel opgemerkt moet worden dat niet	generaliseerbaarheid is betrekkelijk. Geen vergelijking wat betreft psychisch functioneren en andere zaken tussen slachtoffers die ASAP hebben gevolgd versus

37				herstellen: reasonable mastery, links to supportive caring attachments, the ability to make meaningful sense of what happened		ASAP teamlid.		symptoms.	iedereen herstelde (vooral diegenen die een historie hadden wat betreft agressie en geweld).	slachtoffers die dat niet hebben gedaan. Onduidelijk hoe uitkomsten gemeten worden.
----	--	--	--	---	--	---------------	--	-----------	--	---

Bijlage 3. EBRO systematiek

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit 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 cohort onderzoek 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 patiënt-controle onderzoek, 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 cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Tabel 2. Niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies

1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden

Bijlage 4. Overzicht belangenverklaringen

Overzicht van belangen bij commerciële bedrijven van de leden van de kerngroep en de projectgroep

De leden van de kerngroep hebben verklaard in de laatste drie jaar onderstaande activiteiten te hebben uitgevoerd op uitnodiging van of met subsidie/sponsoring in relatie tot het onderwerp van de richtlijn.

Naam	Activiteiten
dr. S. (Sonja) Rispens	Geen.
prof.dr. T. W. (Toon) Taris	Geen.
dr. L. (Linda) Kok	Geen.
drs. H. (Harry) Tweehuysen	Geen.

De leden van de projectgroep hebben verklaard in de laatste drie jaar onderstaande activiteiten te hebben uitgevoerd op uitnodiging van of met subsidie/sponsoring in relatie tot het onderwerp van de richtlijn.

Naam	Activiteiten
drs. S.N.J. (Seth) van den Bossche	Geen.
drs. A. (Alex) Gouw	Geen.
ir. S. (Saskia) Gorissen	Geen.
drs. J. (Jaap) Dogger	Geen.
C. (Cecile) van der Velde MWO CMC	Geen.

Bijlage 5. Afkortingen

ASAP	“Assaulted Staff Action Program”
BA&O	Beroepsvereniging voor Arbeids- en Organisatiedeskundigen
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CISD	“Critical Incident Stress Debriefing”
CPTED	“Crime Prevention Through Environmental Design”
EBRO	Evidence-based richtlijnontwikkeling
NA	“nursing assistant”
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVvA	Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne
NVVK	Nederlandse Vereniging van Veiligheidskundigen
PTSS	posttraumatische stress stoornis
RCT	“randomized controlled trial”
SOLVE	S tress, T obacco, A lcohol and D rugs, H IV/ A IDS, and V iolence
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Bijlage 6. Aandachtspunten agressiebeleid

In de flyer die in 2011 door de Arbeidsinspectie (sinds 1 januari 2012 Inspectie SZW) is samengesteld worden 11 maatregelen genoemd die de Inspectie noodzakelijk vindt voor een goed agressiebeleid (Arbeidsinspectie 2011).

Deze maatregelen zijn:

1. Heeft u de risico's op het gebied van agressie en geweld in kaart gebracht?
2. Heeft u een procedure om incidenten te melden, registreren en analyseren?
3. Geeft u uw medewerkers voorlichting, instructie en training over agressie en geweld?
4. Heeft uw organisatie een protocol voor agressie en geweld?
5. Heeft u huisregels opgesteld, waaraan bezoekers en cliënten zich moeten houden?
6. Heeft u afdoende organisatorische en personele maatregelen getroffen?
7. Heeft u voldoende voorzieningen getroffen om agressie en geweld tegen te gaan?
8. Is er een goed werkend alarmsysteem met een adequate alarmprocedure?
9. Is er een regeling voor opvang, ondersteuning en nazorg na een incident?
10. Heeft u een regeling gericht op het aanpakken van de dader of daders?
11. Evalueert u periodiek uw beleid en maatregelen tegen agressie en geweld?

Bijlage 7. Performance-indicatoren

Performance indicatoren zijn meetbare programmatische of normatieve aspecten die door de kern- en projectgroep vanuit de inhoud van de richtlijn erg belangrijk worden gevonden.

1. Preventie

ADVISEREN OVER PASSENDE INTERVENTIES:

- a. Nadat ik om advies gevraagd werd bij maatregelen ter preventie van agressie en geweld, heb ik eerst geïnventariseerd welke maatregelen de werkgever al getroffen heeft. *JA/NEE*
- b. Vervolgens heb met de werkgever over aanvullende maatregelen overlegd. *JA/NEE*
- c. Ik heb daarna een combinatie van omgevings- en organisatorische maatregelen geadviseerd. *JA/NEE*
- d. Ik heb vervolgens specifieke interventies overwogen, zoals de Safer Bars-interventie in de horeca of korte termijn risico inschattingen. *JA/NEE/Nvt*
- e. Ik heb daarnaast algemene interventies overwogen zoals verhoging van de kwaliteit van de dienstverlening of verlaging van de psychosociale arbeidsbelasting. *JA/NEE/Nvt*

2. Na een incident

(VASTLEGGEN VAN) HANDELEN NA EEN INCIDENT:

- a. Ik heb de werkgever geadviseerd om een protocol te ontwikkelen voor het melden van incidenten. *JA/NEE*
- b. Ik heb de werkgever geadviseerd elke melding van een incident te registreren in een register. *JA/NEE*
- c. Ik heb de werkgever geadviseerd aan elke melding van agressie- en geweldsincidenten een vervolg te geven in de zin van snelle en praktische steun van collega's en/of leidinggevenden aan het slachtoffer. *JA/NEE*
- d. Ik heb de werkgever geadviseerd om slachtoffers bij twijfel over de afname van de klachten te verwijzen naar de bedrijfsarts voor ondersteuning en/of verwijzing naar een psycholoog. *JA/NEE*

3. Langdurig nadelige psychische gevolgen

HANDELEN BIJ (HET VOORKOMEN VAN) LANGDURIGE PSYCHISCH GEVOLGEN:

- a. Wanneer sprake is van werknemers in 'hoog blootgestelde populaties' heb ik de werkgever in overweging gegeven om regelmatig te inventariseren of de werknemers persoonlijk betrokken zijn geweest bij een incident en of ze daarvan (late) gevolgen ondervinden. *JA/NEE*
- b. Wanneer een medewerker klachten aangeeft bij deze inventarisatie heb ik geadviseerd om een consult aan te bieden bij de bedrijfsarts (voor diagnostiek en/of verwijzing). *JA/NEE*
- c. In het geval ik als bedrijfsarts te maken heb gehad met een medewerker met late gevolgen na een incident van agressie en geweld, heb ik diagnostiek verricht op basis van de beroepsziekten richtlijn PTTS. *JA/NEE/Nvt*
- d. In het geval ik als bedrijfsarts te maken heb gehad met een medewerker met late gevolgen na een incident van agressie en geweld, heb ik de medewerker verwezen op basis van de NHG Standaard en multidisciplinaire richtlijn Angst(klachten). *JA/NEE/Nvt*

Bijlage 8. Commentatoren

De conceptteksten van richtlijn en achtergronddocument zijn ter commentaar voorgelegd aan inhoudelijk experts en aan een aantal praktiserende leden van de BA&O, NVAB, NVvA, NNVG: de betrokken beroepsverenigingen. Van onderstaande 22 professionals uit de betrokken beroepsgroepen is commentaar ontvangen en verwerkt alsmede van zes experts.

1. Leden betrokken beroepsverenigingen

BA&O

- R. van Bronckhorst
- A. Diepraam
- M. Hermse
- A. Ridderbos
- S. Ronner
- M. Vermeer
- M.D. Vermeij
- C. Verschuren

NVAB

- E.D. Kubbinga
- B. Perkovic
- A. van de Plas
- A. Verhoeven

NVvA

- H. van den Born
- L. Dijkstra
- M. van Rooij
- J. Tan

NNVK

- C. Arts
- A. Kamps
- E.Louwerse
- A. Vonk
- P. Verstralen
- W. Wallet

2. Experts

- E.R. Abrahams
- H. Heitkönig
- S.H. Lo Fo Wong, UMC St radboud Nijmegen
- R. van der Sluys, ministerie SZW
- T. Smid, VUmc
- H. Steensma, Institute for Psychological Research Leiden University