

prof.dr. B.P.R. Gersons
N.R.R. Burger MSc

Blauwdruk

Mentale Zorglijn

Politie

prof.dr. B.P.R. Gersons
N.R.R. Burger MSc

Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie

Advies van prof.dr. Berthold P.R. Gersons

Arq Psychotrauma Expert Groep
Diemen

December 2012

Colofon

Leden projectgroep

prof.dr. Berthold P.R. Gersons

prof.dr. Ger M. Koole

drs. Marian Strating

dr. Annika S. Smit

dr. Marie-Christine J. Plat

Nils R.R. Burger MSc

Redactie

Dr. Mieke de Waal, Geldermalsen

Ontwerp

Stephan Csikós, Den Haag

Druk

Impressed druk en print, Pijnacker

Aanbiedingsbrief

Aan de minister van Veiligheid en Justitie, de korpschef van de Nationale Politie in oprichting en de directeur van het landelijk Programma Versterking Professionele Weerbaarheid,

3

De aandacht voor de grote risico's van het politiewerk is de laatste jaren toegenomen. Hetzelfde geldt voor de belasting in verwante werkzaamheden: bij de brandweer, op de ambulance, uitgezonden voor een militaire missie. De minister van Veiligheid en Justitie heeft in zijn ontwerp voor een Nationale Politie – gesteund door de politievakbonden en de Raad van Korpschefs – laten weten politiemensen te willen helpen hun zware en moeilijke werk beter te kunnen uitvoeren door hun weerbaarheid te vergroten. Hiervoor is het programma 'Versterking Professionele Weerbaarheid' in het leven geroepen. Naarmate agenten weerbaarder zijn, zijn ze beter bestand tegen de stress van het werk en ook van hun verdere leven. Helaas betekent dit niet dat zij nooit meer psychische problemen zullen hebben. Het advies dat nu voor u ligt, betreft een deelaspect van het weerbaarheidsprogramma en richt zich op een betere zorg voor al die politiemedewerkers met wie het niet goed gaat en die daardoor hun politiewerk niet meer naar behoren kunnen doen. Het advies draagt als titel: *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie.*

Posttraumatische stress en steun van collega's

In 2005 mocht ik een Blauwdruk voor de psychische zorg voor militairen uitbrengen.¹ De opdracht om nu een Blauwdruk voor de mentale zorg voor de politie te ontwikkelen heb ik vanuit de Arq Psychotrauma Expert Groep gaarne op mij genomen als sluitstuk van 32 jaar betrokkenheid bij vooral het wee van de politie in Nederland.

Die betrokkenheid begon in 1980, toen politieagenten in Amsterdam die schietincidenten hadden meegemaakt, mij om hulp vroegen. Velen van hen hadden een jaar na het incident een slechte beoordeling van hun chef gekregen. Daar waren ze boos over en ze begrepen het ook niet. Ze voelden zich juist heldhaftig, hadden er soms nog lichamelijke gevolgen aan overgehouden, en kregen dan toch op hun kop. In gesprekken met de groep werd mij duidelijk, dat deze agenten sinds het incident verhoogd waakzaam waren gebleven, alsof het schieten zo weer kon starten. Het was alsof zij een groot deel van hun aandacht steeds moesten richten op mogelijk gevaar, dat alsmaar niet plaatsvond. Minder belangrijke zaken in hun werk leverden snel irritatie op: ze waren gauw ontstemd en reageerden wantrouwig en soms agressief op burgers. Dat laatste was de oorzaak van hun negatieve beoordelingen. Ook vergeetachtigheid en slaapgebrek lieten hen fouten maken in hun werk. Het bleek dat tweederde van deze politiemedewerkers last had van de toen net in de psychiatrie geïntroduceerde 'post-traumatische stress stoornis' (PTSS).

Mijn contact met deze politieagenten betekende ook mijn kennismaking met PTSS. Samen met deze agenten en met destijds de chef personeel Jelle Kuiper – de latere, veel te vroeg overleden hoofdcommissaris van de Amsterdamse politie – hebben we het eerste zelfhulpteam na schietincidenten in Nederland opgericht. Ik citeer daarover uit een artikel dat ik in 1984 schreef voor het Algemeen Politieblad:²

'In het beeld dat de politie van zichzelf heeft, bestaat weinig ruimte voor emotionaliteit. Van de politie wordt verwacht, dat zij beheerst, evenwichtig, verstandig en zelfverzekerd optreedt. In dat beeld passen geen tranen, labiliteit, agressieve buien en irrationeel gedrag. Wie door welke oorzaak dan ook te lang niet past in dit positieve zelfbeeld van de politie, raakt geïsoleerd en loopt het risico de politieorganisatie te moeten verlaten. Men kan vrijwillig uit het politiekorps treden. Velen echter zullen als gevolg van te grote en langdurige spanningen de politie via de ziektewet en de wet op de arbeidsongeschiktheid verlaten.'

Het oprichten van het zelfhulpteam had tot doel het isolement te doorbreken. Door steun en praktische hulp kon het team ook collega's helpen die na hen soortgelijke ervaringen in het werk zouden gaan opdoen. Het zelfhulpteam is de start geworden van de latere teams van georganiseerde collegiale opvang, vaak bekend als bedrijfsopvangteam (BOT-team). Maar hoe

¹ Gersons, B.P.R., Bijzondere missie: geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Ministerie van Defensie, Den Haag, 1 juni 2005.

² Uit: Gersons, B.P.R., Schietincidenten: de psychische gevolgen bij politiemensen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39:9:899-911

waardevol de steun van collega's ook is, PTSS gaat er niet door over. Daarvoor is een effectieve behandeling nodig, en dat werd de Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS.³ Sinds 1996 wordt deze gegeven in de landelijk werkende AMC-politiepoli, die sinds 2011 is ondergebracht bij de Arq Psychotrauma Expert Groep.

Psychische problemen zijn niet altijd te voorkomen

Vanuit het klassieke preventiemodel in de volksgezondheid wordt een onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Toegepast op het onderwerp mentale weerbaarheid betreft primaire preventie: opleiding, bijscholing, training, selectie en verbetering van de organisatie. Men hoopt door toepassing van dergelijke maatregelen het ontstaan van psychische aandoeningen te voorkomen. Een bepaald percentage politiemensen zal desondanks toch, soms op den duur, psychische klachten ontwikkelen. Onder secundaire preventie vallen interventies zoals behandeling en zorg, die meestal tijdig moeten plaatsvinden en die tot doel hebben de psychische klachten grotendeels op te heffen. Tertiaire preventie betreft het zoveel mogelijk tegengaan en verminderen van de gevolgen van psychische aandoeningen, die op zichzelf onvoldoende behandeld kunnen worden. Onze Blauwdruk betreft de secundaire en tertiaire preventie.

Getallen en beschrijvingen

We hebben geprobeerd om de huidige psychische zorg voor politiemedewerkers op twee manieren in kaart te brengen. De ene manier bestond uit het verzamelen van alle getallen die informatie gaven over het aantal politiemedewerkers met psychische problemen, de signalering en doorverwijzing, de geleverde zorg, en ten slotte de terugkeer in het werk. We hebben daarmee voor het eerst een overkoepelend kwantitatief beeld van de huidige situatie bij de Nederlandse politie kunnen schetsen. Maar ook is duidelijk geworden hoe gebrekkig dat beeld nog is. Voor de komende jaren is het nodig om de gegevens systematisch te complementeren. Anders blijft men opgezaagd met goede bedoelingen en berichten over incidenten, zonder dat men weet hoe het echt zit.

De andere methode bestond uit het verzamelen van kwalitatieve informatie over hoe het er eigenlijk aan toe gaat in de praktijk. We hebben 58 vragen opgesteld over het waarnemen van psychische problemen, het hierop actie ondernemen, de rol en positie van verschillende sleutelfiguren binnen de politie en ten slotte over de ervaringen met hulp. Tijdens een 'laptop-conferentie' beantwoordden 24 genodigden alle vragen, zonder daarover met elkaar in discussie te gaan. Dit heeft 138 pagina's met kwalitatieve informatie opgeleverd.

De analyse van de getallen en beschrijvingen bracht ons tot de conclusie dat de psychische zorg aan politiemedewerkers beter kan. We hebben vervolgens drie modellen opgesteld voor hoe die zorg in de nabije toekomst ingericht zou kunnen worden. Onze voorlopige conclusies hebben we getoetst tijdens een expertmeeting met vertegenwoordigers van het ministerie van Veiligheid en Justitie, politietop, Tweede Kamer, wetenschap, GGZ-Nederland en voorzitters van de politievakbonden. Ook legden we onze bevindingen voor tijdens een tweede werkconferentie met de deelnemers van de laptop-conferentie. Beide bijeenkomsten leverden steun op voor onze analyse en aanbevelingen.

Geen kant en klaar recept

Met de *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie* heeft u geen kant en klaar recept in handen. We hebben vooral geprobeerd inzicht te bieden in verschillende mogelijkheden. U moet zelf de afwegingen maken om voor een van de modellen te kiezen. U bent op weg om een grote stap voorwaarts te maken en dat vergt tijd en geduld. Ik weet dat velen in uw organisatie en ook hun familieleden daar op zitten te wachten. Ik wens u daar veel wijsheid bij toe en succes en ten slotte tevredenheid over het resultaat.

³ www.traumabehandeling.net

Dank

Ik wil u mede namens de Arq Psychotrauma Expert Groep danken voor deze belangrijke opdracht. De leden van de projectgroep – prof.dr. Ger Koole, dr. Marie-Christine Plat, drs. Marian Strating, dr. Annika Smit, drs. Annemarie Thijs en daarna Nils Burger MSc – dank ik voor hun grote bijdrage aan het tot stand brengen van dit rapport. Dr. Frederike Zwenk heeft ons geholpen met kritische beschouwingen aan de zijlijn. Dr. Mieke de Waal heeft de redactie met toewijding verzorgd. Commissaris Jan Struijs was de begeesterde aanjager van ons werk en wij danken hem daar ten zeerste voor. Onze dank gaat uit naar de deelnemers aan de werkconferenties en aan de expertmeeting.

Hoogachtend,

Prof.dr. Berthold Gersons
voorzitter projectgroep

December 2012

Inhoud

6	Aanbiedingsbrief	3
	Inhoud	6
	Samenvatting	9
	1. Opdracht, aanleiding en werkwijze	11
	1.1 Professioneel handelen en duurzame inzetbaarheid	11
	1.2 De politiemedewerker staat centraal	12
	1.3 De komst van de Nationale Politie biedt kansen	12
	1.4 Andere weerbaarheidsprojecten en HRM	12
	1.5 Werkwijze	13
	2. Mentale weerbaarheid en psychische problematiek in het politiewerk	15
	2.1 Mentale weerbaarheid	15
	2.2 Psychische problemen	15
	2.3 Psychische problematiek altijd beroepsrelevant	16
	2.4 Oorzaken van psychische problemen	17
	2.5 Problemen herkennen en hulp zoeken	17
	3. Feiten over de zorg voor politiemedewerkers met psychische problemen	21
	3.1 Geestelijke gezondheidszorg	21
	3.2 Specifieke geestelijke gezondheidszorg voor de politie	21
	3.3 Politiemedewerkers met psychische klachten	22
	3.4 De directe omgeving als voorportaal van de zorg	25
	3.5 Gebruik eerstelijnszorg	25
	3.6 Gebruik gespecialiseerde GGZ	27
	3.7 Geschatte omvang van de psychische problematiek bij de politie	29
	4. De zorglijn in de praktijk	31
	4.1 Gedrag, psychische klachten en redenen voor bezorgdheid	31
	4.2 Herkenning, benoeming en ondersteuning door de directe omgeving	32
	4.3 Hulp- en zorgverlening door de eerste lijn	36
	4.4 Toegang tot en zorg in de gespecialiseerde GGZ en re-integratie	39
	4.5 Conclusies: psychische zorg in de praktijk	42
	5. Huidige psychische zorg politie: conclusies	43
	5.1 Omvang van de problematiek	43
	5.2 Het voorportaal: psychische problemen bespreekbaar maken	43
	5.3 Eerstelijnszorg: taken en rollen	46
	5.4 Het voorportaal en de eerste lijn: een onoverzichtelijk vlechtwerk	47
	5.5 De gespecialiseerde GGZ: wat is kwaliteit?	47
	5.6 Re-integratie: ogenschijnlijk tegengestelde belangen	48
	5.7 Kan het beter?	48

6. Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie	49
6.1 Aansturing vanuit de Nationale Politie	49
6.2 Een keuze uit drie modellen voor mentale zorg	49
6.3 Kosten en opbrengsten	52
6.4 Bewustwording en signalering van psychische problemen	53
6.5 Meer structuur in de eerstelijnszorg	54
6.6 Uitbreiding van gespecialiseerde zorg	54
6.7 Meer aandacht voor re-integratie	55
6.8 Aanbevelingen	55
6.9 Tot besluit	56
Bijlagen	57
Bijlage 1: Gebruikte bronnen	58
Bijlage 2: Opdracht Blauwdruk Mentale Zorglijn	60
Bijlage 3: Pre-advies Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie	61
Bijlage 4: Deelnemers werkconferenties 18 april en 12 september 2012	65
Bijlage 5: Deelnemers expertmeeting 6 juni 2012	66
Bijlage 6: Psychische aandoeningen volgens Psychopol	67
Bijlage 7: Mogelijke signalen psychische problemen	68
Bijlage 8: Signaleren	69
Bijlage 9: Internationale verkenning psychische zorg politie	70

Samenvatting

Krijgen politiemedewerkers de psychische zorg die ze nodig hebben? Dat heeft de minister van Veiligheid en Justitie gevraagd aan psychiater prof.dr. Berthold Gersons van Arq Psychotrauma Expert Groep en emeritus hoogleraar psychiatrie bij het AMC. De minister heeft verzocht om de huidige psychische zorg voor politiemedewerkers door te lichten, te kijken waar zich knelpunten voordoen en te adviseren hoe deze kunnen worden verholpen. Prof. Gersons vormde een projectgroep⁴ om de voorliggende *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie* op te stellen.

Werkwijze van de projectgroep

De projectgroep heeft eerst een studie gemaakt van de relatie tussen mentale weerbaarheid en psychische problematiek. Zij heeft als raamwerk voor de route van probleem naar zorg gekozen voor het kringenmodel. In het centrum staat de politiemedewerker met wie het niet goed gaat, met daaromheen kringen van respectievelijk naasten in de privé- en werkomgeving, eerstelijnszorg en uiteindelijk gespecialiseerde GGZ. Vervolgens heeft de projectgroep alle kwantitatieve gegevens over psychische problematiek en zorggebruik verzameld en geanalyseerd. Via een 'laptop-conferentie' met 24 betrokkenen bij het politiewerk, vernam de projectgroep ervaringen uit de praktijk. Op basis van deze kwantitatieve en kwalitatieve informatie heeft de projectgroep de conclusie getrokken dat de psychische zorg voor politiemedewerkers beter kan en zou moeten. De Blauwdruk besluit met drie mogelijke zorgmodellen voor de toekomst, plus een reeks van aanbevelingen.

Omvang van de problematiek

Een schatting die in 2011 in opdracht van de Raad van Korpschefs is gemaakt, komt er op uit dat een kwart tot een derde van de politiemedewerkers psychische klachten heeft. Bekend is dat jaarlijks 3% van de politiemedewerkers één of meerdere keren voor een kortdurende behandeling naar een psycholoog in de eerste lijn gaat. Bijna 4% krijgt behandeling vanuit de gespecialiseerde GGZ en 1% maakt gebruik van Psychopol. In totaal krijgt zeker 8% van de politiemedewerkers psychische zorg. Het daadwerkelijke zorggebruik is waarschijnlijk een stuk groter, aangezien in deze 8% de hulp- en zorgverlening door onder meer de huisarts, bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk niet zijn betrokken, aangezien hierover geen bruikbare cijfers bestaan.

Veel goede bedoelingen, weinig openheid en structuur

Er bestaat veel aandacht en goede wil voor politiemensen die minder weerbaar zijn en die mogelijk psychische problemen hebben. Men wil graag helpen, maar hoe? Het is vaak makkelijker om over iemand met psychische problemen te spreken dan met iemand zelf. Politiemedewerkers zijn snel bang om voor 'watje' aangezien te worden, en willen een ander ook niet met dat label belasten door te vragen of het wel goed gaat. In het hoogrisico-beroep van de politie bestaat dus een discrepantie tussen de forse omvang van de psychische problematiek en wat er aan gedaan wordt. In die zin is de politie een 'vermijdende organisatie'. Per korps – zoals die aan de vooravond van de Nationale Politie nog bestaan – is slechts een klein groepje mensen betrokken bij de signalering, diagnostiek, verwijzing en re-integratie. Dit zijn vooral de bedrijfsmaatschappelijk werkers en de zeer op afstand geplaatste bedrijfsartsen. Ieder van hen heeft een deelverantwoordelijkheid maar niemand een formele en uitvoerbare totale verantwoordelijkheid. Politiemensen weten weinig van psychische problematiek, ze zijn er vaak bang voor en thuis vertellen ze liever niets. Als ze hulp zoeken, doen de meesten dat via de huisarts. Waarschijnlijk uit angst voor gebrek aan vertrouwelijkheid binnen de politie en voor mogelijke risico's voor de carrière. Over Psychopol lijkt wel tevredenheid te bestaan, al vormen de 27 aanbieders een zeer divers geheel van kennis en ervaring. De re-integratie van politiemensen die door psychische problemen een tijd thuis of beperkt aan het werk zijn geweest, verloopt moeizaam.

Een keus uit drie zorgmodellen

De komst van de Nationale Politie is een unieke kans om een landelijke visie te ontwikkelen voor de hulp- en zorgverlening aan politiemedewerkers met psychische problemen. De projectgroep onder leiding van prof. Gersons presenteert de minister

⁴ De projectgroep bestond naast prof.dr. Gersons (voorzitter) uit de heer prof.dr. G. Koole van het VUMC, mevrouw dr. M.C. Plat van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het AMC, mevrouw drs. M. Strating en mevrouw dr. A. Smit van het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid, mevrouw drs. A.Thijs van Centrum '45 / Arq Psychotrauma Expert Groep tot 1 maart 2012 en daarna de heer N. Burger MSc van Impact / Arq Psychotrauma Expert Groep.

en de politietop daarvoor geen ‘succesrecept’, maar legt een keus uit drie modellen voor. Het is aan de minister om te bepalen hoeveel verantwoordelijkheid hij vindt dat de politie moet dragen voor het psychisch welzijn van haar medewerkers.

De projectgroep pleit ervoor om op korte termijn te kiezen uit:

- *Het Blauwe model*: De politie stelt zich verantwoordelijk voor de werkgerelateerde psychische problemen van haar medewerkers, voor de verwijzing naar erkende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van deze zorg.
- *Het Groene model*: De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor het zelf leveren van alle gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van alle geestelijke gezondheidszorg.
- *Het Blauwgroene model*: De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor de toegang tot daarbij horende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van de zorg.

Aanbevelingen

1. De komst van de Nationale Politie is een unieke kans om voor het eerst een landelijke visie te ontwikkelen gericht op de psychische hulp- en zorgverlening en deze in praktijk te brengen.
2. Erken dat alle psychische problemen in het politiewerk risico’s opleveren voor de politiemans of – vrouw zelf, voor de collega’s en voor de burgers.
3. Hef vervolgens het verschil op tussen werkgebonden en niet-werkgebonden psychische problematiek; laat dit onderscheid geen argument meer zijn voor het wel of niet ontvangen van zorg via de politie.
4. Maak een keuze over de reikwijdte van de zorg en hoe deze geleverd wordt (zie de drie zorgmodellen).
5. Maak psychische problematiek bespreekbaar tot iets gewoons en veel voorkomend in het politiewerk, via een bewustwordingscampagne.
6. Betrek veel meer het thuisfront bij de politieorganisatie en leer van Defensie.
7. Overweeg deskundige psychologen aan te trekken die feitelijk en formeel de verantwoordelijkheid krijgen voor diagnostiek, verwijzing naar zorg en re-integratie – dit in goede afstemming met bedrijfsmaatschappelijk werk en bedrijfsartsen.
8. Bevorder de georganiseerde collegiale ondersteuning na ingrijpende gebeurtenissen vooral op praktisch niveau, zonder verantwoordelijkheid voor signalering.
9. Maak de leidinggevende verantwoordelijk voor het signaleren van mogelijke psychische klachten.
10. Ga na in hoeverre regelmatige screening op psychische problematiek kan bijdragen aan signalering en tijdige hulpverlening.
11. Bevorder bij politiemensen het besef van een eigen verantwoordelijkheid voor hun psychische gezondheid en onderstreep dat het soms nodig is daarvoor hulp in te schakelen.
12. Maak beleid op nationaal niveau en benoem een inhoudelijk deskundige hiervoor binnen de politietop.
13. Richt een zorgloket per regionale eenheid in waar politiemedewerkers met al hun psychische en fysieke klachten terecht kunnen.
14. Maak werk van echte re-integratie.
15. Certificeer een beperkt aantal zorginstellingen met kennis van de politie (en geen individuen) op basis van goede psychiatrische en psychologische diagnostiek en *evidence based* behandelingen.
16. Maak werk van effectieve registratie van psychische problematiek bij de politie, van het zorggebruik, de resultaten van zorg en van re-integratie.
17. Bevorder duurzame relaties met bedrijfsartsen en behandelinstellingen.

Opdracht, aanleiding en werkwijze

Krijgen politiemedewerkers de psychische zorg die ze nodig hebben? Dat heeft de minister van Veiligheid en Justitie gevraagd aan psychiater prof.dr. Berthold Gersons van Arq Psychotrauma Expert Groep.⁵ De minister vroeg om de huidige psychische zorg voor de politie door te lichten, te kijken waar zich knelpunten voordoen en te adviseren hoe deze kunnen worden verholpen. De opdracht werd verleend door de top van de voorbereidingsgroep van de Nationale Politie⁶, mede namens de vakbonden (zie bijlage 2 voor de volledige adviesopdracht). Aan deze vraag is voldaan door een projectgroep onder leiding van prof. Gersons (zie 1.6). In de pagina's die volgen, beschrijft de projectgroep haar bevindingen, analyses en ideeën voor de toekomst. De *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie* is gericht aan de minister, de politievakbonden, de leiding van de Nationale Politie, de operationele politiemedewerkers en al diegenen, die ook nu al betrokken zijn bij de signalering van en zorg voor psychische problemen bij de politie.

11

1.1 Professioneel handelen en duurzame inzetbaarheid

Het politiewerk is een bijzonder vak, dat duidelijk eisen stelt aan de psychische gezondheid van haar medewerkers. Bij het handhaven van de rechtsorde, de openbare orde en het verlenen van noodhulp⁷ maken politiemedewerkers met grote regelmaat potentieel schokkende gebeurtenissen mee. Zo meldt 73% van de politiemedewerkers in de afgelopen twaalf maanden minstens eenmaal slachtoffer te zijn geweest van agressie of geweld.⁸ Daarnaast maken politiemensen nog tal van andere incidenten mee die als schokkend kunnen worden ervaren. Denk bijvoorbeeld aan het vinden van lijken, het bieden van eerste hulp bij zwaar lichamelijk letsel of het dag in dag uit kijken naar beelden van kinderporno. Ook collectief optreden – zoals door de mobiele eenheid, bij ontruiming, door arrestatieteams – vraagt om beheerst en doelmatig handelen, waarbij men op elkaar moet kunnen steunen. En omgaan met lastige of verwaarloosde mensen, of met burgers die onder invloed zijn van alcohol of drugs, vraagt om tact en beheersing.

Vooraf potentieel schokkende gebeurtenissen kunnen (op den duur) gevolgen hebben voor de mentale weerbaarheid van medewerkers en kunnen leiden tot aanzienlijke beperkingen in de geschiktheid voor het werk. Maar ook reorganisaties binnen de politie, onderlinge conflicten en onregelmatige uren, hebben invloed op de psychische gezondheid.⁹ Naast het werk speelt de privé-situatie van de politiemedewerker natuurlijk ook een belangrijke rol. Problemen en ziektes bij partners, kinderen en andere familieleden vormen naast het veeleisende werk een grote belasting. Leeftijd en ervaring en persoonlijkheid spelen ook een rol bij het ontstaan van psychische klachten.

Een onderzoek dat in opdracht van de Raad van Korpschefs is uitgevoerd door het onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix (2011), schat dat een kwart tot een derde van de politiemedewerkers psychische klachten heeft. Dergelijke klachten zijn ingrijpend voor de kwaliteit van leven van de betrokken politiemedewerkers. Daarnaast hebben deze ook gevolgen voor de uitvoering van het politievak en voor de politieorganisatie. Een politiemedewerker moet psychisch gezond zijn om effectief en professioneel te kunnen handelen. Terughoudendheid en angst bij het uitvoeren van de taken op straat, overmatig geweldsgebruik door de politie, gebrek aan concentratie, oververmoeidheid en onverschilligheid zijn slechts enkele manieren waarop psychische problemen het politiewerk kunnen beïnvloeden. Wie bij de politie werkt, moet voortdurend in staat en bereid zijn om – soms heel plotseling – af te gaan op en om te gaan met gevaarlijke situaties, daar waar anderen een stap terug doen. Dit vraagt om weerbaarheid. Uiteindelijk kan het om leven en dood gaan: van de burger, je collega en van jezelf. Binnen de politieorganisatie kunnen psychische problemen leiden tot conflicten op de werkvloer, uitval, verminderde productiviteit en aanzienlijke kosten.¹⁰ Ook psychische problemen die niet veroorzaakt zijn door het werk, hebben effect op de uitvoering en de organisatie van het werk.

De minister van Veiligheid en Justitie heeft gezegd geweld en agressie tegen politiemedewerkers te willen aanpakken. Tegelijkertijd kunnen politiemensen leren hun weerbaarheid te vergroten in diverse projecten vanuit het Programma Versterking

⁵ Arq Psychotrauma Expert Groep (www.arq.org) is een bundeling van organisaties die zich bezighouden met de gevolgen van traumatische gebeurtenissen.

⁶ De opdracht werd verleend door de heer L. Kuis, voorzitter van de Raad van Korpschefs, en de heer J. Struijs, directeur van het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid.

⁷ Vrij naar Van der Vijver & Molenkamp (1999).

⁸ Abraham, Flight en Roman (2011).

⁹ Van der Velden et al. (2012)

¹⁰ Andersson Elffers Felix (2011) heeft berekend dat verminderde mentale weerbaarheid via productieverlies en zorgkosten leidt tot een kwart tot een half miljard euro aan kosten per jaar.

Professionele Weerbaarheid. Zijn er eenmaal psychische problemen, dan moeten die tijdig gesignaleerd worden en zijn goede ondersteuning, zorgverlening en re-integratie nodig. Op dit moment is de psychische zorg voor politiemedewerkers in beperkte mate beschikbaar, maar ook versnipperd en laat zij regelmatig te wensen over. De komst van de Nationale Politie biedt een uitgelezen kans om hier verandering in te brengen.

1.2 De politiemedewerker staat centraal

Deze *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie* richt zich op alle politiemensen die psychische problemen ervaren en probeert voor hen de toegang tot de zorg, de kennis daarover en ook de zorg zelf en de re-integratie te verbeteren. Om twee redenen maakt de projectgroep in de Blauwdruk geen onderscheid tussen politiemedewerkers in executieve en in administratief-technische functies. Ten eerste is er mobiliteit tussen beide groepen functies. Zo komt het regelmatig voor dat een politiemedewerker begint in de 'basis politie zorg' (executief) en later in zijn of haar carrière een administratief-technische functie heeft, bijvoorbeeld in de meldkamer. De heftige gebeurtenissen die deze medewerker op straat heeft meegemaakt, kunnen tot psychische klachten leiden als hij of zij al lang niet meer executief is. Ten tweede gaat de Blauwdruk over meer dan psychische problematiek als gevolg van schokkende gebeurtenissen op straat. De Blauwdruk richt zich namelijk op alle psychische klachten, bijvoorbeeld ook burn-out en verslaving. Dergelijke problematiek komt zowel bij executieve als administratief-technische medewerkers voor.

De Blauwdruk maakt onderscheid tussen mentale weerbaarheid en psychische problemen. Mentale weerbaarheid is het vermogen om effectief te functioneren, juist in relatie tot de aanzienlijke geestelijke belasting in het politiewerk. Iemand die mentaal weerbaar is, is in staat om geestelijk succesvol te reageren op en zich aan te passen aan verandering en tegenslag. Psychische problemen kunnen ook (op den duur) onderdeel vormen van psychiatrische stoornissen.¹¹ Denk bijvoorbeeld aan een depressieve stoornis of een posttraumatische stressstoornis. Verminderde mentale weerbaarheid kan zich vertalen in psychische problemen.

Bij het opstellen van de Blauwdruk is de projectgroep van de volgende uitgangspunten uitgegaan:¹²

- *Politiemedewerker centraal*: de huidige psychische zorg is bekeken vanuit het perspectief van de politiemedewerker die zorg ontvangt of nodig heeft.
- *'Natuurlijk' herstellend vermogen*: veel mensen zijn in staat om zonder professionele zorg (lichte) psychische klachten te boven te komen. Ook wanneer klachten ernstig zijn, is de inzet en veerkracht van de politiemedewerkers zelf essentieel om over de klachten heen te komen. Versterking van het natuurlijk herstellend vermogen verbetert de psychische gezondheid.
- *Getrapt systeem van zorg (stepped care)*: indien mogelijk beginnen met de eenvoudigste vorm van zorg, maar als dit onvoldoende is meer gespecialiseerde zorg verlenen.

1.3 De komst van de Nationale Politie biedt kansen

De komst van de Nationale Politie biedt belangrijke kansen voor de ontwikkeling van een mentale zorglijn. Met de Nationale Politie komt er één politiekorps dat zal bestaan uit tien regionale eenheden, één landelijke eenheid en een landelijke concern-dienst waarin de ondersteunende afdelingen zijn ondergebracht. Deze hernieuwde inrichting van de politie is een 'natuurlijk moment' om ook de mentale zorg vanuit een uniforme en samenhangende visie in te richten. Dit sluit aan bij één van de doelen van de Nationale Politie: meer eenheid en duidelijkheid creëren. Zoals in het Uitvoeringsprogramma Vorming Nationale Politie staat:

*'Met de nationale politie wordt het aantal spelers in de besturing en het bestuur van de politie overzichtelijk. Dit komt ten goede aan de daadkracht, flexibiliteit en uniformiteit in het optreden van de politie.'*¹³

1.4 Andere weerbaarheidsprojecten en HRM

De Blauwdruk presenteert een integrale visie op de psychische zorg en houdt daardoor direct verband met andere initiatieven op het gebied van zorg en nazorg. Het kader dat de Blauwdruk schetst, zal bepalend zijn voor de ontwikkeling van toekomstige zorginitiatieven.

Het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid (PVPW) onderneemt een breed spectrum aan initiatieven om de weerbaarheid van politiemedewerkers te vergroten. Sommige activiteiten zijn gericht op groepen politiemedewerkers,

¹¹ Psychiatrische stoornissen zijn beschreven in de DSM IV (DSM staat voor: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Hierin worden de klachten beschreven, die deel uitmaken van een stoornis.

¹² Deze uitgangspunten zijn verwoord in het pre-advies van de Blauwdruk (zie Bijlage 3).

¹³ Ministerie van Veiligheid en Justitie (2011) Uitvoeringsprogramma Vorming Nationale Politie.

andere op individuen. Eén van de groepsinterventies bijvoorbeeld, richt zich op een nieuwe stijl van trainen tijdens de Integrale Beroepsvaardigheids Training (zogenaamde IBT-nieuwe stijl). Initiatieven met een individueel perspectief zijn onder te verdelen in de volgende categorieën:

- *Instroom*: bijvoorbeeld de ontwikkeling van een selectie-instrument weerbaarheid
- *Opleiding / Training*: bijvoorbeeld de Mentale Krachttraining
- *Operatie en incidenten*: bijvoorbeeld de implementatie van de ‘Richtlijn psychische ondersteuning geüniformeerden’
- *Zorg en nazorg*: bijvoorbeeld het 24/7 loket¹⁴ en het psychologische autopsieonderzoek naar suïcides binnen de politie (inclusief de registratie van suïcides).

13

Adequate zorg voor psychische aandoeningen heeft direct betrekking op het *human resource management* (HRM) binnen de politie. Immers, psychische aandoeningen hebben gevolgen voor ziekteverzuim en productiviteit. Bovendien maken de hulp- en zorgverleners op dit moment vaak deel uit van de afdeling HRM / P&O in de korpsen. Om de Blauwdruk te implementeren, is het essentieel dat deze wordt opgenomen in het landelijke HRM-beleid.

1.5 Werkwijze

De Blauwdruk is opgesteld door een projectgroep, die door prof. Berthold Gersons – emeritus hoogleraar psychiatrie bij het AMC en nu verbonden aan Arq Psychotrauma Expert Groep – is geleid en verder bestond uit:

- prof.dr. Ger Koole – wiskundige van het VU Medisch Centrum – ervaren in zorglogistiek;
- dr. Marie-Christine Plat – van oorsprong bewegingswetenschapper en nu als post-doc epidemiologisch onderzoeker verbonden aan het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het AMC – in de projectgroep verantwoordelijk voor de verzameling van kwantitatieve gegevens;
- drs. Marian Strating – bewegingswetenschapper en verbonden aan het PVPW als strategisch adviseur – goed bekend met de sociale kant van de politieorganisatie in Nederland;
- dr. Annika Smit – psychofysiologe en eveneens verbonden aan het PVPW als strategisch adviseur;
- drs. Annemarie Thijs – destijds manager bij Centrum '45 / Arq Psychotrauma Expert Groep – tot 1 maart 2012 secretaris van de projectgroep;
- Nils Burger MSc – bestuurskundige en verbonden aan Impact, onderdeel van Arq Psychotrauma Expert Groep – vanaf 1 maart 2012 secretaris van de projectgroep.

Tussen november 2011 en december 2012 kwam de projectgroep in totaal negen keer bijeen.¹⁵ Elke vergadering begon met het doornemen van de laatste media-berichten over incidenten en ontwikkelingen bij de politie met de bedoeling om telkens weer geconfronteerd te worden met wat politiemensen in hun werk meemaken. De projectgroep stelde op verzoek van het PVPW eerst een pre-advies op, zodat de Blauwdruk al enigszins kon worden ingebed in de vormgeving van de Nationale Politie. Het pre-advies (zie bijlage 3) lag er in december 2011 en werd gewaardeerd.

De projectgroep verzamelde zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie om een beeld te krijgen van de huidige psychische problematiek, het omgaan daarmee, de signalering en doorverwijzing en ten slotte de zorg zelf. Kwantitatieve gegevens moesten uitwijzen hoeveel politiemedewerkers psychische klachten hebben en hoeveel politiemedewerkers gebruikmaken van vormen van psychische zorg. De projectgroep heeft zich daarbij gebaseerd op bestaande gegevens¹⁶, onder meer die van zorgverzekeraar CZ, van zorgverleners binnen de politie (bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers) en uit wetenschappelijk onderzoek. Het verzamelen van gegevens was geen eenvoudige opgave: registraties vinden vaak onregelmatig plaats, zijn niet eenduidig en ze zijn niet aan elkaar gekoppeld. Over de zorg die politiemedewerkers via de algemene gezondheidszorg ontvangen, zijn nauwelijks gegevens te verkrijgen.

Op basis van kwalitatieve gegevens onderzocht de projectgroep hoe de zorgketen in de praktijk werkt en waarom die zo werkt. Inbreng kwam van 24 deelnemers tijdens een werkconferentie met behulp van laptops (zie hoofdstuk 4) op 18 april 2012. Er is dus niet gekozen voor een systematische inventarisatie en vergelijking van alle politiekorpsen. De laptop-methodiek biedt een unieke inkijk in het signalerings- en zorgproces. Onder de deelnemers waren mensen met kennis en ervaring uit alle fasen van de zorg, uit verschillende korpsen, en ook van buiten de politie (zie Bijlage 4). De uitspraken van de deelnemers zijn subjectief en vormen in hun gezamenlijkheid een omvattend beeld van de huidige stand van zaken.¹⁷ Ook verzamelde de projectgroep informatie over de psychische zorg in vijf buitenlandse politiekorpsen (zie Bijlage 9 voor een overzicht van de gesprekspartners).

¹⁴ Het 24/7 loket is een telefonisch loket dat 24 uur per dag geopend is en waar politiemedewerkers met psychische klachten zich kunnen melden voor informatie en advies bij het zoeken naar gespecialiseerde zorg. Dit loket is ook beschikbaar voor het thuisfront wanneer men zich daar zorgen maakt of behoefte heeft aan informatie.

¹⁵ De projectgroep kwam bijeen op: 14/12/2011 en in 2012 op 11/1, 22/2, 14/3, 14/5, 20/6, 18/7, 19/9 en 7/11.

¹⁶ De projectgroep heeft geen primaire data verzameld gezien de beperkte tijd. Ze heeft inzichtelijk gemaakt wat er op dit moment wel en niet bekend is over zorgbehoefte en zorggebruik.

¹⁷ De uitspraken van respondenten zijn per definitie subjectief. Anders gezegd, ze zijn gebaseerd op beelden van hoe de zorg plaatsvindt en die beelden kunnen op van alles zijn gebaseerd: het zelf ontvangen van zorg, verhalen horen over mensen die zorg hebben ontvangen, maar ook verwachtingspatronen van hoe zorg er uit moet zien en zelfs beelden van wat mentaal gezond en ongezond is. Subjectieve beelden zijn erg belangrijk, want mensen handelen op basis van het beeld dat zij, op een bepaald moment en op een bepaalde plaats, hebben van de ‘werkelijkheid’ (Berendsen, 2007: 25): in dit geval het beeld dat zij hebben van de zorg die wordt verleend.

De leden van de projectgroep hebben om hun bekendheid met het politiewerk te vergroten een dag stage gelopen bij enkele korpsen. Zij gingen mee met de noodhulp. Daardoor konden zij ieder met ongeveer tien politiemedewerkers praten over het politievak, weerbaarheid en psychische zorg.

Op basis van de verzamelde kwantitatieve en kwalitatieve informatie trok de projectgroep conclusies over de huidige praktijk en over de knel- en verbeterpunten daarin. Vervolgens ontwierp ze drie modellen voor een toekomstige mentale zorglijn. Deze zijn voorgelegd op 16 juni 2012 tijdens een expertmeeting (zie Bijlage 5 voor een overzicht van de deelnemers). De analyse van de projectgroep werd door de deelnemers ondersteund.

Tijdens een tweede werkconferentie op 12 september 2012 is het concept van de Blauwdruk voorgelegd voor commentaar aan de deelnemers van de eerdere laptop-conferentie. Met de analyse van de huidige situatie was men het op hoofdlijnen eens.¹⁸ Voor de toekomstvisie en de concrete adviezen zijn waardevolle aanvullingen gegeven. Alle inbreng is terug te vinden in deze definitieve Blauwdruk.

¹⁸ De deelnemers hebben verschillende aanvullingen gegeven, bijvoorbeeld over feitelijkheden, interpretaties en toon. Deze aanvullingen zijn verwerkt in het voorliggende rapport.

Mentale weerbaarheid en psychische problematiek in het politiewerk

Politieman of -vrouw zijn, is een uitdagend beroep, waar niet iedereen geschikt voor is. Veel politiemedewerkers zijn trots dat zij zelf wel bestand lijken tegen de hoge eisen van hun beroep en de heftige ervaringen die ze daarin opdoen. Maar ook zeer geroutineerde politiemedewerkers kunnen van een gebeurtenis die ze al vele keren hebben meegemaakt, toch opeens ontgaan raken. Zowel bij de selectie van nieuwe mensen als bij de training van medewerkers die al langer bij de politie werken, is de laatste tijd veel aandacht voor 'mentale weerbaarheid'. Helaas betekent een vergroting van de weerbaarheid niet dat politiemedewerkers geen psychische problemen meer zullen hebben. Die problemen kunnen door het werk voor de politie ontstaan zijn, maar ook kunnen ze een andere oorzaak hebben. Ongeacht hun oorsprong, werken psychische problemen door in de beroepsuitoefening. Het is daarom belangrijk te weten in welke situaties men ze kan herkennen en welke personen daarbij een rol spelen.

15

2.1 Mentale weerbaarheid

In het landelijk Programma Versterking Professionele Weerbaarheid staat de mentale weerbaarheid van politiemedewerkers centraal. 'Mentale weerbaarheid', zo staat in het programma, 'is de veerkracht van de politieambtenaar om overeind te blijven in een context van structurele mentale belasting binnen de taakuitoefening.'

Het aantrekkelijke van de term mentale weerbaarheid is dat deze kracht uitstraalt. Het woord mentaal verwijst naar verstandig en geestelijk sterk. Weerbaarheid is verwant met begrippen als daadkracht en veerkracht. Tegenover 'mentaal weerbaar' staan woorden als: ziek, kwetsbaar, overbelast en psychisch ziek. Wie mentaal weerbaar is, is zeker geen 'watje'. Het hoort bij de geüniformeerde beroepen om een heroïsche uitstraling te hebben. Veel jonge mensen voelen zich daartoe aangetrokken en willen dan zelf ook bij het leger of de politie. Reclamefilms voor het leger bijvoorbeeld laten graag supermoderne techniek zien, snelheid en topconditie van het lichaam. De schaduwkanten zie je niet terug in het wervingsmateriaal: de soms verouderde voertuigen, het gebrek aan reserveonderdelen, de minder fitte en wat oudere militairen en vooral de angst voor explosies en om doodgeschoten te worden. Maar door de kracht centraal te stellen, maakt men de onmacht niet ongedaan. Iets soortgelijks geldt bij het begrip mentale weerbaarheid. Door steeds die weerbaarheid te benadrukken, blijven psychische problemen verscholen maar zijn daarmee de wereld niet uit. Er zijn politiemedewerkers genoeg die alleen nog maar humeurig zijn of grappen kunnen maken, of die 'er gewoon niet meer tegen kunnen'.

Het woord mentaal is afgeleid uit het Engels, waar *mental health* en *mental hospital* beide rechtstreeks verwijzen naar de wereld van de psychiatrie. Politiemedewerkers vrezen de wereld van de psychiatrie. Zij zijn vaak de eersten die geconfronteerd worden met psychotische en soms agressieve of gevaarlijke patiënten. Ze worden gevraagd voor assistentie op gesloten opnameafdelingen van de psychiatrie. Vanuit ziekenhuizen worden ze vaak naar de afdeling voor eerste hulp geroepen om te agressieve mensen te kalmeren of in te sluiten. Voor politiemensen is het routine om geconfronteerd te worden met de gevolgen van alcohol en drugs, met zelfdoding en destructie. Gekte is een normaal onderdeel van het politiewerk. Misschien is het daarom wel zo belangrijk voor politiemensen om niet voor 'gek' aangezien te worden. De graduele overgang tussen gezond en psychisch ziek wordt dan makkelijk uit het oog verloren.

2.2 Psychische problemen

In 1963 verscheen een studie van Langner en Michael¹⁹ naar de psychische gezondheid van inwoners van een deel van New York. Volgens de auteurs had maar liefst vier op de vijf inwoners last van psychische stoornissen. Met een zo ruime definiëring leken psychische stoornissen zo normaal dat de term betekenisloos was geworden. Sir David Goldberg – aanvankelijk huisarts, later psychiater, en uiteindelijk directeur van het prestigieuze Institute of Psychiatry in Londen – heeft met succes geprobeerd meer grenzen in het zo grenzeloos lijkende begrip aan te brengen. Hij ontwierp een beknopte vragenlijst, de General Health Questionnaire (GHQ), die duidelijk moest maken bij hoeveel mensen de psychische problematiek zodanig

¹⁹ Langner T., Michael, S., Life stress and mental health. New York (1963).

was dat deze tot sociaal disfunctioneren leidde. Dat gold volgens Goldberg voor één op de vier mensen. De GHQ zegt overigens niets over de aard van de psychische problematiek en ook niet over de ernst ervan.

Psychische problematiek kan de dagelijkse opgaven van werk, gezin en familie steeds zwaarder maken. Mensen met psychische problemen slapen vaak korter en slechter, hebben daardoor overdag snel problemen met concentratie en maken daardoor weer meer fouten. Na verloop van tijd kan men hierdoor somberder worden en bijvoorbeeld te veel alcohol gaan drinken. Zodoende ontstaat er een neerwaartse spiraal die zelfs kan uitmonden in psychiatrische stoornissen. Psychische problemen kunnen dus sociale problemen tot gevolg hebben, zoals verlies van vrienden, van werk, van inkomen. Maar omgekeerd kunnen sociale problemen zoals schulden (steeds meer voorkomend bij politiemedewerkers in Nederland) ook leiden tot psychische problematiek. Ook spanningen tussen partners, ouders en kinderen en seksuele problematiek kunnen leiden tot een psychische problematiek.

Het woord psychiatrisch wordt vaak gereserveerd voor ernstiger en dus ook weerbarstiger problematiek. Psychische functies zijn dan in meer of mindere mate ontregeld en herstellen zich niet meer vanzelf. Bij de posttraumatische stressstoornis (PTSS) zien we bijvoorbeeld dat het angstgevoel ontregeld is en niet meer de juiste informatie geeft. Men is dan angstiger dan de aanleiding rechtvaardigt. Bij een ernstige depressie is men niet 'gewoon' somber door tegenslag maar ziet de wereld als door een matglas. De stemming klopt dan niet meer met de feitelijke leefomstandigheden. Incidenteel alcoholmisbruik en drugsgebruik zijn ook heel anders dan wanneer men echt verslaafd geraakt is en het vermogen mist om nog te stoppen. En dan is er nog de categorie van de psychose, die reikt van te grote achterdocht naar waanvoorstellingen en het horen van stemmen die er niet in de werkelijkheid zijn.

Er bestaat dus een range van psychische problematiek. Lichtere vormen van psychische problematiek hebben een duidelijke relatie met de omstandigheden waarin men verkeert. In ernstiger vormen zijn stemming, angst en waarneming ontregeld geraakt. Naarmate psychische problemen zwaarder zijn, is behandeling noodzakelijker maar ook moeilijker.

2.3 Psychische problematiek altijd beroepsrelevant

De erkenning van werkgebonden risico's voor de gezondheid is van groot belang. Wanneer werknemers door hun beroep lichamelijke of psychische problemen krijgen, moet de werkgever zorgen voor adequate zorg en ook voor de geldelijke gevolgen van die problemen. In een 'hoog-risico-beroep' zoals politiemedewerker, gaat het dan vanzelfsprekend over grote bedragen.²⁰ Nu is deze Blauwdruk niet ontwikkeld in verband met mogelijke aansprakelijkheden, hoe belangrijk die ook zijn. Het gaat de projectgroep er nu om dat de risico's voor politiemensen herkend en erkend worden, en dat politiemedewerkers die in problemen raken de beste zorg krijgen. Hoewel niet verplicht volgens de wet, lijkt de ontwikkeling van de mentale zorglijn voor politiepersoneel een kwestie van goed werkgeverschap, gezien de riskante situaties die in het werk voorkomen.

Er zijn beroepsgroepen waarvoor werkgebonden risico's duidelijk zijn benoemd. Schilders bijvoorbeeld, hadden vanwege het gebruik van vluchtige stoffen in de verf vroeger een grotere kans om vroeg dement te worden en andere neurologische afwijkingen te krijgen. Door wetenschappelijk onderzoek werd dit aangetoond. Desondanks duurde het jaren voordat het toepassen van de toxische stoffen verboden werd. Werknemers zelf kunnen ook te slordig zijn in het beperken van risico's, zoals geen helmen dragen op bouwterreinen of geen gehoorbeschermende koptelefoons op luchthavens dragen.

Tot het politiewerk behoren traumatische ervaringen zoals schietincidenten, geweld, verhangingen, ongelukken met ernstig gewonden en doden, seksueel misbruik, verbrandingen en mislukte reanimaties. Dergelijke ervaringen komen helemaal hard aan als er kinderen bij betrokken zijn. Het meemaken van dit soort gebeurtenissen, kan aanleiding geven tot veranderingen in het gevoelsleven en leiden tot verharding. Ze kunnen ook bijdragen aan het ontstaan van psychiatrische stoornissen als PTSS, depressie en verslaving. Organisatiestress kan stressgerelateerde problematiek verder aanjagen, met als resultaat burn-out en andere psychische klachten.

De hoog-risico-situaties voor politiemensen komen deels overeen met die voor brandweerlieden en ambulancemedewerkers. Voor deze beroepen zijn als bijzondere functie-eisen vastgesteld: emotionele piekbelasting, verhoogde waakzaamheid en verhoogd oordeelsvermogen (Sluiter en Frings-Dresen 2005, 2006). Voor politieagenten zou dit ook moeten worden vastgesteld.

²⁰ Wanneer de uitoefening van een beroep of functie risico's met zich meebrengt voor de gezondheid of de veiligheid van de persoon zelf en/of die van derden, is volgens de Wet op de Medische Keuringen (1998) sprake van bijzondere functie-eisen. Functie-eisen worden pas 'bijzonder' genoemd wanneer de ingeschatte risico's niet met gangbare arbo beleidsmaatregelen door de werkgever kunnen worden vermindert of weggenomen. Er is dan sprake van een hoog-risico-beroep. Voor de politie is dit nog steeds formeel niet vastgesteld.

De vraag welke psychische problemen bij politiemedewerkers werkgebonden zijn, is niet eenvoudig te beantwoorden. Het meemaken van traumatische gebeurtenissen die onderdeel uitmaken van het werk van de politie, kan zeker als een werkgebonden risico erkend worden. Dat geldt ook voor een PTSS wanneer deze duidelijk verwijst naar gebeurtenissen die in het werk hebben plaatsgevonden. Maar worden depressie en verslaving als gevolg daarvan ook als 'werkgebonden' erkend?

Vanuit het oogpunt van zorg is de vraag of psychische problemen door het werk zijn ontstaan maar beperkt relevant. Psychische problematiek – ongeacht de oorzaak ervan – ondermijnt de juiste uitvoering van het werk bij de politie. Tijdige waarneming van wat er mis is en een goede behandeling, kunnen bijdragen aan betere prestaties en meer veiligheid in het werk. In de huidige politiecultuur zijn politiemedewerkers beducht om te laten merken of toe te geven dat het niet goed met hen gaat. Dat is niet alleen uit angst om voor 'watje' uitgemaakt te worden. Ook vrezen ze dat dit hun promotiekansen in gevaar kan brengen.

17

2.4 Oorzaken van psychische problemen

Psychische problemen worden vaak toegeschreven aan stress. Ook binnen de politieorganisatie wordt dit begrip veel gehanteerd. Het woord verwijst naar omstandigheden buiten jezelf die een onaangename spanning opleveren. Maar die omstandigheden kunnen heel divers zijn. Een beoordelingsgesprek met een leidinggevende kan stress betekenen. Naar een adres toe moeten gaan waar je van tevoren niet weet wat je aan zult treffen, geeft spanning. Te veel werk hebben geeft spanning. Zieke ouders, een gehandicapt kind, een puberende zoon of dochter; ze kunnen veel stress teweegbrengen. Een te hoge belasting over langere tijd – om welke reden dan ook – kan stress opleveren. Intelligentie, ervaring, leeftijd en sociale vaardigheid spelen een rol in de mate waarin iets als stress beleefd wordt. Acute stress, zoals bij levensbedreiging en geweld voorkomt, maar ook langdurige stress kan het psychisch welbevinden en functioneren nadelig beïnvloeden.

Het is aantrekkelijk en dus veel voorkomend om psychische problemen – burn-out, PTSS, een lichte mate van depressie – te wijten aan omstandigheden binnen de organisatie: leidinggevendens schieten 'altijd' tekort, de reorganisatie geeft veel onzekerheid, het computersysteem loopt 'alsmaar' vast. Dergelijke tekorten van de organisatie komen veel voor en ze worden daarom – deels terecht – vaak genoemd als oorzaak van stress. Toch moet men hierbij ook beducht zijn voor attributie: iets wordt dan tot oorzaak verheven zonder dat daarvoor voldoende bewijs is. De eigen rol en verantwoordelijkheid blijven zo buiten beschouwing.

De ene mens is kwetsbaarder voor externe factoren dan de andere. Biologische factoren kunnen regelprocessen in de hersenen verstoren en zo een rol spelen in het ontstaan van psychische stoornissen. Ook opvoeding en culturele verschillen kunnen een belangrijke rol spelen in het ontstaan van psychische problemen. Met name seksueel misbruik en geweld in de jeugd maken dat men later vaak weinig vertrouwen in anderen zal stellen. Daar tegenover staat dat mensen die heel beschermd zijn opgegroeid, daardoor onvoldoende opgewassen kunnen zijn tegen de dagelijkse niet altijd vrolijke werkelijkheid. Ieder mens heeft behoefte aan waardering. Die waardering kan van anderen komen, maar het is ook een interne zaak. Zijn we tevreden over onszelf of voelen we ons gefrustreerd in wat we willen bereiken? Vrezen we kritiek? Zijn we perfectionistisch en daardoor wat trager dan gewenst? Een mens neemt zichzelf voortdurend de maat, maar die interne dialoog wordt zelden betrokken in het ontstaan van stress.

2.5 Problemen herkennen en hulp zoeken

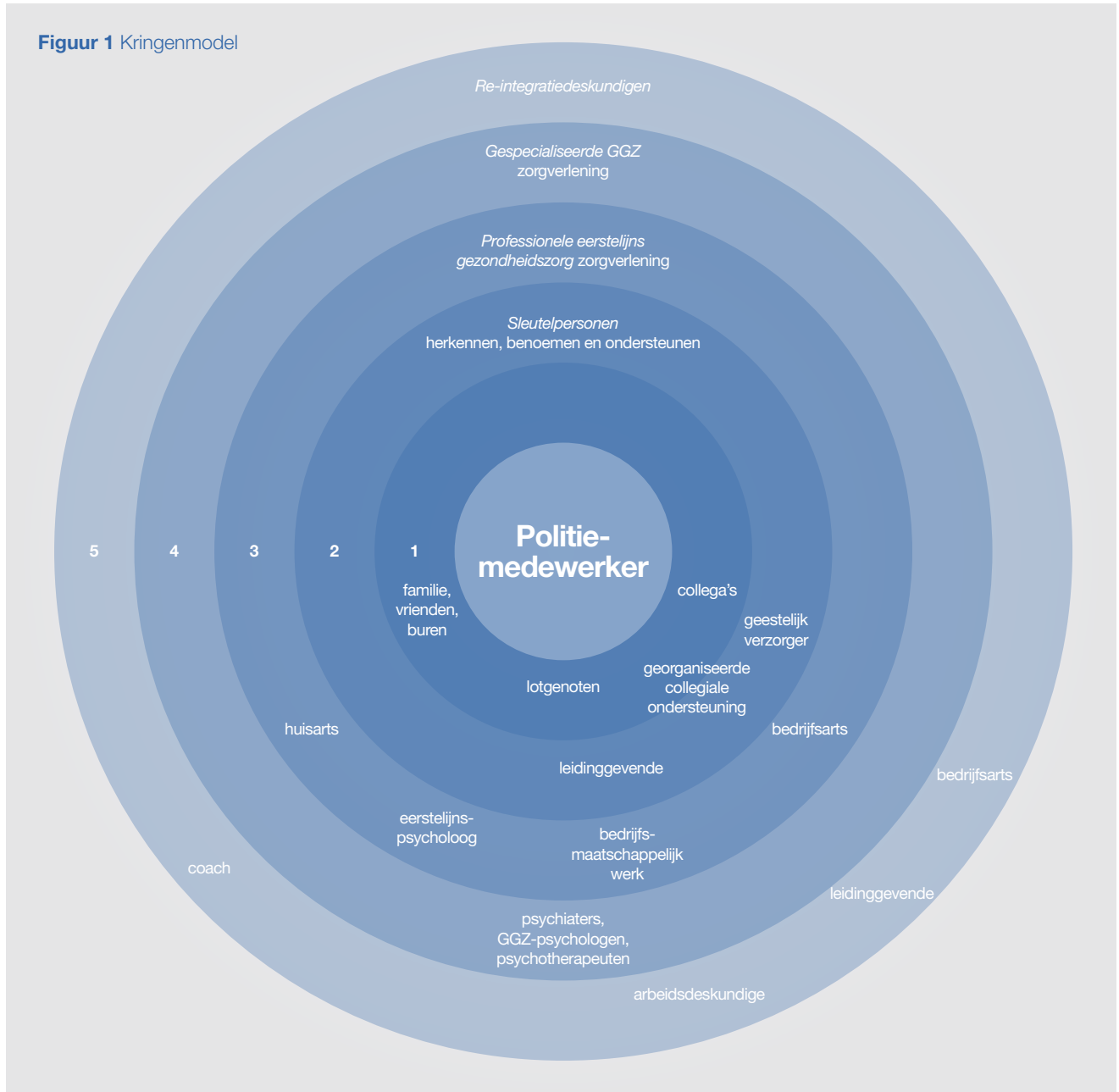
Worden psychische problemen snel herkend bij de politie en vindt er dan een goede doorverwijzing plaats naar de juiste zorg? Dat zijn cruciale vragen die we met de Blauwdruk willen beantwoorden.

Het is bekend dat psychische problematiek niet altijd gemakkelijk herkend wordt door de persoon zelf en ook niet door zijn omgeving. Soms is het direct zichtbaar dat er wat scheelt, bijvoorbeeld als mensen langere tijd slecht slapen of duidelijk in gewicht aankomen of afvallen. Concentratieproblemen en vergeetachtigheid vallen al minder snel op. En de range tussen 'er de pest in hebben' en 'niet meer kunnen voelen' is heel moeilijk in te schatten. In deze Blauwdruk laten we zien dat er bij psychische problematiek anders naar zorg wordt gezocht dan bij de meeste fysieke ziektes.

Lang niet alle mensen die last hebben van psychische problemen komen terecht bij de juiste zorg. De route naar de zorg lijkt het meeste op een trechter. Goldberg en Huxley hebben een model ontwikkeld, waarin te zien is wie wanneer psychische

problematiek vaststelt en hoe men uiteindelijk bij de hulpverlening terechtkomt. Ze becijferden in 1980 dat er jaarlijks van elke 1000 mensen in de gewone bevolking 250 psychische problemen hebben. Van hen gaan er 230 naar de huisarts en 20 dus niet. De huisarts herkent bij 140 personen de psychische problematiek. Van deze mensen verwijst de huisarts uiteindelijk maar 17 personen naar de GGZ.²¹ Van invloed op de weg van probleem naar zorg is of iemand professioneel geschoolde mensen in zijn omgeving heeft.

Figuur 1 Kringenmodel



Het kringenmodel²² hierboven geeft weer wie er allemaal betrokken (kunnen) zijn bij het herkennen van en bieden van hulp bij psychische problemen bij een politiemedewerker.

Mensen zijn geneigd om hun problemen eerst voor te leggen aan vertrouwde personen in hun omgeving (kring 1). Behalve familie, vrienden en burens kunnen dat ook collega's of lotgenoten binnen de politie zijn.

Als contact in de eerste kring niet tot een oplossing leidt, is de volgende stap – op eigen initiatief of op advies van de naasten – om hulp te zoeken bij sleutelpersonen op het werk: geestelijk verzorgers, IBT-docenten, leidinggevenden (kring 2).

²¹ Een recent overzicht van de Nederlandse situatie is niet beschikbaar. In het Nationaal Kompas Volksgezondheid staan gegevens tot 2001. Volgens het Kompas gaat 90% van de mensen met psychische problemen naar de huisarts. Deze herkent deze problematiek bij 70% en verwijst 12 % naar de GGZ. Het AEF-rapport uit 2011 schat dat 25-37% van de politiemedewerkers psychische problemen heeft.

²² Uit: B.P.R. Gersons, Acute Psychiatrie. Van Loghum Slaterus (1985).

Desgewenst, op aanraden van of zelfs in opdracht van bijvoorbeeld een chef, kan iemand aankloppen voor advies bij een professional uit de volgende ring (kring 3). Binnen de politie is dat bijvoorbeeld iemand van het bedrijfsmaatschappelijk werk en/of de bedrijfsarts. Buiten de politiewereld kan het de huisarts zijn, een maatschappelijk werker of een eerstelijnspsycholoog. De professionals in de derde kring hebben geen specifieke psychiatrische of psychotherapeutische scholing.²³ Soms verwijzen zij voor diagnostiek en behandeling door naar mensen die dat wel hebben: psychiaters, GGZ-psychologen en psychotherapeuten (kring 4).

Op de behandeling door de gespecialiseerde professional uit de vierde kring volgt idealiter een route terug naar het werk (kring 5). In deze laatste kring bevinden zich de personen die betrokken zijn bij de re-integratie.

19

De meeste mensen met psychische problemen maken slechts gebruik van hun directe omgeving. Naarmate men verder naar buiten gaat door de diverse kringen, wordt het aantal personen dat daar hulp zoekt steeds kleiner. De directe omgeving, de sleutelpersonen en ook de diverse professionals zijn belangrijk voor de mate waarin politiemensen naar een volgende kring verwezen worden. Zij 'filteren' als het ware van kring naar kring.

Helaas gaat het proces van doorverwijzing vaak gepaard met een zekere zelfstigmatisering bij de politiemedewerkers die in de problemen zijn geraakt.²⁴ Ze voelen zich vaak min of meer verplicht om alle goede raad op te volgen. Op de route door de kringen neemt het zelfvertrouwen af en groeit het gevoel zwak te zijn en daarmee ongeschikt voor het politiewerk. Na een behandeling is daarom aandacht nodig voor re-integratie in het politiewerk en de-stigmatisering.

²³ Eerstelijnspsychologen kunnen soms wel zodanig geschoold en ervaren zijn, dat ze tot de vierde kring gerekend zouden moeten worden. De zorgverzekeraar staat echter alleen toe dat deze professionals zeer korte behandelingen uitvoeren.

²⁴ E. Goffman, *The moral career of the mental patient*, Doubleday & co. (1961).

Feiten over de zorg voor politiemedewerkers met psychische problemen

Het kringenmodel uit het vorige hoofdstuk was een manier om het zorgproces te beschrijven vanuit het perspectief van de politiemedewerker. In de manier waarop de zorg georganiseerd is, zijn die kringen wel te herkennen maar worden niet als zodanig benoemd. Dit hoofdstuk gaat over de formele organisatie van de zorg, zowel van de algemene geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als van wat er nog aanvullend voor politiepersoneel wordt aangeboden. We beperken ons tot de Nederlandse situatie; in Bijlage 10 is te lezen over de psychische hulpverlening in enkele landen buiten Nederland.

Cijfers van de afzonderlijke zorgaanbieders in Nederland geven een indruk van de aantallen politiemensen die er gebruik van maken. Het lijkt erop dat niet alle politiemedewerkers met psychische problemen ook professionele hulp bij hun klachten krijgen. Maar hoe de verhouding is tussen de spreekwoordelijke top en de ijsberg, is niet bekend.

3.1 Geestelijke gezondheidszorg

Politiemensen kunnen net als andere Nederlanders gebruikmaken van de GGZ, zoals die voor iedere Nederlander toegankelijk is. Het kringenmodel uit het vorige hoofdstuk liet al een trapsgewijze route naar deze zorg zien. Informele hulp (kringen 1 en 2) kan worden geboden door familie en vrienden, of door andere naasten in wie de politiemedewerker vertrouwen heeft (bijvoorbeeld een geestelijke of een leraar). Een beroep op meer professionele hulp loopt in ons land altijd via de eerste lijn. Deze bestaat uit de huisarts, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en in toenemende mate eerstelijnspsychologen (kring 3). Als de zorg in de eerste lijn niet toereikend blijkt, worden mensen naar de gespecialiseerde GGZ doorverwezen. Het gaat dan vooral om psychiatrische en psychologische diagnostiek en gespecialiseerde, liefst *evidence-based* behandelingen. Dit wordt binnen de gezondheidszorg de tweede lijn genoemd (kring 4). In deze kring bevinden zich sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, GGZ-psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, al dan niet werkend vanuit een eigen praktijk of maatschap of vanuit grootschalige GGZ-aanbieders (met tussen de 2500 en 8000 medewerkers) of nog verder gespecialiseerde instellingen, zoals Centrum '45 rond traumagerelateerde problematiek. Tot slot (kring 5) vindt arbeidsre-integratie plaats. Hier kan een breed spectrum van professionele hulpverlening en zorg een rol spelen, variërend van de huisarts en bedrijfsarts tot een re-integratiecoach, arbeidsdeskundige en de P&O-adviseur. Ook de directe werkomgeving van de werknemer is erg belangrijk voor een succesvolle re-integratie.

3.2 Specifieke geestelijke gezondheidszorg voor de politie

Psychische problematiek bij politiemedewerkers heeft voor een deel te maken met ingewikkelde en soms zeer bedreigende werkomstandigheden. Dit is waarom binnen de politie in de loop van de jaren een eigen route naar specifieke GGZ-zorg voor politiemensen is ontwikkeld. Deze kan van korps tot korps verschillen en regelmatig komen er nieuwe initiatieven bij. Een doel van deze Blauwdruk is om hier landelijk meer eenheid en lijn in te brengen.

Informeel hulp binnen de politie

Na de oprichting in 1980 van het eerste zelfhulpteam is de georganiseerde collegiale ondersteuning enorm op gang gekomen binnen de Nederlandse politie. De meeste korpsen kennen nu een werkwijze waarbij na een aantal omschreven schokkende gebeurtenissen bij voorbeeld de meldkamer de hulp inroept van leden van een bedrijfsopvangteam (BOT).²⁵ Momenteel wordt de 'Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerd'²⁶ ingevoerd om deze informele hulp bij de Nederlandse politie te stroomlijnen. Ook geestelijk verzorgers hebben in het kleine aantal korpsen, waarin zij werkzaam zijn of waren, vaak een goede bijdrage geleverd aan de informele zorg.

Eerstelijnszorg binnen de politie

Diverse politiekorpsen hebben een sociaal-medisch team dat verantwoordelijk is voor de eerstelijnszorg aan de medewerkers. Het gaat daarbij primair om ziekteverzuim en re-integratie na herstel van ziekte. Leidinggevend maken deel uit van deze teams, evenals één of twee bedrijfsmaatschappelijk werkers en meestal één of enkele bedrijfsartsen. Bedrijfsmaat-

²⁵ Voor dit team bestaan verschillende benamingen zoals Team Collegiale Opvang etc.

²⁶ http://www.impact-kenniscentrum.nl/ne/welkom/richtlijn_geuniformeerd

schappelijk werkers zijn niet overal in dienst van de politie. Bedrijfsartsen waren vroeger in dienst van de politie, maar zijn nu meestal in dienst van arbo-instellingen die een contract met de politie hebben gesloten. De discontinuïteit van bedrijfsartsen is daarom nogal toegenomen, waardoor ook de overdracht van kennis over de politie is afgenomen. Het bedrijfsmaatschappelijk werk en de bedrijfsartsen vormen de toegang tot de specifieke GGZ-zorg voor de politie. In een enkel korps speelt ook een psycholoog een rol in de eerstelijnszorg binnen de politie.

Op sommige plaatsen is meer structuur aangebracht in de toegang tot de zorg.²⁷ Een voorbeeld hiervan is het Zorg Aanmeld Punt (ZAP) in Amsterdam-Amstelland, waar alle zorgvragen – veelal telefonisch – binnenkomen. Een zorgadviseur vormt zich in het eerste gesprek een beeld van de situatie van de cliënt, waarna verwijzing naar eerstelijnsprofessionals binnen de politie kan plaatsvinden.²⁸ Bij de politie Utrecht werkt men sinds 2004 met de Verzuim Integrale Actie (VIA).²⁹ Dit initiatief richt zich ook op toegang tot de professionele zorgverlening. Hier is het niet zozeer de politiemedewerker die zelf met een hulpvraag komt, maar diens leidinggevende. Deze meldt iedere medewerker die langer dan twee weken ziek is bij het VIA-team. Dit team bestaat uit een psycholoog, bedrijfsarts en een coördinator en HRM-adviseur.

Landelijk is sinds 2011 een 24/7-loket in Doorn opgericht in samenwerking met Stichting de Basis.³⁰ Politiepersonen met psychische problemen kunnen zich hier rechtstreeks melden.³¹ Vanuit het Programma Professionele Weerbaarheid Politie zijn mentale weerbaarheidstrainingen opgezet in de hoop dat deze leiden tot minder psychische problemen als gevolg van het politiewerk.³²

Specifieke GGZ voor de politie; Psychopol

In 1996 is op verzoek van de Raad van Hoofddoelcommissarissen bij de afdeling psychiatrie van het AMC in Amsterdam de politiepoli opgericht. Uit onderzoek van Carlier en Gersons³³ bij de vijf korpsen was een specifieke behandeling van post-traumatische stressstoornis bij politiemensen effectief gebleken.³⁴ Intake, diagnostiek en screening na afloop vonden plaats op het AMC terwijl de specifieke behandeling van zestien keer door speciaal getrainde psychologen verspreid over heel Nederland werd uitgevoerd. Sinds 2010 is de politiepoli onderdeel geworden van het Psychotrauma Diagnose Centrum van Arq Psychotrauma Expert Groep in Diemen.³⁵ Hiervoor is vanuit zorgverzekeraar CZ samen met de politie Psychopol opgericht. Hierdoor kan men vanuit de Politie Zorgpolis gebruikmaken van de hulpverlening door de politiepoli. In het begin werd ook de specifieke behandeling voor burn-out vanuit HSK³⁶ hierin betrokken. Er zijn inmiddels 27 zorgaanbieders door CZ ingeschakeld om de politie een zeer breed pakket aan hulp bij psychische problematiek te bieden.³⁷ Met de zorgaanbieders zijn kwaliteitsafspraken gemaakt.

3.3 Politie-medewerkers met psychische klachten

In Nederland werken ruim vijfenvijftigduizend mensen bij de politie van wie één op de drie een vrouw is.³⁸ De leeftijdsopbouw is als volgt: 15% is onder de 31 jaar, 23% tussen 30 en 40 jaar, 29% tussen 40 en 50 jaar en ten slotte 32% boven de 50 jaar. Hoeveel van deze politie-medewerkers psychische klachten hebben, is niet met zekerheid te zeggen. Via verschillende routes kan men op dit moment slechts tot een zo goed mogelijke schatting komen.

Onderzoeken naar psychische klachten bij politie-medewerkers

Er bestaat geen overkoepelend onderzoek bij de Nederlandse politie waaruit blijkt hoeveel politie-medewerkers psychische klachten hebben. Wel zijn er deelonderzoeken gedaan en worden er helaas steeds weer deelonderzoeken uitgevoerd zonder dat deze een volledig overzicht bieden. Carlier e.a. (1994) vonden dat 7% van de onderzochte politie-medewerkers na een ingrijpende gebeurtenis een posttraumatische stressstoornis ontwikkelde. 34% van de onderzochte politie-medewerkers vertoonde symptomen van PTSS ('partiële PTSS'). Houtman e.a. (2005) stelden in hun onderzoek bij 2,1% van de politieagenten stressgerelateerde burn-out vast. Agenten in de basis politiezorg (BPZ) verzuimden meer dan andere functiegroepen binnen de politie. Ook hadden ze minder vaak het idee dat ze in deze functie gezond hun pensioen zouden gaan halen (van Vree e.a. 2005). Agenten in de BPZ vertoonden meer depressieve klachten en waren minder tevreden over hun werk dan mensen in de totale beroepsbevolking.

²⁷ Het kan zijn dat waardevolle initiatieven buiten beschouwing zijn gebleven omdat de projectgroep geen systematische inventarisatie heeft uitgevoerd.

²⁸ Hehenkamp (2012).

²⁹ Zie voor een uitgebreide toelichting op VIA onder meer Werkwijze VIA-ondersteuning (2005) en Pilot VIA (2004).

³⁰ Deze verzorgt het maatschappelijk werk voor veteranen, maar bedient in toenemende mate ook de politie.

³¹ <http://www.blauweveerkracht.nl/impact-politiewerk/hulpverlening>

³² <https://www.politieacademie.nl/kennisenonderzoek/kennis/kennisdossiers/pw/Pages/InleidingProgrammaVersterkingProfessioneleWeerbaarheid.aspx>

³³ Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Gersons, B.P.R., Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk, Gouda Quint, Arnhem (1994).

³⁴ Destijds genaamd Korte Eclectische Psychotherapie (KEP) en sinds 2010 genaamd 'Beknopte eclectische psychotherapie voor PTSS', <http://www.pdcentrum.nl/politiepoli/> (BEP), www.traumabehandeling.net

³⁵ <http://www.pdcentrum.nl/politiepoli/>

³⁶ <http://www.hsk.nl>

³⁷ <http://www.pzp.nl/zorgadvies/re-integratiemodule/psychopol>

³⁸ bron: Jaarverslag politie 2011

Internationale onderzoeken lijken de percentages van Carlier e.a. te bevestigen. Zo wees een onderzoek bij de Noorse politie uit dat 19,4% van de politiemedewerkers last had van ernstige angstsymptomen en/of depressie.³⁹ Over de politie van New York rapporteert Andrew et al. (2008) dat 8,6% van de medewerkers leed aan ernstige depressie en dat 30,5% PTSS of symptomen daarvan vertoonde. Brits onderzoek meldt dat begin jaren '90 van de vorige eeuw 17 tot 22% van de politiemedewerkers (ernstig) verminderd mentaal weerbaar was en dat dit percentage begin 2000 op 41% lag.⁴⁰ Het politievak is daarmee één van de drie beroepen die volgens Collins en Gibbs (2003) – op basis van onderzoek bij bedrijfsartsen en psychiaters – mentaal het meest belastend zijn.⁴¹

In het eerder geciteerde AEF-onderzoek kwam men met schattingen – onder meer op basis van literatuur en gebruikmaking van een panel van experts – uit op het vermoeden dat 25% tot 37% van de Nederlandse politiemedewerkers zeker of waarschijnlijk last heeft van psychische klachten. Bij de groep die zeker psychische klachten heeft (5% tot 7%), is de mentale weerbaarheid zo laag dat de politiemedewerkers er (ernstige) gevolgen van ondervinden. Denk bijvoorbeeld aan het (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt worden door spanningsklachten. Naast deze groep van politiemedewerkers die zeker psychische klachten heeft, loopt een grote groep van 20% tot 30% waarschijnlijk met klachten rond.

23

Een vergelijking met algemene gegevens

Of politiemedewerkers meer last hebben van psychische problemen dan andere mensen is niet met zekerheid te zeggen. Het Trimbos-instituut heeft de psychische gezondheid van Nederlandse volwassenen van 18 tot en met 64 jaar onderzocht. Jaarlijks blijkt 18% van de volwassen Nederlandse bevolking psychische klachten te hebben. Bezien over het hele leven, krijgt 44% van de Nederlandse bevolking een psychische aandoening. Angst- en stemmingsaandoeningen en middelengebruik komen het meeste voor.

Diagnose volgens DSM IV	Laatste 12 maanden	Ooit in het leven
Stemmingsaandoeningen	6%	21%
Angstaandoeningen	10%	20%
Middelenaandoeningen	6%	19%
Aandachtstekort- of gedragsaandoeningen	2%	9%
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	–	3%
Ten minste 1 diagnose	18%	44%

Tabel 1 Prevalentie van psychische aandoeningen onder volwassenen in Nederland (Bron: NEMESIS-2)

Het vergelijken van de Nederlandse politie met de Nederlandse bevolking in het algemeen is lastig. Om te beginnen ondergaan politiemedewerkers een selectie voordat zij worden aangenomen. Op basis daarvan zou je verwachten dat ze minder klachten ontwikkelen dan 'gewone' Nederlanders. Tegelijkertijd maken politiemedewerkers aanzienlijk meer potentieel schokkende gebeurtenissen mee dan de gemiddelde beroepsbevolking, is mogelijk de organisatorische werkstress bij de politie anders en kan de combinatie werk-privé ingewikkelder zijn (door bijvoorbeeld het onregelmatige werk). Een vergelijking is ook moeilijk omdat politiemedewerkers kiezen voor het politievak, waardoor ze gemiddeld wellicht beter in staat zijn om met spanning om te gaan en deze wellicht zelfs stimulerend vinden. Tot slot zijn er ook nog methodologische redenen waarom vergelijking moeilijk is. Zo kijkt het genoemde onderzoek van het Trimbos-instituut niet alleen naar de beroepsbevolking, maar naar alle volwassen Nederlanders van 18 tot en met 64 jaar.

Indicatoren waardoor men psychische problemen kan vermoeden

Ook cijfers die om andere redenen worden verzameld kunnen een indicatie geven van het aantal politiemedewerkers dat kampt met psychische problematiek. Denk bijvoorbeeld aan ziekteverzuim- of uitstroomcijfers. De tabel hieronder geeft een overzicht van een aantal van die indicatoren. In Bijlage 8 leest u er meer over.

³⁹ Berg et al. (2006).

⁴⁰ Collins en Gibbs (2003).

⁴¹ Collins en Gibbs (2003).

Indicator	Toelichting	Resultaten in het kort
<i>Ziekteverzuim</i>	Aantal dagen dat een politiemedewerker zich ziek heeft gemeld.	Het ziekteverzuim bedraagt in 2011 6,2%. ⁴² Onbekend is welk deel hiervan samenhangt met psychische problemen.
<i>Uitstroom</i>	Politiemedewerker is niet langer werkzaam bij de politie.	Per jaar stromen ongeveer 1.800 politiemedewerkers voor hun pensionering weg uit de politieorganisatie. ⁴³ Onbekend is hoeveel politiemedewerkers vertrekken vanwege psychische problematiek.
<i>Integrale beroepsvaardigheden training</i>	Training ter bevordering van kennis, vaardigheden en expertise die executieve politiemedewerkers nodig hebben in de uitvoering van hun werk. ⁴⁴	Het aantal politiemedewerkers dat de IBT-toets niet haalt verschilt sterk, onder meer afhankelijk van leeftijd. ⁴⁵ Onbekend is hoeveel de toets niet halen als gevolg van psychische problemen.
<i>Politiemedewerkers in aanraking met bureau integriteit</i>	Het aantal interne onderzoeken en het aantal politiemedewerkers dat daarbij betrokken is.	Ongeveer 1.400 politiemedewerkers worden jaarlijks intern onderzocht. ⁴⁶ Onbekend is in welke mate deze onderzoeken met psychische problemen samenhangen of die wellicht juist bevorderen.
<i>Potentieel schokkende gebeurtenissen</i>	Gebeurtenissen die als traumatisch kunnen worden ervaren. Welke gebeurtenissen dit zijn, is op voorhand niet te zeggen.	73% van de politiemedewerkers werd in 2010 geconfronteerd met ongewenst gedrag, vooral agressie en geweld. ⁴⁷ Andere potentieel schokkende gebeurtenissen zijn bijvoorbeeld lijkvinding of een schietincident. Hoeveel potentieel schokkende gebeurtenissen politiemensen per jaar meemaken, is niet bekend.
<i>Suicide</i>	Een handeling met dodelijke afloop, door de overledene zelf opzettelijk geïnitieerd. ⁴⁸	Er zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar over het aantal suicides onder politiemedewerkers in Nederland.
<i>Zorggebruik</i>	Alle zorg en hulp die een politiemedewerker ontvangt. Dit kan van professionals in de gezondheidszorg zijn, maar ook van opvangmedewerkers, hulpverleners, familie en vrienden.	In ieder geval 8% van de politiemedewerkers maakt gebruik van psychische zorg door professionele zorgverleners. Informele hulp, zorg en ondersteuning door de directe omgeving is hierbij niet meegenomen.

Tabel 2 Overzicht cijfermatige indicatoren psychische klachten

Het topje van de ijsberg?

We kunnen concluderen dat een aanzienlijk deel van de Nederlandse politiemedewerkers waarschijnlijk met psychische problematiek kampt. Om hoeveel mensen het precies gaat, is niet met zekerheid te zeggen. AEF (2011) heeft geschat dat 25% tot 37% van de Nederlandse politiemedewerkers zeker of waarschijnlijk psychische problemen heeft.

Welke psychische problemen en stoornissen het meeste voorkomen bij politiemedewerkers, is evenmin afdoende onderzocht. Onderzoek bij politiemedewerkers lijkt zich toe te splitsen op stressgerelateerde problematiek en op depressie en PTSS. Over verslaving konden geen gegevens gevonden worden.

Duidelijk is wel dat in ieder geval meer dan 8% van de politiemedewerkers dusdanige psychische problemen ondervindt dat zij behandeld worden in de GGZ. Waarschijnlijk vormt de groep die zorg gebruikt het spreekwoordelijke topje van de ijsberg. Er is grondig empirisch wetenschappelijk onderzoek naar de omvang van verminderde mentale weerbaarheid nodig om de huidige schattingen te kunnen aanscherpen.

⁴² Jaarverslag politie 2011.

⁴³ Expertise Centrum Personeelsvoorziening Politie, 2011: in AEF (2011).

⁴⁴ Op twee manieren kan het slagingspercentage voor de IBT-toets een indicatie zijn van psychische aandoeningen. Ten eerste kan een deel van de politiemedewerkers de IBT-toets niet meer halen, omdat ze bijvoorbeeld te angstig zijn om nog goed te kunnen schieten tijdens de schiettest. Ten tweede halen sommige politiemedewerkers expres hun test niet, zodat ze niet langer op straat hoeven te werken. Overigens kan ook het niet halen van de IBT-toets weer een psychische impact hebben.

⁴⁵ Het verschil van enkele procenten tot enkele tientallen procenten, afhankelijk van onder meer leeftijd en geslacht.

⁴⁶ vtsPN 2011.

⁴⁷ DSP-groep (2011).

⁴⁸ Een suicide hangt per definitie samen met psychische aandoeningen, bijna altijd een problematiek die al langere tijd bestaat.

3.4 De directe omgeving als voorportaal van de zorg

Ook voor een politiemedewerker is de eerste stap bij psychische problemen: deze zelf herkennen of er door de naaste omgeving op gewezen worden.⁴⁹ Hoeveel Nederlandse politiemedewerkers bij zichzelf herkennen dat het mogelijk niet goed gaat op psychisch vlak is onbekend. Evenmin bekend is hoe vaak psychische problemen bij politiemensen door de naaste omgeving worden opgemerkt.

Niet elke politiemans of – vrouw die merkt of hoort dat het niet goed gaat, onderneemt hierop actie. Een onderzoek bij de Noorse politie leert dat daar nog geen 10% van de medewerkers bij symptomen van angst en depressie of suïcidale gedachten contact zocht met een psycholoog of psychiater.⁵⁰ Volgens de onderzoekers Berg et al. (2006) hebben politiemedewerkers grote moeite om zichzelf te zien als iemand die hulp nodig heeft. Zij zijn immers degenen die zelf altijd hulp bieden.⁵¹

25

De directe omgeving van een politiemedewerker fungeert als voorportaal van de zorg, maar blijft ook tijdens en na een eventuele fase van professionele medische zorg in de GGZ een belangrijke rol spelen. Op basis van het kringenmodel uit hoofdstuk 2 worden de volgende personen tot het voorportaal gerekend (kringen 1 en 2): familie en vrienden, collega's, lotgenoten, georganiseerde collegiale ondersteuning, leidinggevenden en geestelijk verzorgers. Voor geen van hen is landelijk bekend hoeveel politiemedewerkers voor hulp en steun bij hen aankloppen.⁵² Evenmin is bekend hoeveel (uren) hulp en ondersteuning een politiemedewerker met psychische problemen gemiddeld uit de directe omgeving ontvangt. Overigens blijkt uit de NEMESIS-2 studie van het Trimbos-instituut dat slechts een derde van de volwassenen in Nederland bij psychische problemen het gesprek daarover aangaat met mensen in de directe omgeving.⁵³ We vermoeden daarom dat slechts een minderheid van de politiemedewerkers zijn of haar psychische problemen bespreekt met de directe omgeving en dat een nog kleiner deel professionele hulp zoekt.

3.5 Gebruik eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is de generalistische zorg die binnen de politie wordt geboden door de bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk, en buiten de politie door onder meer de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. In hoeverre er gebruik wordt gemaakt van deze zorgverleners door politiemedewerkers, komt in deze paragraaf aan bod.

Bedrijfsarts

Hoeveel politiemedewerkers bezoeken per jaar de bedrijfsarts en met welke reden doen ze dat? Navraag bij het landelijk overleg bedrijfsartsen politie (LOBPOL) leert dat er geen geanonimiseerde registraties zijn op basis waarvan deze vraag kan worden beantwoord. Er blijkt geen uniform registratiesysteem te bestaan voor de werkzaamheden van bedrijfsartsen. Van een aantal bedrijfsartsen is bekend dat zij een registratie bijhouden van het aantal bezoekenmomenten en de reden van bezoek. Anderen lijken dit niet te doen. Door de gebrekkige en ongelijksoortige registratie is het niet mogelijk om op landelijk niveau uitspraken te doen over de frequentie waarmee politiemedewerkers de bedrijfsarts bezoeken en de reden hiervan.

Bedrijfsmaatschappelijk werk

Ook het bedrijfsmaatschappelijk werk blijkt geen uniform registratiesysteem te hebben waaruit men zou kunnen aflezen hoeveel politiemensen er jaarlijks komen en met welke reden. Lang niet elke bedrijfsmaatschappelijk werker houdt zelf bij hoeveel bezoekers hij of zij heeft. Landelijke cijfers zijn daarom niet te geven.

Enig inzicht wordt wel verschaft door een onderzoek van Nieuwenhuijsen en Sluiter (2010) bij de politie Amsterdam-Amstelland. Zij laten zien dat van de 312 aanmeldingen/zorgvragen er 214 in de categorie psychisch vallen (69%).⁵⁴

Van de aanmeldingen in de categorie psychisch⁵⁵, is in 80% van de gevallen (172 van de 214) de bedrijfsmaatschappelijk werker de hoofdbehandelaar geweest en 16 maal was een externe zorgverlener betrokken (via Psychopol).

Het onderzoek van Nieuwenhuijsen en Sluiter (2010) geeft – net als het eerdere onderzoek van Kuijer et al. (2005) – een duidelijke indicatie dat het merendeel van de zorgvragen en beroepsziekten binnen de politie psychisch van aard is. Interessant is bovendien dat het merendeel van de zorgvragen in Amsterdam-Amstelland intern wordt behandeld: 172 door het bedrijfsmaatschappelijk werk en slechts 16 door een externe zorgverlener (via Psychopol).⁵⁶ Hoe representatief deze verhouding is voor de totale politie is niet te zeggen. De rol van het bedrijfsmaatschappelijk werk verschilt per korps. In Amsterdam-Amstelland neemt het bedrijfsmaatschappelijk werk een centrale plaats in en is de bedrijfsarts op afstand geplaatst, terwijl het in andere korpsen juist andersom is.

⁴⁹ Het gaat hier om 'mogelijke' psychische klachten, omdat er nog geen sprake is van een gediagnosticeerd ziektebeeld.

⁵⁰ Berg et al. (2006).

⁵¹ Aanvullende verklaringen hebben betrekking op onder meer de politiecultuur waarin het moeilijk is om veronderstelde zwakte te tonen en de beschikbaarheid en kosten van de zorg (Berg et al., 2006).

⁵² Hoe vaak gebruik wordt gemaakt van de georganiseerde collegiale ondersteuning wordt bijvoorbeeld in een aantal korpsen wel geregistreerd, maar omdat de collegiale ondersteuning dermate verschillend is vormgegeven in de korpsen, de registratie lang niet altijd plaatsvindt en ook de wijze van registratie verschilt, kunnen deze cijfers niet worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland.

⁵³ Trimbos-instituut 2010: 55.

⁵⁴ Dit is al dan niet in combinatie met een andere categorie. 48 aanmeldingen hebben betrekking op alleen fysieke klachten. (Nieuwenhuijsen en Sluiter, 2010)

⁵⁵ Driekwart van de psychische klachten zijn relatief mild: het zijn stress-, depressieve of angstklachten; 11% beslaat problemen in de persoonlijkheid, problemen met persoonlijk functioneren of problemen in de interactie met collega's; en 8% problemen in het omgaan met een fysieke aandoening. (Nieuwenhuijsen en Sluiter, 2010)

⁵⁶ In die jaren beschikte Amsterdam-Amstelland over een eigen psycholoog die politiemensen behandelde.

Huisarts

Uit de NEMESIS-2 studie van het Trimbos-instituut blijkt dat 6,1% van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar in het jaar van onderzoek bij de huisarts was geweest vanwege psychische klachten.⁵⁷ Voor politiemedewerkers is dit cijfer niet bekend. Er is geen databestand waarin staat welke politiemedewerker naar welke huisarts gaat, hoe vaak hij gaat en met welke reden hij gaat. Met behulp van een *trusted third party* zou eventueel een koppeling kunnen worden gemaakt tussen data van huisartsen waar het Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Eerste Lijn (NIVEL) over beschikt, en personeelsgegevens van de politie. Dit zou zicht bieden op het zorggebruik dat via de huisarts loopt. Een dergelijk onderzoek lijkt voor de implementatie van de Blauwdruk van belang.

Eerstelijnspsycholoog

Met relatief eenvoudige psychische problemen kunnen politiemedewerkers terecht bij de eerstelijnspsycholoog. In de jaren tussen 2008 en 2010 is het aantal politiemensen dat die stap zet geleidelijk gestegen. Tabel 3 laat zien dat in 2010 3,1% van de politiemedewerkers die via de Politie Zorgpolis (PZP) zijn verzekerd jaarlijks ten minste één maal een eerstelijnspsycholoog bezoekt. Geëxtrapoleerd naar de hele politie gaat het om ongeveer 1.700 politiemedewerkers die gebruikmaken van de eerstelijnspsycholoog.⁵⁸ Daarbij valt op dat mannen minder gebruikmaken van de eerstelijnspsycholoog (2,4%) dan vrouwen (4,3%). Daarnaast is bekend dat het gebruik van de eerstelijnspsycholoog voor de groep 18 t/m 50 jaar ongeveer op 3% ligt, terwijl dit percentage daalt naar 1,1% voor de groep medewerkers van 61 t/m 65 jaar.⁵⁹

	Totaal Percentage t.o.v. totaal verzekerden PZP % (N)	Man Percentage t.o.v. totaal verzekerde mannen PZP ⁶⁰ % (N)	Vrouw Percentage t.o.v. totaal verzekerde vrouwen PZP % (N)
2008 Verzekerden PZP = 57.124	2,5% (1.422)	1,9% (703)	3,6% (719)
2009 Verzekerden PZP = 55.928	2,8% (1.564)	2,2% (795)	3,9% (769)
2010 Verzekerden PZP = 55.495	3,1% (1.691)	2,4% (858)	4,3% (833)

Tabel 3 Zorggebruik eerstelijnspsycholoog in kader Politie Zorgpolis van CZ

De reden van het bezoek van politiemedewerkers aan de eerstelijnspsycholoog wordt niet geregistreerd door CZ. Er kan dus niet worden gezegd of een deel van dit zorggebruik veroorzaakt is door de uitoefening van het politievak. Psychische problematiek zal echter – ongeacht de oorsprong – de professionele uitvoering van het werk hoogstwaarschijnlijk negatief beïnvloeden.

Om een inschatting te kunnen maken van het totale aantal politiemedewerkers dat gebruikmaakt van de eerstelijns GGZ en gespecialiseerde GGZ, is het belangrijk om te weten welke overlap er is in zorggebruik. Met andere woorden, welk percentage van de politiemedewerkers maakt zowel van de eerstelijns GGZ gebruik als van de gespecialiseerde GGZ? Op basis van gegevens uit de PZP blijkt dat slechts 14% van de politiemedewerkers die naar een eerstelijnspsycholoog gaan (1.700), ook gebruikmaakt van de gespecialiseerde GGZ (250).⁶¹ Er lijkt dus sprake te zijn van twee relatief gescheiden zorgpaden. Enerzijds zijn er de politiemedewerkers die, op eigen initiatief of op advies van een hulp- of zorgverlener, naar de eerstelijnspsycholoog gaan. Slechts een kleine minderheid van hen zal de tweedelijns GGZ gebruiken, bijvoorbeeld omdat de behandeling in de eerste lijn onvoldoende resultaat had. Anderzijds is er een groep politiemedewerkers die (meteen) wordt doorverwezen naar de tweede lijn en nooit gebruik heeft gemaakt van een eerstelijnspsycholoog.

Het College voor Zorgverzekeraars heeft onderzocht dat in 2010 in totaal 416.966 Nederlanders gebruikmaakten van eerstelijnspsychologische zorg.⁶² Dat betekent dat 2,5%⁶³ van de gehele Nederlandse bevolking (dus ook de mensen die niet werken) gebruikmaakt van de eerstelijnspsychologische zorg. Uit de NEMESIS-2 studie blijkt dat 6,2% van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar de afgelopen twaalf maanden gebruik heeft gemaakt van de eerstelijns GGZ-zorg anders dan de

⁵⁷ Trimbos-instituut 2010: 53.

⁵⁸ Dit is berekend door 3% te vermenigvuldigen met het aantal politiemedewerkers dat in 2011 bij de politie werkte 56.105 (jaarverslag politie 2011). De aantallen verzekerden in de PZP worden niet een-op-een geëxtrapoleerd naar de hele politie, omdat er ook mensen via de PZP zijn verzekerd die niet in dienst zijn bij de politie (in het bijzonder kinderen van politiemedewerkers tussen 18 en 27 jaar).

⁵⁹ Bron: cijfers CZ over gebruik PZP in 2008 t/m 2010.

⁶⁰ CZ heeft gegevens over het aantal mensen dat is verzekerd in de PZP, maar niet wat hun geslacht of leeftijd is. Men gaat er van uit dat de verdeling man-vrouw en de leeftijdsopbouw beide gelijk zijn aan die binnen de gehele politie (zie Jaarverslag politie 2011).

⁶¹ In 2009 maakten 1.564 verzekerden via PZP gebruik van de eerstelijnspsycholoog. Van hen maakten er 175 ook gebruik van de gespecialiseerde GGZ. Bovendien maakten nog eens 36 politiemedewerkers zowel gebruik van de eerstelijnspsycholoog als Psychopol. In percentages uitgedrukt betekent dit dat 13% van de politiemedewerkers die gebruikmaken van de eerste lijn ook gebruikmaken van de gespecialiseerde GGZ. Voor 2008 ontstaat een vergelijkbaar beeld. Van de 1.422 politiemedewerkers die in 2008 gebruik maakten van de eerstelijnspsycholoog, maakten er 172 ook gebruik van de gespecialiseerde GGZ en van de 1.422 maakten er 33 ook gebruik van Psychopol.

In percentages uitgedrukt gaat het hier om 14% van de politiemedewerkers die zowel de eerstelijnspsycholoog als de gespecialiseerde GGZ benutten.

⁶² <http://www.cvz.nl/zorgcijfers>

⁶³ Bron: CBS, Statline.

huisarts.⁶⁴ Welk deel betrekking heeft op de eerstelijnspsycholoog is echter niet gerapporteerd. Het lijkt erop dat politiemedewerkers iets meer dan gemiddeld (3% in plaats van 2,5%) gebruikmaken van de eerstelijnspsycholoog, maar dit kan op basis van bestaande gegevens niet met zekerheid worden gezegd.

3.6 Gebruik gespecialiseerde GGZ

Na te zijn doorverwezen door een zorgverlener uit de eerste lijn, kan een politiemedewerker worden behandeld door een gespecialiseerde zorgverlener (psychiater of psycholoog) in de tweede lijn. Wanneer politiemedewerkers via de bedrijfsarts of het bedrijfsmaatschappelijk werk worden doorverwezen, kunnen zij (voor werkgerelateerde psychische problemen) gebruikmaken van Psychopol. De overige zorg wordt aangeboden via de Politie Zorgpolis.

27

Gebruik gespecialiseerde GGZ via de Politie Zorgpolis

Zoals Tabel 4 laat zien, bezoekt ongeveer 4% van de politiemedewerkers (2.250) jaarlijks de tweedelijns GGZ. Net als bij de eerstelijnspsycholoog is het zorggebruik bij mannen (3,1%) lager dan bij vrouwen (5,4%). Wanneer het gebruik van de tweedelijns GGZ wordt bekeken naar leeftijdscategorie, valt op dat politiemedewerkers van 31 t/m 40 jaar de tweedelijns GGZ het meest bezoeken (4,4%) en 61 t/m 65-jarigen dat het minst doen (2,4%).⁶⁵

Voor welke psychische klachten politiemedewerkers worden behandeld in de tweedelijns GGZ, wordt niet geregistreerd.

	Totaal Percentage t.o.v. totaal verzekerden PZP % (N)	Man Percentage t.o.v. totaal verzekerde mannen PZP ⁶⁶ % (N)	Vrouw Percentage t.o.v. totaal verzekerde vrouwen PZP % (N)
2008 Verzekerden PZP = 57.124	4,2% (2.423)	3,5% (1.306)	5,6% (1.117)
2009 Verzekerden PZP = 55.928	3,8% (2.121)	3,0% (1.104)	5,2% (1.017)
2010 Verzekerden PZP = 55.495	3,9% (2.179)	3,1% (1.133)	5,4% (1.046)

Tabel 4 Zorggebruik gespecialiseerde GGZ in kader Politie Zorgpolis van CZ (los van Psychopol)

Het is op dit moment niet te zeggen of politiemedewerkers meer of minder gebruikmaken van de tweedelijns GGZ dan andere Nederlanders. De NEMESIS-2 studie rapporteert dat 6,2% van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar gedurende een jaar bij psychische problemen hiervoor gebruik heeft gemaakt van gespecialiseerde GGZ-voorzieningen.⁶⁷ Dit cijfer heeft echter betrekking op de totale bevolking, dus ook op degenen die niet werken. Alleen al daardoor is er moeilijk een vergelijking met de cijfers voor de politie te maken.

De directe medische kosten (vergoed door de Politie Zorgpolis) die samenhangen met geestelijke gezondheidszorg, zijn in onderstaande tabel weergegeven. De tabel laat onder meer zien dat de kosten van de gespecialiseerde GGZ⁶⁸ het tienvoudige bedragen ten opzichte van de eerstelijnspsycholoog.

Jaar	Politie Zorgpolis eerstelijnspsycholoog (€)	Politie Zorgpolis gespecialiseerde GGZ (€)
2008	391.601	5.486.964
2009	430.977	5.164.692
2010	474.084	5.434.620

Tabel 5 Kosten GGZ (bron: CZ)

⁶⁴ Trimbos 2010: 53.

⁶⁵ Bron: cijfers CZ over gebruik PZP in 2010.

⁶⁶ CZ heeft gegevens over het aantal mensen dat is verzekerd in de PZP, maar niet wat hun geslacht of leeftijd is. De aanname is gehanteerd dat de verdeling man-vrouw en de leeftijdsopbouw gelijk is aan die binnen de gehele politie (zie Jaarverslag politie 2011).

⁶⁷ Trimbos-instituut 2010: 53.

⁶⁸ Hier vallen ook dagbehandeling en intramurale behandeling onder die veel kostbaarder zijn dan ambulante hulpverlening.

Zorggebruik via Psychopol

Het zorggebruik via Psychopol wordt nauwkeurig geregistreerd door CZ. In Tabel 6 is te zien dat per jaar ongeveer 1% van de politiemedewerkers een behandeling via Psychopol krijgt (600 politiemedewerkers). Vrouwen maken meer gebruik van behandelingen via Psychopol dan mannen, maar het verschil is aanzienlijk minder groot dan bij de eerstelijnspsycholoog of gespecialiseerde GGZ die wordt aangeboden via de Politie Zorgpolis (PZP) (zie Tabel 6). Indien de ingezette Psychopol-interventies worden verdeeld naar leeftijdsklassen, wordt duidelijk dat ook hier sprake is van redelijk kleine verschillen. Het hoogste percentage wordt gevonden bij werknemers van 31 t/m 40 jaar (1,3%) en het laagste percentage bij 51 t/m 60 jaar en 61 t/m 65 jaar (beide 0,9%). Er is sprake van een behoorlijke toename van het zorggebruik tussen 2009 en 2010, mogelijk als gevolg van meer aandacht binnen de politie en via de media voor psychische problemen bij de politie. De interventiekosten van Psychopol bedragen circa 1,5 miljoen euro.

	Totaal Percentage t.o.v. totaal politiemedewerkers % (N)	Man Percentage t.o.v. totaal politiemedewerkers man % (N)	Vrouw Percentage t.o.v. totaal politiemedewerkers vrouw % (N)
2008 Pol.medew. ⁶⁹ = 54.335	0,8% (448)	0,7% (258)	1,0% (190)
2009 Pol.medew. = 55.233	0,8% (446)	0,8% (287)	0,8% (159)
2010 Pol.medew. = 55.653	1,1% (606)	1,0% (361)	1,3% (245)
2011 Pol.medew. = 56.105	1,1% (602)	1,0% (366)	1,2% (236)

Tabel 6 Gebruik Psychopol uitgesplitst naar geslacht (bron: CZ zorgverzekering)

Tabel 7 laat zien dat meer executieve dan administratief-technische politiemedewerkers gebruikmaken van behandelingen via Psychopol. Dit is waarschijnlijk omdat men in het executieve werk meer kans maakt met schokkende gebeurtenissen geconfronteerd te worden.

	Executief Percentage t.o.v. totaal executieve medewerkers ⁷⁰ % (N)	Administratief-technisch Percentage t.o.v. totaal administratief- technische medewerkers % (N)
2010 Pol.medew. ⁷¹ = 55.653	1,3% (464)	0,8% (142)
2011 Pol.medew. = 56.105	1,1% (430)	0,9% (172)

Tabel 7 Gebruik Psychopol uitgesplitst naar executief en administratief-technisch (bron: CZ zorgverzekering)

Diagnoses

Meer dan de helft van de politiemedewerkers met psychische klachten wordt behandeld voor stressgerelateerde klachten (zie Figuur 2).^{72 73} De top drie van diagnoses is voor vrouwen en mannen hetzelfde: stressgerelateerde aandoeningen, depressieve aandoeningen en angstaandoeningen. Binnen de angstaandoeningen wordt PTSS veruit het meeste gediagnosticeerd (bijna drie keer zo vaak als de overige angstaandoeningen bij elkaar). Verder is bekend dat in 2011 bij 557 medewerkers één interventie werd ingezet, bij 43 medewerkers werden twee interventies en bij twee medewerkers drie interventies ingezet.

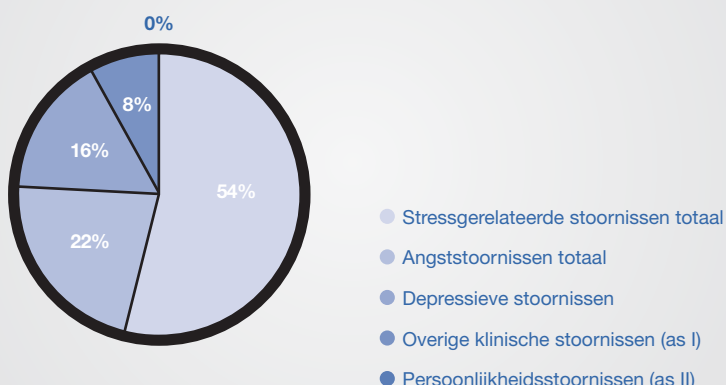
⁶⁹ Het gaat hier om het totaal aantal personen in dienst bij de politie (bron: Jaarverslag politie 2011).

⁷⁰ Verdeling is gebaseerd op het Jaarverslag politie 2011.

⁷¹ Het gaat hier om het totaal aantal personen in dienst bij de politie (bron: Jaarverslag politie 2011).

⁷² CZ registreert de behandelingen op basis van diagnosecodes. De verwijzer (de bedrijfsarts en soms het BMW) maakt een eerste diagnose en geeft op basis daarvan een diagnose-code op. Sommige diagnosecodes zijn niet onderling exclusief. Zo is PTSS een angststoornis en is het onderscheid tussen burn-out, overspanning en spanningsklachten niet duidelijk (allen interventiecodes die worden gehanteerd). Er bestaat overlap tussen sommige diagnoses (bijvoorbeeld stress, overspanning en burn-out). In dit onderzoek zijn voor de helderheid enkele diagnosecodes samengevoegd.

⁷³ Waarbij moet worden opgemerkt dat het gaat om de eerste diagnose zoals die door de bedrijfsarts is gesteld en die dus kan afwijken van de diagnose waartoe een interventie-bedrijf komt.

Figuur 2 Diagnoses Psychopol 2011 (bron: CZ zorgverzekering)

Van de politiemedewerkers die gebruikmaken van Psychopol benut ongeveer 20% tevens zorg uit de gespecialiseerde GGZ die vergoed wordt via de PZP.⁷⁴ Deze overlap lijkt erop te wijzen dat het moeilijk is om een hard onderscheid te maken tussen werkgerelateerde en niet-werkgerelateerde psychische aandoeningen. Deze categorie is met werkgebonden problematiek gediagnosticeerd door de bedrijfsarts, maar maakt ook gebruik van de gespecialiseerde GGZ die niet aan de politie is verbonden.

Re-integratie

Er zijn geen gegevens bekend over verzuim bij psychische aandoeningen. Daarom is ook niet te zeggen hoeveel politiemedewerkers re-integreren na (gedeeltelijke) uitval vanwege psychische problemen. Hoe vaak deze re-integratie succesvol is, bleek evenmin te achterhalen. Uit het lopende dossieronderzoek van PDC Politiepoli blijkt dat driekwart van de gediagnosticeerde politiemedewerkers tevreden is over zijn of haar functie. Een kwart van hen is ontevreden en gaat liever niet terug naar de oude functie.⁷⁵ Het is bekend dat bij *intake* voor de PTSS-behandeling ongeveer de helft van de politiemedewerkers verzuimt, terwijl bij de *out take* 90% weer werkt.⁷⁶

3.7 Geschatte omvang van de psychische problematiek bij de politie

Dit hoofdstuk beschreef hoe de psychische zorg voor de politie formeel is vormgegeven, hoeveel politiemedewerkers psychische klachten hebben en hoeveel politiemedewerkers gebruikmaken van psychische zorg. Formeel is de psychische zorg voor politiemedewerkers opgeknipt in twee delen, een werkgebonden deel dat wordt vergoed door de politie (via Psychopol) en een niet-werkgebonden deel waarvoor politiemedewerkers zichzelf moeten verzekeren.⁷⁷ Kringen 3 en 4 uit het kringmodel (de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde GGZ) zijn daarmee redelijk uitgewerkt in het zorgbeleid. Enkele korpsen hebben ook andere fasen uit het zorgproces verder uitgewerkt, denk aan het ZAP in Amsterdam en het VIA in Utrecht. In het bijzonder voor re-integratie lijkt weinig aandacht te zijn in het formele beleid en veel korpsen lijken nog nauwelijks een omvattende visie op zorgbeleid te hebben ontwikkeld. Als samenhangend beleid ontbreekt, wordt de kans kleiner dat de zorg in de praktijk optimaal is.

Hoeveel medewerkers psychische klachten hebben, en dus eigenlijk zorg zouden moeten krijgen, is niet bekend. AEF (2011) heeft geschat dat 25% tot 37% van de Nederlandse politiemedewerkers zeker of waarschijnlijk psychische klachten heeft. Dit is een schatting en geen wetenschappelijk onderzoek. Er zijn in Nederland en internationaal wel wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar specifieke psychische aandoeningen, bijvoorbeeld PTSS, depressie en burn-out. Maar een grondig onderzoek naar alle psychische aandoeningen bij de politie tezamen, bestaat voor zover bekend niet. Eigenlijk bieden alleen de cijfers over het daadwerkelijke zorggebruik een aanscherping van de schatting van AEF (2011).

⁷⁴ Van de 2.121 verzekerden via PZP die in 2009 gebruikmaakten van de gespecialiseerde GGZ via de Politie Zorgpolis, maken 95 politiemedewerkers ook gebruik van Psychopol. Dit is 21% van alle politiemedewerkers die Psychopol benutten. In 2008 maakten 85 politiemedewerkers gebruik van Psychopol en daarnaast van de gespecialiseerde GGZ die via de Politie Zorgpolis wordt aangeboden (19% van degenen die Psychopol benutten).

⁷⁵ AMC en Arq (2012).

⁷⁶ Plat et al. (2012).

⁷⁷ Een overgrote meerderheid doet dit via de Politie Zorgpolis die CZ aanbiedt.

Ongeveer 3% (1.700) van de politiemedewerkers gaat per jaar één of meerdere keren naar de eerstelijnspsycholoog. Bijna 4% (2.250) van de politiemedewerkers bezoekt per jaar de gespecialiseerde GGZ die via de PZP is gefinancierd en daarnaast maakt 1% (600) gebruik van de gespecialiseerde GGZ die via Psychopol wordt bekostigd. De overlap in zorggebruik is beperkt⁷⁸, en daarom is bekend dat in ieder geval zo'n 8% (4.200) van de politiemedewerkers psychische zorg afneemt. Het daadwerkelijke zorggebruik is waarschijnlijk een stuk groter, aangezien in deze 8% de hulp- en zorgverlening door onder meer de huisarts⁷⁹, bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk niet zijn betrokken. Als breder wordt gekeken dan de formele zorg – bijvoorbeeld naar hulp en ondersteuning die familie, vrienden, collega's en leidinggevenden bieden – dan is de behoefte aan hulp en ondersteuning nog een stuk groter. Hoe groot is niet bekend, want hiervan vindt geen registratie plaats.

⁷⁸ Van degenen die Psychopol benutten, maakt ongeveer 20% tevens gebruik van de gespecialiseerde GGZ die via de collectieve verzekering (PZP) wordt bekostigd. Bovendien is er slechts in beperkte mate sprake van doorstroom van de eerstelijnspsycholoog naar de gespecialiseerde GGZ. Ongeveer 13% van de politiemedewerkers die gebruikmaken van de eerstelijnspsycholoog, maakt ook gebruik van de gespecialiseerde GGZ.

⁷⁹ Ruim 6% van de volwassen Nederlandse bevolking maakt gebruik van de huisarts in verband met psychische klachten, aldus het NEMESIS-2 onderzoek. Onbekend is om hoeveel politiemedewerkers het gaat en in hoeverre de huisarts doorverwijst naar de eerstelijnspsycholoog en gespecialiseerde GGZ.

De zorglijn in de praktijk

Om een zorglijn voor psychische klachten bij de politie te kunnen ontwerpen, is het van groot belang om te weten hoe psychische klachten binnen de politie worden waargenomen, door wie dat gebeurt en welke actie er eventueel wordt ondernomen. Vanuit het kringenmodel weten we immers dat maar een deel van de problemen onderkend wordt en dat slechts een zeer klein deel uiteindelijk bij de geestelijke gezondheidszorg belandt. De cijfers in het vorige hoofdstuk doen sterk vermoeden dat dit ook bij de politie zo is. Om meer over ervaringen uit de praktijk te horen, hield onze projectgroep op 18 april 2011 een werkconferentie. Hier hebben – op onze uitnodiging – 24 mensen aan deelgenomen (zie Bijlage 4). Onder hen waren politiemensen, die zelf problemen hebben gehad en de moeizame weg naar de zorg bewandeld hebben. Er waren leidinggevenden, die in meerdere of mindere mate zich verantwoordelijk voelden voor signalering en geleiding naar de zorg. En er waren maatschappelijk werkenden, een geestelijk verzorgende, bedrijfsartsen en ook psychologen van Psychopol-instellingen. Om snel veel informatie van deze mensen te verzamelen zonder in discussies te belanden, hebben we 58 vragen opgesteld waarop elke deelnemer in korte tijd op een laptop een antwoord moest intypen. Per vraag waren er mensen die snel met een duidelijk antwoord kwamen, en anderen bij wie het meer een vermoeden betrof of die vooral een ideale of wenselijke situatie wilden schetsen. De ‘laptop-conferentie’ heeft 138 pagina’s aan antwoorden opgeleverd. De projectgroep heeft deze gelezen, bediscussieerd en geselecteerd. Met deze aanpak is een redelijk getrouw beeld ontstaan van de dagelijkse praktijk. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de antwoorden uit de werkconferentie.

4.1 Gedrag, psychische klachten en redenen voor bezorgdheid

Op welke gedragingen en klachten letten politiemedewerkers bij anderen en henzelf bij het signaleren van mogelijke psychische problemen? De deelnemers aan de werkconferentie meldden een heel scala aan signalen (zie Bijlage 7). De vier hieronder werden het meest genoemd.

Gespannen zijn

Vaak genoemd is dat een collega meer gespannen lijkt dan voorheen en/of dat iemand bij zichzelf meer spanning merkt. Zoals een respondent zei: ‘Collega’s hebben het idee dat hij [een collega] ieder moment [in woede] kan ontploffen’.⁸⁰ Andere woorden die in dit verband ook gebruikt worden: prikkelbaarheid, over-alertheid, angstig zijn en een kort lontje hebben. De gespannenheid komt tot uiting in de uitvoering van het politiewerk op straat, maar ook bij het functioneren binnen de politieorganisatie en thuis.

Terughoudendheid bij uitvoering

Een tweede veelgenoemde verandering in gedrag is terughoudendheid bij de uitvoering van het werk op straat, in het bijzonder wanneer een situatie mogelijk onaangenaam of schokkend is. Er zijn verschillende voorbeelden genoemd: steeds te laat komen bij een melding; geen noodhulp meer willen doen; kiezen voor de achterwacht; geen initiatief tonen om uit de auto te gaan; reanimaties en andere heftige incidenten vermijden.

Emotioneel terugtrekken

Politiemedewerkers die zich emotioneel lijken terug te trekken, wekken hiermee de bezorgdheid van de deelnemers aan de werkconferentie. Men ziet bijvoorbeeld onverschilligheid in het werk en een futloze, ongeïnteresseerde houding. Het is niet altijd direct zichtbaar wanneer iemand zich emotioneel terugtrekt. Politie-medewerkers proberen het vaak te verhullen als het slecht met ze gaat. Zoals een respondent opmerkt over een collega ‘hij oogt heel toegankelijk, maar vermijdt over de problematiek te spreken, met zowel leidinggevende als bedrijfsarts als bedrijfsmaatschappelijk werker’. Een andere respondent heeft het over een politie-medewerker die sociaal wenselijk en ‘glad’ gedrag vertoont, waardoor de respondent het idee heeft dat de collega een masker draagt en ‘echt’ contact niet mogelijk is.

⁸⁰ Om de anonimiteit van respondenten te borgen, wordt gebruikgemaakt samengestelde citaten. Dit betekent dat verhalen van meerdere respondenten tot één citaat kunnen zijn verweven.

Conflicten en agressief gedrag

Vele voorbeelden worden genoemd van medewerkers die (herhaaldelijk) in conflicten verzeild raken. De conflicten kunnen intern zijn – met collega's en leidinggevenden – maar ook op straat met burgers en in de privésfeer met familie en vrienden. Meermalen wordt gewezen op politiemedewerkers die de indruk willen wekken 'keihard' te zijn of altijd voorop te lopen, juist omdat zij vrezen voor angstig aangezien te worden. De volgende situatie laat zien hoe psychische problemen effect kunnen hebben op de uitvoering van het werk op straat:

'Bij een verkeersongeval trok hij [de politiemedewerker] plotseling zijn pistool en richtte dit op een slachtoffer in een brandende auto met de bedoeling om "dit af te maken". Een andere collega kon hem daar op het laatste moment van weerhouden. De betrokken collega vertelde dat hij op dat moment dacht de brandende persoon uit zijn lijden te verlossen.'

De respondenten leken er vertrouwen in te hebben dat zij mogelijke psychische klachten – in ieder geval bij directe collega's – kunnen waarnemen. Dat wil niet zeggen dat zij alle problemen zullen opmerken. Wanneer collega's proberen te verbergen dat ze psychische problemen hebben, is het lang niet altijd mogelijk om hier doorheen te prikken en te zien wat er aan de hand is. Over het herkennen en benoemen van klachten bij zichzelf zijn de meningen verdeeld. Waarschijnlijk is er een aanzienlijke groep politiemedewerkers die psychische klachten bij zichzelf niet kan of wil zien.

4.2 Herkenning, benoeming en ondersteuning door de directe omgeving

'Mijn klachten zijn begonnen met het slecht slapen na een incident en het opzien tegen mijn diensten. Ik heb dit aangegeven bij mijn leidinggevende, maar hier is op dat moment niets mee gedaan. Onbewust zijn mijn klachten vervolgens vier jaar aanwezig geweest, maar op de achtergrond. Door een voorval in mijn privé-situatie stonden de klachten ineens op de voorgrond. Ik ging huilend naar mijn werk, draaide mijn diensten met een hoge harts slag en zweethanden en ging huilend weer naar huis. Na een aantal dagen begon dit op het bureau op te vallen en werd aan mij gevraagd of het wel goed ging. Hierna ging het snel en had ik diezelfde week nog een afspraak bij de bedrijfsmaatschappelijk werker binnen de organisatie. Deze verwees mij door naar het AMC. Vervolgens ben ik door de organisatie losgelaten en kreeg ik weinig begrip. Ik had het gevoel het alleen te moeten doen.'

Bij de politie is het geen gemeengoed om regelmatig na te gaan hoe het met iedereen gesteld is. Veel politiemedewerkers lijken bang om het daar over te hebben. Men loopt met een grote boog om mogelijke probleemgevallen heen. Pas als er echt iets verandert in het gedrag van mensen, ziet men een kans om daarover te beginnen.

Om een verandering in iemands gedrag te bemerken moet je die persoon gedurende enige tijd kennen. Mensen die dicht bij een politiemedewerker staan en/of vaak contact met de politiemedewerker hebben, zijn in een goede positie om gedragsveranderingen waar te nemen en dus mogelijke psychische klachten te signaleren. Bovendien zijn zij vaak een belangrijke bron van ondersteuning, ook wanneer de politiemedewerker zelf niet onderkent dat het niet goed gaat.

Onze respondenten noemen een behoorlijk aantal personen die soms psychische problemen herkennen, benoemen en ondersteuning bieden (zie Bijlage 8). In totaal gaat het om ongeveer dertig categorieën personen, variërend van de vertrouwenspersoon tot de docent integrale beroepsvaardigheid. Zoals zal blijken heeft deze diversiteit voor- en nadelen. Hieronder bespreken we de categorieën personen die volgens de respondenten het belangrijkste zijn bij de signalering en ondersteuning.⁸¹ Dat blijken vooral mensen uit de eerste kring te zijn: familie, vrienden en collega's.

Politiemedewerkers zelf

Politiemedewerkers met wie het psychisch niet goed gaat, laten dat zelf regelmatig merken. Ze vertellen bijvoorbeeld aan hun partner, collega of de geestelijk verzorger over hun klachten. Soms kunnen ze deze klachten zelf niet goed plaatsen, maar in andere gevallen hebben politiemedewerkers zelf een zeer duidelijk beeld van wat ze denken dat het probleem is. Zo zijn meerdere voorbeelden genoemd van politiemedewerkers die denken dat ze een burn-out, depressie of PTSS hebben en de bedrijfsarts vragen om hiervoor gediagnosticeerd te worden.

Een complicatie is dat politiemedewerkers met psychische klachten lang niet altijd weten waar ze terecht kunnen. Zorgverleners (binnen de politieorganisatie) zijn vaak niet duidelijk zichtbaar, en als politiemedewerkers al van hun bestaan weten dan is hen vaak nog niet duidelijk bij wie ze met welke vragen terecht kunnen.

⁸¹ De huisarts, bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werker en psycholoog vervullen in de praktijk een belangrijke rol. Bij hun rol wordt echter in paragraaf 4.3 stilgestaan, aangezien zij naast het signaleren vooral hulp en zorg verlenen.

Een belangrijke uitkomst uit de werkconferentie is dat er ook een groep politiemedewerkers is die niet lijkt te zien dat het niet goed met hen gaat. Volgens onze respondenten kán een deel van de collega's de eigen problemen niet zien, en een ander deel wil ze niet zien. De eerste categorie politiemedewerkers heeft onvoldoende afstand om bij zichzelf gedragsveranderingen waar te nemen en/of onvoldoende kennis om veranderd gedrag of klachten te verbinden met psychische problemen. De tweede categorie politiemedewerkers wil de eigen problemen niet erkennen, ook niet wanneer ze daarop door anderen worden aangesproken of hulp aangeboden krijgen. Een van de respondenten meldt:

'Het [probleem] moet eerst natuurlijk wel onderkend worden. Daar gaat nogal eens wat tijd overheen. De politiecultuur kenmerkt zich door toedekken, ontkennen en vooral macho-gedrag. Heb je eenmaal de klik met betrokkene, dan kan het snel gaan.'

33

Het mijden van zorg wordt in verband gebracht met een machocultuur: als het niet goed met je gaat, wordt dit als zwakte gezien. Bovendien werkt het ontvangen van zorg stigmatiserend, zo wordt regelmatig gezegd. Deze beeldvorming kan weer negatieve gevolgen hebben voor je loopbaan, zo weten respondenten te vertellen. Helaas zijn geen gegevens beschikbaar over de verhouding tussen politiemedewerkers die uit zichzelf hulp zoeken en medewerkers die door hun omgeving moeten worden aangezet of gedwongen om dit te doen. Op basis van de uitspraken van de respondenten wordt wel duidelijk dat beide situaties regelmatig voorkomen.

Familie en vrienden

Familie en vrienden zijn goed – sommige respondenten zeggen het beste – in staat om gedragsveranderingen bij de politiemedewerker waar te nemen. In het aanspreken van politiemedewerkers en het bieden van steun en hulp vervullen zij in de praktijk dan ook een belangrijke rol. Helaas praten politiemedewerkers thuis niet altijd over hun werk. De reden die hiervoor wordt aangedragen is dat familie en vrienden die niet bij de politie werken moeilijk zouden kunnen begrijpen wat het werk inhoudt en met je doet. Bovendien trachten politiemedewerkers ook te voorkomen dat hun familie zich zorgen maakt over wat ze allemaal meemaken.

Als de klachten aanhouden, raden familie en vrienden aan om buiten de politieorganisatie hulp te zoeken (huisarts en psycholoog) of daarbinnen (leidinggevende en bedrijfsarts). Er zijn verschillende drempels voor familie en vrienden om zelf contact te zoeken met de politieorganisatie of om de politiemedewerker aan te zetten contact te zoeken met het korps. Niet altijd weet men dát men contact kan opnemen met het korps. Daarnaast willen familie en vrienden niet het gevoel hebben dat ze de politiemedewerker in de steek laten door naar het korps te stappen. Maar er zijn ook familieleden en vrienden die de weg naar de politieorganisatie wel weten te vinden. Er zijn voorbeelden bekend van partners die zelf contact zoeken met de direct leidinggevende van hun partner of die te rade gaan bij collega's van hun partner. Reden voor hen om contact met het korps te zoeken, lijkt zowel de werkgerelateerde aard van de psychische aandoeningen te zijn, als dat de politiemedewerker naar hun mening zelf onvoldoende actie onderneemt.

Familie en vrienden moeten beter worden betrokken bij de signalering, zo wordt meermalen opgemerkt, en daarnaast ook bij de re-integratie. Het politievak vergt veel van de politiemedewerker, maar ook van diens directe omgeving. De respondenten moedigen initiatieven ter versterking van het contact tussen de politieorganisatie en de familie van de politiemedewerker aan. Ze denken daarbij aan informatiebijeenkomsten en gezamenlijke activiteiten.

Directe collega's en lotgenoten

Directe collega's (niet georganiseerd in collegiale ondersteuning) kunnen snel opmerken dat het gedrag van een politiemedewerker verandert. Maar wat doen collega's met deze informatie? Tijdens de werkconferentie werden drie manieren genoemd om met zo'n situatie om te gaan. De eerste manier is het direct hierop aanspreken van de politiemedewerker met wie het mogelijk niet goed gaat. Een tweede mogelijkheid is contact zoeken met de leidinggevende van de politiemedewerker.

De derde manier is contact opnemen met andere collega's om de eigen vermoedens te peilen.

Het bespreekbaar maken van de klachten kan steun en erkenning geven, aldus de respondenten. De directe collega kan door gesprekken tijdens de pauze, in de auto, of lopend op straat een belangrijke steunende factor zijn bij het omgaan met klachten die ook het werk beïnvloeden. Daarnaast geven collega's soms advies over het zoeken van hulp. De collega adviseert bijvoorbeeld om contact te zoeken met de direct leidinggevende, bedrijfsmaatschappelijk werk, bedrijfsarts en/of huisarts.

Veel politiemedewerkers vinden het moeilijk om een collega aan te spreken wanneer ze vermoeden dat diegene psychische problemen heeft. Men is bang voor een negatieve reactie van de politiemedewerker en vreest dat de onderlinge relatie verslechtert. Een relatie die erg belangrijk is wanneer je op straat blindelings op elkaar moet kunnen vertrouwen. Een respondent schrijft:

‘Een medewerker die meermalen met alcohollucht op het werk verschijnt. In eerste instantie werd dit toegedekt, maar nadien aan leidinggevende kenbaar gemaakt. Het toedekken gebeurde, omdat het een goede en aardige collega betrof en je ‘verlinkt’ iemand niet. Het eerste persoonlijk aanspreken was door een collega gebeurd. Via de leidinggevende werd dit, nadat eerst vanuit de lijn aandacht aan de persoon en het probleem was besteed, aan de Afdeling Integriteit & Veiligheid gemeld. Achteraf gezien waren de signalen te lang blijven liggen.’

De stap naar de leidinggevende wordt volgens een respondent vooral gemaakt als er onvoldoende vertrouwensbasis is met de politiemedewerker die mogelijk psychische klachten heeft. Opvallend is dat ondanks de vaak genoemde terughoudendheid, het direct aanspreken wel als het meest wenselijk wordt gezien. Naar een leidinggevende of een andere collega stappen is meermalen omschreven als ‘klikken’. Kortom, collega’s zien zich met een dilemma geconfronteerd: zowel rechtstreeks aanspreken als melden bij anderen kan negatieve gevolgen hebben. Er wordt daarom uit onmacht regelmatig voor gekozen om niets met een signaal te doen.

Lotgenoten⁸² nemen een bijzondere plek in. Hoewel er niet expliciet naar is gevraagd tijdens de werkconferentie, noemen enkele respondenten de rol van lotgenoten bij het bieden van steun en erkenning. Onder lotgenoten voelt men zich begrepen. Een paar woorden zijn vaak genoeg om over te brengen wat er zich in het hoofd afspeelt. Dat kan volgens de respondenten maar bij weinig mensen, zeker buiten de politie. Het lotgenotencontact wordt bovendien gewaardeerd vanwege het uitwisselen van adviezen en tips over hoe met de psychische klachten om te gaan, zowel op het werk als privé.

Leidinggeevenden

Politiemedewerkers verwachten veel van hun leidinggevende: hij wordt geacht te signaleren, op basis van de signalen actie te ondernemen, erkenning te geven en steun te bieden. Deze verwachtingen worden in de praktijk zeker niet altijd waargemaakt. Veel respondenten maken een tweedeling in leidinggeevenden. Enerzijds zijn er de leidinggeevenden die oog hebben voor hun medewerkers en hen tijd, aandacht en steun geven. Anderzijds zijn er ook leidinggeevenden met weinig aandacht voor hun medewerkers, die hen niet goed kennen, psychische problemen niet zien of deze bewust negeren en liever met de cijfers bezig zijn. Deze laatste groep wordt door een respondent bestempeld als de ‘spreadsheet managers’. Volgens verschillende respondenten zijn veel leidinggeevenden onwetend en onkundig als het gaat om psychische problematiek en de zorgmogelijkheden daarvoor. Leidinggeevenden zouden bijvoorbeeld niet weten naar wie ze kunnen doorverwijzen en wie de regie kan/moet nemen in het zorgproces.

Regelmatig stappen politiemedewerkers met psychische klachten pas in tweede instantie op de leidinggevende af. Een reden hiervoor is dat de leidinggevende de formele beoordelaar is en men over het algemeen wil dat de beoordelaar een positief beeld heeft. En tweede reden is dat politiemedewerkers soms meerdere direct leidinggeevenden hebben en niet weten naar wie ze het beste kunnen gaan. Zeker voor aspiranten zou het onduidelijk zijn wie hun eerste aanspreekpunt is (de leerprocesbegeleider of de leidinggevende uit het korps?). Daar komt nog bij dat er veel personele wisselingen zouden zijn onder de leidinggeevenden, waardoor moeilijk een (vertrouwens)band kan worden opgebouwd tussen medewerker en leidinggevende.

‘Je ziet in de praktijk dat collega’s eerst met elkaar praten: dit is laagdrempelig. Naar aanleiding van deze gesprekken gaan ze soms in gesprek met hun leidinggevende.’

Wanneer een leidinggevende signalen ontvangt, wordt verwacht dat hij daar iets mee doet. Dat gebeurt ook regelmatig. Leidinggeevenden gaan bijvoorbeeld zelf het gesprek aan met de medewerker. In dat gesprek wordt – bij ernstige problematiek – geadviseerd om contact op te nemen met bijvoorbeeld bedrijfsmaatschappelijk werk, bedrijfsarts en soms ook met de collegiale ondersteuning (als er een directe relatie is met een incident). Uit de werkconferentie kwam het volgende voorbeeld:

‘Na het niet verschijnen op het werk legt de leidinggevende een huisbezoek af en treft de medewerker in ernstig beschonken toestand aan. Leidinggevende vraagt zich af of er sprake is van alcoholisme en regelt een spreekuur met de bedrijfsarts.’

Het beeld ontstaat dat leidinggeevenden een sleutelrol vervullen in de toegang tot de gespecialiseerde hulp- en zorgverlening. Leidinggeevenden kunnen adviseren om professionele hulp te zoeken, en worden ook vaak op de hoogte gesteld door politiemedewerkers zelf wanneer zij hulp zoeken bij bijvoorbeeld de bedrijfsarts. Waarschijnlijk heeft de leidinggevende zo’n sleutelrol omdat hij verantwoordelijk is voor het verzuim binnen zijn team.

⁸² In de woorden van de respondenten zijn lotgenoten collega’s die (soortgelijke) psychische problemen hebben en eventueel ook nog hetzelfde type incidenten hebben meegemaakt. In zekere zin zijn alle collega’s lotgenoten, want velen hebben dezelfde dingen meegemaakt op straat. Politiemedewerkers praten daarom soms makkelijker met elkaar dan met familie en vrienden.

Georganiseerde collegiale ondersteuning

Bijna alle politiemedewerkers hebben na het meemaken van een potentieel schokkende gebeurtenis de mogelijkheid om hierover een gesprek te voeren met een collega die deeluitmaakt van de georganiseerde collegiale ondersteuning.⁸³ Deze ondersteuning is onder verschillende noemers bekend: het bedrijfsopvangteam (BOT), de collegiale opvang en het calamiteiten opvangteam. Volgens de respondenten zijn de belangrijkste taken van de collegiale ondersteuning: een luisterend oor bieden, erkenning geven voor hetgeen er gebeurd is, praktische hulp geven en signaleren als het psychisch niet goed gaat. Als de opvangmedewerker merkt dat het mogelijk niet goed gaat, adviseert hij om gespecialiseerde hulp te zoeken, bijvoorbeeld bij het bedrijfsmaatschappelijk werk, de bedrijfsarts of de geestelijk verzorger. Ook kan een collegiale ondersteuner aanraden contact te zoeken met de leidinggevende.

Uit de reacties van respondenten wordt duidelijk dat zij het belang van de collegiale ondersteuning verschillend inschatten. Sommigen zien en ervaren een groot belang, terwijl de collegiale ondersteuning voor anderen geen rol van betekenis speelt. Dat er collegiale ondersteuning is, wordt door bijna alle respondenten wel als iets positief gezien. De medewerkers die hun verhaal kwijt willen, kunnen dat in ieder geval op deze manier.

Respondenten hebben twee belemmeringen genoemd voor de effectiviteit van de collegiale ondersteuning. Ten eerste zouden groepsdruk en machocultuur maken dat het lastig is om gebruik te maken van de collegiale ondersteuning. Kennelijk kan het stigmatiserend werken om een gesprek te voeren met een collegiale ondersteuner: als je dat doet gaat het niet goed met je en kom je in een medisch circuit. Ook is meermalen genoemd dat getroffen bang zijn dat informatie uit de gesprekken wordt gedeeld met anderen. Een tweede belemmering die respondenten noemen, is de timing van de inzet van de collegiale ondersteuning. Vlak na een incident (vaak binnen 48 uur) is opvang beschikbaar, eventueel gevolgd door een tweede en soms derde gesprek in de weken na het incident. Soms heeft de politiemedewerker die het incident heeft meegemaakt op dat moment geen behoefte aan een gesprek of is er nog niet aan toe. Later kunnen de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis zich alsnog manifesteren, maar dan is er vaak geen contact meer met de collegiale ondersteuner.

Geestelijk verzorger

Twee politiekorpsen (Friesland, Amsterdam-Amstelland) en de Politieacademie hebben een geestelijk verzorger. Hoogstwaarschijnlijk mede door dit beperkte aantal, is voor veel respondenten de geestelijk verzorger onbekend en weten zij niet welke rol deze kan hebben in het versterken van de mentale weerbaarheid. Respondenten die wel ervaring hebben met een geestelijk verzorger, zijn daar overwegend (zeer) positief over. Zij beschrijven geestelijk verzorgers vooral als onpartijdige personen die een luisterend oor bieden, ook voor de niet direct werkgerelateerde vragen. Bovendien lijkt er vaak een vertrouwensband te bestaan tussen de politiemedewerker en de geestelijk verzorger.

Wanneer casuïstiek niet tot de deskundigheid behoort van de geestelijk verzorger, adviseert deze om contact op te nemen met bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werker, psycholoog of huisarts, aldus de respondenten. Het volgende citaat laat zien hoe een politiemedewerker bij de geestelijk verzorger komt en hoe de geestelijk verzorger een schakel vormt naar gespecialiseerde zorg:

‘Een politievrouw toont duidelijk vermijdingsgedrag als er sprake is van gebeurtenissen waarbij een dood lichaam aanwezig is. Ze probeert daarbij uit de buurt te blijven. Een lid van de collegiale ondersteuning spreekt haar daarop aan en adviseert haar hulp te zoeken. Dat vindt ze lastig en de collegiale ondersteuner attendeert haar op de geestelijk verzorger. Zij belt met de geestelijk verzorger en die gaat met haar in gesprek. Haar levensverhaal en persoonlijke ervaringen met dode mensen spelen een belangrijke rol. Zij heeft een angststoornis ontwikkeld en via de bedrijfsarts wordt zij verwezen naar een psycholoog.’

Docent integrale beroepsvaardigheidstraining

Executieve politiemedewerkers krijgen tijdens de politieopleiding en daarna jaarlijks integrale beroepsvaardigheidstrainingen (IBT). Denk bijvoorbeeld aan schietoefeningen. Tijdens de IBT komen af en toe gedragingen aan het licht die kunnen duiden op psychische problemen. Zo kunnen politiemedewerkers zeer gespannen zijn tijdens de oefening of naar het lijkt expres hun schiettest niet halen, omdat ze dan niet meer op straat hoeven te werken. De IBT-docenten kunnen dergelijk gedrag waarnemen. Enkele respondenten melden dat IBT-docenten soms politiemedewerkers aanspreken met wie het niet goed lijkt te gaan, of ze zoeken contact met de leidinggevende van de medewerker of het hoofd IBT.

Respondenten verschillen van mening over de vraag welke rol IBT-docenten moeten hebben op het gebied van mentale weerbaarheid. Voorbeelden worden genoemd van IBT-docenten die proactief handelen en goede ondersteuning bieden. Tegelijkertijd vinden sommige respondenten ook dat IBT-docenten de politiemedewerkers als nummer behandelen en vooral zijn gericht op sancties, zoals het innemen van het dienstwapen.

⁸³ Het verschilt per korps wanneer de collegiale ondersteuning in actie komt. Regelmatig wordt gewerkt met een incidentenlijst van voorvallen waarbij de meldkamer de collegiale ondersteuning inschakelt. Het gaat daarbij om ernstige incidenten zoals een ongeluk met dodelijke afloop of een schietincident. Daarnaast kan de direct leidinggevende bepalen of collegiale ondersteuning wordt ingezet en doen medewerkers soms zelf een verzoek om een gesprek te voeren met een collegiale ondersteuner. Ook wanneer (hoe lang na het incident) en op welke wijze ondersteuning wordt gegeven (aantal gesprekken, telefonisch of face-to-face) is verschillend.

Iedereen kijkt naar elkaar, maar wie doet iets?

Politiemensen die merken dat het niet goed met hen gaat, vinden het vaak moeilijk om hulp te vragen. Ze zijn bang om afgedaan te worden als 'watje' en vrezen een negatieve impact op hun carrière. Het zoeken van hulp binnen de politieorganisatie lijkt bijna per definitie omgeven door wantrouwen. Bij welke gespecialiseerde hulpverleners ze terecht kunnen, is onduidelijk en er lijkt niemand te zijn die de regie heeft over het hele zorgproces. Dit alles neemt niet weg dat politiemedewerkers ook een eigen verantwoordelijkheid hebben in het psychisch gezond blijven/worden.

Er zijn vele gedragingen en klachten die in de praktijk reden kunnen vormen voor bezorgdheid. Uit de werkconferentie blijkt dat het voor de directe omgeving van politiemedewerkers lastig is om iets te doen met die signalen. Vaak weten naasten niet wie er hulp zouden kunnen bieden. Volgens respondenten hebben nu teveel mensen een rol in de toeleiding naar zorg (leidinggevendenden, collega's, familie en vrienden, collegiale ondersteuners, geestelijk verzorgers, IBT-docenten). Iedereen kijkt naar elkaar, maar wie doet iets?

Loyaliteit is een andere reden waarom de mensen rondom de politiemedewerker terughoudend zijn om deze aan te spreken en om hun zorgen te uiten bij bijvoorbeeld de leidinggevende. Andere politiemensen vinden het vaak makkelijker om onderling te praten over een collega bij wie zij psychische problemen vermoeden, dan dat ze met deze persoon in gesprek gaan. Bij de politie lijkt een cultuur te bestaan waarin je elkaar niet graag aanspreekt op vermeende zwakte.

Personen die in de praktijk signalen oppikken en ondersteuning bieden zijn vooral directe collega's, familie en leidinggevendenden. Ieder van deze personen heeft zijn kracht en beperkingen. Collega's vinden het regelmatig moeilijk elkaar aan te spreken, maar kunnen tegelijkertijd makkelijker met elkaar praten omdat ze weten wat het politievak inhoudt. Familie en vrienden missen de aansluiting bij de politieorganisatie, waardoor op het bureau niet altijd zicht is op signalen uit de privé-situatie. Tegelijk biedt de afstand van de organisatie ook weer veiligheid aan de politiemedewerker, waardoor die bepaalde zaken soms makkelijker thuis of met vrienden deelt. Leidinggevendenden zien het niet altijd als hun taak om oog te hebben voor de psychische gesteldheid van hun medewerkers, al zijn er ook die wel oog hebben voor hun medewerkers en een sleutelrol vervullen in de toegang tot de gespecialiseerde hulp- en zorgverlening.

Om de signalering te verbeteren, dragen de respondenten verschillende mogelijkheden aan. Zo zou de politiemedewerker zelf meer verantwoordelijkheid moeten krijgen in het kenbaar maken dat het psychisch niet goed gaat. Een cultuur waarin verminderde weerbaarheid bespreekbaar is, is daartoe wel een voorwaarde. Ook zijn er kansen in het beter betrekken van familie en vrienden. Veel genoemd is bovendien de invoering van een (verplichte) mentale check up. Door bijvoorbeeld jaarlijks een vragenlijst te laten afnemen, kan gekeken worden hoe het staat met de psychische gezondheid van een politiemedewerker.

4.3 Hulp- en zorgverlening door de eerste lijn

Hulp- en zorgverleners uit de eerste lijn bieden een belangrijke aanvulling op de hulp en steun die politiemedewerkers uit hun directe omgeving krijgen. De rol van familie, vrienden, collega's en leidinggevendenden kunnen zij zeker niet overnemen. Als een politiemedewerker bijvoorbeeld naar een bedrijfsmaatschappelijk werker of bedrijfsarts gaat, is het goed mogelijk dat hij nog gewoon doorwerkt en dus contact heeft met collega's en leidinggevende.⁸⁴ Ook het thuisfront blijft onverminderd belangrijk. De eerstelijnszorg bestaat voor politiemedewerkers uit vier professionele hulp- en zorgverleners: bedrijfsmaatschappelijk werker, bedrijfsarts, huisarts en eerstelijnspsycholoog. Er ontstaan nu twee uit elkaar lopende trajecten waarin men terecht kan komen. Het externe traject is dat van de huisarts en de psycholoog. Die weg, die voor alle Nederlanders openstaat, zal door een politiemedewerker op eigen initiatief genomen worden. Vanuit de politieorganisatie is er dan geen zicht meer op wat daar gebeurt. De andere weg verloopt intern, waarbij men al dan niet vrijwillig bij het bedrijfsmaatschappelijk werk of de bedrijfsarts terecht komt.

Bedrijfsmaatschappelijk werk

Het bedrijfsmaatschappelijk werk probeert inzicht te krijgen in het probleem dat een politiemedewerker heeft, dit probleem bespreekbaar te maken, en te ontdekken waar de politiemedewerker behoefte aan heeft. Politiemensen kunnen zelf met hun klachten naar het bedrijfsmaatschappelijk werk stappen, of de leidinggevende doet dat voor hen. Bij een 'lichte' hulpvraag – denk aan praktische ondersteuning en relatief eenvoudige psychische aandoeningen – biedt het bedrijfsmaatschappelijk werk vaak zelf ondersteuning en behandeling. Bij de meer complexe en ernstige problematiek verwijst het door naar gespecialiseerde hulp- en zorgverleners. Het hangt af van het type klachten van de politiemedewerker, diens wensen en de contacten van het bedrijfsmaatschappelijk werk met zorgverleners naar wie men doorverwijst. Bij psychische problematiek is dat vooral naar een psycholoog, die al dan niet (via Psychopol⁸⁵) aan de politieorganisatie verbonden is. Daarnaast verwijst het bedrijfsmaatschappelijk werk onder meer ook door naar de huisarts, geestelijk verzorger en bedrijfsarts.

⁸⁴ Ook als het werk (tijdelijk) wordt neergelegd door de medewerker, is de organisatie – in de vorm van bijvoorbeeld leidinggevende en arbodienst – nog steeds in beeld.

⁸⁵ Zie paragraaf 3.2.

Het bedrijfsmaatschappelijk werk lijkt in verschillende korpsen een sleutelrol te vervullen bij het leggen van de verbinding tussen organisatie, medewerker, gespecialiseerde zorg en soms ook het thuisfront. In de verbinding met de organisatie gaat het bijvoorbeeld om een mediërende rol tussen de leidinggevende en de politiemedewerker, maar ook tussen de politiemedewerker en de P&O-afdeling. Veel respondenten wijzen op mogelijke belangentegenstellingen tussen de politiemedewerker met psychische problemen en de organisatie. De organisatie wil bijvoorbeeld dat de politiemedewerker bepaalde diensten draait of na uitval snel weer aan het werk gaat, terwijl de medewerker denkt dat hij dat nog niet aankan. Ook zijn er voorbeelden genoemd waarin het bedrijfsmaatschappelijk werk een doorslaggevende rol speelt bij het doorverwijzen bij PTSS of burn-out en het aanmerken van de psychische klachten als werkgebonden. Het is voor de betrokkenen niet altijd duidelijk welke positie het bedrijfsmaatschappelijk werk inneemt. Politiemensen met psychische problemen zijn daarom volgens onze respondenten soms terughoudend om informatie te geven aan het bedrijfsmaatschappelijk werk. Wie weet of deze informatie gedeeld wordt met de leidinggevende en welke gevolgen dat kan hebben?

Slechts enkele respondenten spreken expliciet een waardeoordeel uit over de kwaliteit van dienstverlening door het bedrijfsmaatschappelijk werk. Die waardering lijkt overwegend positief, al vinden enkele respondenten de kennis over psychische klachten te beperkt. Opvallend is dat sommige respondenten stellen dat het bedrijfsmaatschappelijk werk weinig of geen invloed heeft op de lijn binnen het korps, terwijl anderen juist benadrukken dat dit wel het geval is. Waarschijnlijk bestaan er aanzienlijke verschillen tussen korpsen qua taakdefinitie en vooral inbedding van het bedrijfsmaatschappelijk werk binnen het korps. Dit maakt het moeilijk om een overkoepelende indruk te geven van het functioneren van het bedrijfsmaatschappelijk werk binnen de zorgketen.

Bedrijfsarts

Het is lang niet alle respondenten duidelijk welke taken en rollen de bedrijfsarts heeft.⁸⁶ Respondenten die kennis van en/of ervaring met een bedrijfsarts hebben, beschrijven de volgende taken: met de politiemedewerker in gesprek gaan om te achterhalen wat het probleem is; de zorgen van anderen, zoals de leidinggevende, kenbaar maken bij de politiemedewerker; zo mogelijk een diagnose stellen; doorverwijzen⁸⁷; advies geven aan de politiemedewerker en aan de politieorganisatie (bijvoorbeeld de leidinggevende) over hoe het beste met eventuele beperkingen kan worden omgegaan.

Tot op zekere hoogte beschrijven respondenten de rol van de bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk op dezelfde manier. Beide hebben in sommige korpsen een sleutelrol in het leggen van de verbinding tussen politieorganisatie, de medewerker en de gespecialiseerde GGZ. Het zou kunnen dat juist in de korpsen waar bedrijfsartsen deze rol niet op zich nemen, het bedrijfsmaatschappelijk werk in de bres springt en vice versa. Idealiter is de bedrijfsarts volgens de verschillende respondenten een echte netwerker⁸⁸: hij legt verbindingen, zorgt voor overzicht en coördineert. Daarbij hoort hij de medische vertrouwelijkheid te waarborgen.

Meningen van respondenten over het handelen van bedrijfsartsen lopen uiteen. Meerdere respondenten zeggen dat zij grote verschillen zien tussen bedrijfsartsen, variërend van 'uitermate betrokken' tot 'totaal onverschillig'. Op basis van de uitspraken van onze respondenten kan niet gezegd worden of het totaalbeeld overwegend positief of negatief is. Wel kan iets gezegd worden over factoren die het beeld beïnvloeden. In positieve zin zijn betrokkenheid, beschikbare tijd, begrip, deskundigheid en daadkracht genoemd. De kritiek op bedrijfsartsen richt zich op een aantal punten. Ten eerste een beperkte betrokkenheid, in samenhang met weinig kennis van de politieorganisatie en het politievak. Dit maakt aansluiting en begrip tussen bedrijfsarts en politiemedewerker moeilijk. Bedrijfsartsen kennen de politieorganisatie en het politievak vaak niet goed omdat ze regelmatig van werkplek veranderen. In het bijzonder bij de bedrijfsartsen die extern worden ingehuurd, lijkt sprake te zijn van meer roulatie en minder kennis van de politie dan bij interne bedrijfsartsen. Een tweede kritiekpunt is dat er geen maatwerk zou worden geleverd door bedrijfsartsen. Ze kijken niet of onvoldoende naar de individuele cliënt en diens situatie en behoeften. Het verkorten van de consulttijd werkt dit nog verder in de hand. Vertrouwelijkheid is een derde punt:

'Ik heb in de door mij genoemde situaties een paar maal ontevreden reacties over bedrijfsartsen en bedrijfsmaatschappelijk werk te horen gekregen. Daarbij speelt het gebrek aan privacy: "het" wordt besproken binnen de organisatie en kan tegen je werken. De bedrijfsarts wordt dan vaak beschreven als "meer voor de werkgever dan voor de werknemer".'

Tot slot worden er vraagtekens geplaatst bij de positie van de bedrijfsarts binnen de organisatie en in de zorgketen. Een respondent geeft het voorbeeld van een bedrijfsarts wiens advies wordt overruled door een leidinggevende: 'Een arts schrijft iets voor, maar de districtchef ketst het af.' Het is niet duidelijk wat je aan een bedrijfsarts hebt. Ook zou de bedrijfsarts dermate

⁸⁶ Dit is een opvallend gegeven, aangezien de respondenten bijna allemaal directe ervaring hebben met de zorgketen.

⁸⁷ Voor (praktische) hulpvragen verwijst de bedrijfsarts door naar het bedrijfsmaatschappelijk werk en de geestelijk verzorger, aldus verschillende respondenten. Wanneer sprake is van (ernstige) psychische aandoeningen verwijst de bedrijfsarts door naar de gespecialiseerde GGZ.

⁸⁸ Personen met wie de bedrijfsarts volgens de respondenten vooral contact heeft, zijn de politiemedewerker/cliënt, diens direct leidinggevende en de huisarts. Daarnaast worden onder meer de arbeidsdeskundige, het bedrijfsmaatschappelijk werk en de re-integratieadviseur genoemd.

ver achterin de zorgketen zijn geplaatst, dat hij weinig zichtbaar is en minder toegankelijk. Psychische problemen komen pas laat in beeld bij de bedrijfsarts en deze kan dus ook pas laat verwijzen. Meer in het algemeen vinden respondenten het onduidelijk wie beslissingen neemt over ziekte, uitval, re-integratie en wie beslist of psychische aandoeningen werkgebonden zijn.

Huisarts

Politiemedewerkers kunnen zich, net als anderen in Nederland, wenden tot de huisarts. Op basis van de uitspraken van respondenten ontstaat de indruk dat de weg naar de huisarts regelmatig wordt ingeslagen (hoe vaak precies is onbekend). Veruit de meest genoemde reden voor deze keuze is vertrouwelijkheid, of beter gezegd, het (vermeend) ontbreken daarvan binnen de politie.

'Dat ik mensen geadviseerd heb om zorg buiten de politie te zoeken, had voor een belangrijk deel te maken met de wens van betrokkenen om de problemen buiten het gezichtsveld van de politie te houden (wantrouwen!).'

De stap naar de huisarts is voor veel politiemedewerkers de meest logische en laagdrempelige, want voor alle zorg ga je in eerste instantie naar de huisarts. Soms wordt de huisarts gebruikt voor contra-expertise wanneer de politiemedewerker het idee heeft dat de bedrijfsarts geen gelijk heeft:

'Door slechte ervaringen met de bedrijfsarts ben ik naar de huisarts gestapt. De mening van de huisarts stond ook haaks op die van de bedrijfsarts. Hij [de huisarts] heeft een hele mooie brief geschreven, waarna ik geen last meer had van die bedrijfsarts.'

Er zijn gevallen waarin politiemedewerkers eerder kiezen voor de bedrijfsarts dan voor de huisarts. Bijvoorbeeld wanneer de problematiek in hun beleving duidelijk werkgebonden is en ze denken dat de oplossing – bijvoorbeeld een andere functie – vanuit de politieorganisatie kan komen. Verder zijn ziekgemelde politiemedewerkers verplicht een bezoek aan de bedrijfsarts te brengen wanneer ze langer dan zes weken niet gewerkt hebben.

Als taken van de huisarts zien de respondenten: het bespreekbaar maken van problemen; coachen; diagnoses stellen; behandelen van relatief eenvoudige psychische aandoeningen; medicatie voorschrijven; zo nodig doorverwijzen. Huisartsen verwijzen onder meer naar eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ), maar soms ook naar de bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk als de problematiek werkgebonden lijkt. Een respondent merkt op dat er wellicht in toenemende mate verwezen wordt naar de bedrijfsarts, door de eigen bijdrage in de GGZ en de korte tijd die huisartsen beschikbaar hebben om te behandelen.

Een terugkerende vraag is of de huisarts weet dat zijn cliënt een politiemedewerker is (hierover bestaan geen cijfers). Het antwoord op deze vraag vinden respondenten belangrijk, omdat zij denken dat kennis van het politievak noodzakelijk is om een goede diagnose te stellen. Zo werd het voorbeeld genoemd van een politiemedewerker van wie de huisarts dacht dat hij depressief was, terwijl hij een werkgerelateerde PTSS bleek te hebben. Een grote meerderheid (83%) van de respondenten is van mening dat huisartsen en psychologen minder goed in staat zijn om goede zorg te bieden aan politiemedewerkers dan zorgverleners die aan de politie verbonden zijn. Van de respondenten denkt 78% dat huisartsen en psychologen niet goed weten naar welke instellingen in de GGZ zij het beste kunnen doorverwijzen.

Weten dat een cliënt bij de politie werkt, is uiteraard geen garantie voor een behandeling naar tevredenheid van de cliënt. De professionaliteit, kennis en vaardigheden van een zorgverlener kunnen ook te wensen overlaten.

'De huisarts wist dat ik bij de politie werkte, ik benadrukte zelfs de samenhang tussen mijn lichamelijke klachten en de psychische aandoeningen. De huisarts wilde daar niet op ingaan.[...] De huisarts heeft mij op geen enkele wijze kunnen/willen helpen en vervees mij niet door naar andere instanties. Hij vond het noodzakelijk dat ik de medicatie zou nemen.'

In tegenstelling tot dit citaat, lijkt het oordeel over de hulp en zorg die huisartsen bieden overwegend positief. Dit betekent overigens niet per definitie dat de zorg ook goed is, in de zin dat het ziektebeeld tijdig wordt herkend en behandeld; het betekent alleen dat de zorg positief wordt gewaardeerd. Wat respondenten vooral in de huisarts waarderen, zijn de ruimte om je persoonlijke verhaal kwijt te kunnen, de laagdrempeligheid en de betrokkenheid van de huisarts bij de cliënt.

Psycholoog

Enkele respondenten hebben kennis van of ervaring met een eerstelijnspsycholoog.⁸⁹ Vaak gaat het om een psycholoog buiten de politie, aangezien van slechts twee korpsen bekend is dat zij een behandelend psycholoog in dienst hebben.

⁸⁹ De psycholoog krijgt aandacht in deze paragraaf en niet in 4.4 (gespecialiseerde GGZ), omdat er ook eerstelijnspsychologen zijn waar de politiemedewerker zonder verwijzing gebruik van kan maken.

Eerstelijnspsychologen houden zich bezig met de behandeling van de minder complexe psychische aandoeningen. Deze behandeling is in principe kortdurend: zes tot acht behandelmomenten. Psychologen in de gespecialiseerde GGZ behandelen de meer complexe problematiek. Voor medicatie wordt ook wel terugverwezen naar de huisarts of kan een psychiater worden ingeschakeld. Ook zijn voorvallen bekend waarin de psycholoog terugverwijst naar de bedrijfsarts met het verzoek of de bedrijfsarts kan doorverwijzen naar een gespecialiseerde instelling. Als deze verwijzing namelijk via de bedrijfsarts gebeurt, wordt de behandeling vergoed door de werkgever.⁹⁰

De paar respondenten met kennis van en ervaring met een eerstelijnspsycholoog, berichten hierover vooral positief. Aspecten die volgens hen van invloed zijn op de waardering van de behandeling: begrip voor de cliënt; er is een 'klik'; de psycholoog lijkt 'de tijd' te nemen.

Veel goede bedoelingen, maar gebrek aan regie

Meerdere respondenten ervaren een gebrek aan regie in de eerstelijnszorg voor politiemedewerkers. Vele personen doen hun best om de politiemedewerker met psychische klachten te helpen, maar niemand overziet de gehele zorg, is het centrale aanspreekpunt of draagt de eindverantwoordelijkheid. Er is als het ware geen 'eigenaar' van het probleem. In veel korpsen lijken het bedrijfsmaatschappelijk werk of de bedrijfsarts zich op te werpen als sleutelpersoon. Hun positie en taken liggen echter niet altijd duidelijk vast en worden regelmatig betwist. Opvallend is dat wanneer respondenten tevreden zijn over de zorg, er sprake lijkt te zijn van een goede samenwerking binnen de 'driehoek' van medewerker, leidinggevende, en bedrijfsarts/bedrijfsmaatschappelijk werk.

Afstemming tussen hulp- en zorgverleners is een veelbesproken onderwerp, meestal in negatieve zin. Door slechte afstemming wordt dubbel werk gedaan en raken politiemedewerkers onnodig belast. Ook zijn er meerdere voorbeelden genoemd waarin tegenstrijdige diagnoses werden gesteld. Er lijkt sprake te zijn van verzuiling in de zorg. Al was het alleen al omdat de verbinding tussen de zorg binnen en buiten de politie moeizaam verloopt, mede omdat politiemedewerkers zelf bewust voor één van beide zorgpaden kiezen. Dat neemt niet weg dat regelmatig ook bemoedigende situaties zijn beschreven, zoals deze:

'Binnen 14 dagen na het ontstaan van de klachten is hem [collega met psychische problemen] geadviseerd naar de bedrijfsarts te gaan. Deze verwees door naar de bedrijfsmaatschappelijk werker en heeft tevens contact met zijn huisarts gehad. Na therapie en goede begeleiding is de collega via zijn leidinggevende terechtgekomen in een POM-traject (persoonlijke ontwikkeling en mobiliteit) waarna hij nu werkzaam is in het arrestatieteam. Medewerker en organisatie zijn blij. Ook teamleden hebben gezien dat er weldegelijk veel mogelijk is als alle partijen er uit willen komen.'

Los van de samenwerking tussen zorgverleners, worden ook diverse casussen genoemd waarin de zorgverlener een gebrek aan kennis en kunde wordt verweten. Zo denkt slechts 57% van de respondenten dat bedrijfsartsen en huisartsen psychische beelden zoals depressie, PTSS en burn-out goed kunnen herkennen. Daarnaast zijn er ook berichten over zorgverleners die – ondanks geen of beperkte voortgang in de behandeling – niet doorverwijzen:

'Ik zie nogal eens dat zelfs bij onvoldoende voortgang er niet of nauwelijks sprake is van doorverwijzing of herziening van de diagnostiek.'

Een terugkerende klacht waaraan hier tot slot aandacht wordt besteed, zijn wachttijden. Politiemedewerkers blijven soms (te) lang rondlopen met klachten. Voor een deel komt dit doordat mensen zelf geen hulp zoeken of hulp afwijzen. Daarnaast komt het door vertragingen in de zorgketen. Denk aan de onduidelijkheid over wie welke rol heeft, dat signalen niet goed bespreekbaar zijn en dat sommige leidinggevenden te lang wachten voordat ze tot actie over gaan. Een andere vertraging in de zorgketen vormen de wachttijden. Een respondent beschrijft bijvoorbeeld dat het vier weken duurde voordat hij een afspraak had met de bedrijfsarts. Ook zijn er meerdere voorbeelden genoemd van wachttijden van enkele weken bij een psycholoog of psychiater. De respondenten verschillen van mening over hoeveel wachttijd acceptabel is. Eén van hen moest enkele weken wachten voordat de behandeling begon, maar vond dat niet erg. Een andere respondent vindt twee weken wachttijd al te lang.

4.4 Toegang tot en zorg in de gespecialiseerde GGZ en re-integratie

Wanneer de psychische problemen zo ernstig zijn dat een huisarts, bedrijfsarts, eerstelijnspsycholoog of bedrijfsmaatschappelijk werker ze niet kan verhelpen, kan de politiemedewerker worden doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ. In de gespecialiseerde GGZ wordt (opnieuw) een diagnose gesteld en vindt de (vervolg)behandeling plaats. Na de behandeling, en regelmatig ook al gedurende de behandeling, wordt gekeken hoe de politiemedewerker weer (voltijd) kan gaan werken.

⁹⁰ Overigens lijkt het er op dat contact tussen bedrijfsarts en psycholoog redelijk uitzonderlijk is en vooral voorkomt als beide elkaar al kennen.

Toegang tot en zorg in de gespecialiseerde GGZ

De gespecialiseerde GGZ is onzichtbaar voor gezonde politiemedewerkers. Het merendeel van de respondenten heeft dan ook geen of weinig beeld van hoe de gespecialiseerde GGZ functioneert. Op zich is dat niet verwonderlijk, want politiemedewerkers zonder psychische klachten komen zelf niet direct met de GGZ in aanraking. Wel een probleem is dat het ook voor politiemedewerkers die klachten hebben vaak lang duurt eer zij enig beeld hebben van de zorg die zij kunnen krijgen. En zelfs de professionele zorgverleners (huisartsen, psychologen) lijken lang niet altijd volledig zicht te hebben op welke partijen zorg aanbieden en wat hun sterktes en zwaktes zijn. Het is dan ook niet ongebruikelijk dat zorgverleners doorverwijzen naar een instelling of behandelaar die men kent, terwijl dit niet per se de aangewezen persoon is om de zorg te bieden.

Psychologen en psychiaters hebben een centrale rol in de gespecialiseerde GGZ. Maar net als in de eerstelijnszorg, zijn er ook bij de gespecialiseerde GGZ verschillende personen naast de professionele zorgverleners die belangrijk zijn voor het herstel van de politiemedewerker met psychische problemen. Volgens de respondenten zijn met name familie en vrienden zeer belangrijk. Daarnaast worden onder meer leidinggevenden, collega's, het bedrijfsmaatschappelijk werk, de bedrijfsarts en de huisarts genoemd. Sommige respondenten vinden dat de toegang tot de gespecialiseerde GGZ goed is, maar de ervaring van anderen is dat die toegang te wensen over laat. Factoren die volgens de respondenten van invloed zijn op de toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ zijn:

- *Verwijzing*: De snelheid en accuraatheid waarmee zorgverleners vanuit de eerste lijn verwijzen, is doorslaggevend. Dit lijkt regelmatig goed te gaan, maar ook regelmatig niet. Een reden voor het niet of laat doorverwijzen is dat de verkeerde diagnose wordt gesteld. Ook komt het voor dat zorgverleners niet (willen) zien dat hun zorg niet het gewenste effect heeft en daardoor te lang wachten met de verwijzing. Een derde reden is dat het voor de zorgverleners uit de eerste lijn niet altijd duidelijk is welke gespecialiseerde zorg er beschikbaar is.
- *Bekostiging behandeling*: Wie betaalt? De werkgever of de (zorgverzekering van) werknemer? Hoeveel behandelmomenten worden vergoed? Op het moment dat de behandeling (gedeeltelijk) zelf moet worden betaald, maakt dit de gespecialiseerde GGZ minder toegankelijk.
- *Wachttijd*: Wanneer er geen of weinig wachttijden zijn, maakt dit de zorg toegankelijker. Net als bij de eerstelijnszorg, zijn wachttijden meerdere malen genoemd als probleem. De duur van de wachttijd lijkt te variëren van enkele dagen tot enkele maanden (dit laatste bij de reguliere GGZ).

Respondenten melden dat zij zelf of mensen die zij kennen bijna altijd (zeer) tevreden zijn over de behandeling in de gespecialiseerde GGZ. Tevredenheid is belangrijk, maar zegt niet per definitie iets over het resultaat van de behandeling. Zo zijn er mensen die wel erg tevreden zijn over de behandeling, maar die bijvoorbeeld nog steeds depressief zijn of symptomen van PTSS hebben.

Naast de effectiviteit van de behandeling, worden ook andere factoren genoemd die de tevredenheid beïnvloeden. Veruit het meest genoemde is dat politiemedewerkers zich begrepen voelen door de zorgverlener en dat er tijd en aandacht is voor de problematiek van de politiemedewerker. Dat dit niet altijd het geval is, illustreert het volgende citaat:

'De psycholoog hield het contact bij met de stopwatch in de hand. Stel je voor dat je uitloopt! Ik ben niet tevreden over de zorg. Ging in mijn beleving alleen maar om geld verdienen.'

Een derde factor die van invloed is op de tevredenheid is de vertrouwelijkheid. Een respondent beschrijft dit als 'de garantie dat dingen niet doorgespeeld worden zonder toestemming'. Tot slot werden ook factoren genoemd die los staan van het contact met de behandelaar. Denk aan de reisafstand en de inrichting van de spreekkamer.

Re-integratie

'Mijn ervaring met de dienst was erg positief. Telefoontjes, bloemetjes, kaartjes en bezoeken hebben echt geholpen. Ik voelde mij serieus genomen door iedereen! Dat heeft mij werkelijk goed gedaan. De bevestiging dat het wel een erg verhaal was maakte mij sterk. Ikzelf had altijd het idee dat ik mij niet moest aanstellen...'

Na de behandeling, en regelmatig ook al gedurende de behandeling, wordt gekeken hoe de politiemedewerker weer kan re-integreren.⁹¹ Daarbij wordt re-integratie gezien als het terugkomen van een door ziekte (gedeeltelijk) uitgevallen werknemer in het arbeidsproces. Overigens verlaten politiemedewerkers met psychische klachten het arbeidsproces lang niet altijd (volledig). Respondenten noemden tal van voorbeelden van politiemedewerkers die (deels) doorwerkten, zij het vaak in een aangepaste functie.

⁹¹ Er vindt niet altijd behandeling plaats in de gespecialiseerde GGZ. Er kan bijvoorbeeld ook sprake zijn van een traject bij de bedrijfsarts, het bedrijfsmaatschappelijk werk of een andere hulp- of zorgverlener.

Het al dan niet slagen van de re-integratie wordt door respondenten gekoppeld aan het handelen van meerdere mensen. Ten eerste betreft dit de re-integrerende politiemedewerker. Daarnaast worden vooral de leidinggevende, arbeidsdeskundige, bedrijfsarts en de bedrijfsmaatschappelijk werker genoemd. Buiten de politie is het thuisfront belangrijk. Over de re-integratie lijken respondenten minder tevreden dan over de behandeling in de gespecialiseerde GGZ. Tekenend is dat frequent voorbeelden worden aangehaald waarin politiemedewerkers voor, tijdens of na de behandeling ontslag hebben genomen of gekregen. Van re-integratie na uitval is dan ook lang niet altijd sprake. Wanneer wel sprake is van terugkeer in het arbeidsproces, hangt het succes van de re-integratie volgens de respondenten samen met een aantal zaken. Het begint bij begrip en erkenning. In vele voorbeelden komt terug dat dit lang niet altijd goed gaat.

‘Ten tijde van het traject [de behandeling] is er eenmaal een leidinggevende op bezoek geweest thuis, verder heb ik weinig tot geen steun vanuit de organisatie gekregen. Door een collega werd mij een keer gezegd, toen ik eindelijk de moed had gevonden weer eens langs te gaan op het bureau: “Doe eens even gezellig joh”. Geen begrip! Ik denk dat dit vooral ligt aan de onwetendheid van mensen over dit onderwerp.’

41

Onbegrip heeft ook een tweede gezicht, namelijk dat het psychische probleem stigmatiserend werkt en de politiemedewerker overmatig wordt beschermd. Bij bepaalde taken of functies wordt – impliciet of expliciet – aan de medewerker duidelijk gemaakt dat het waarschijnlijk geen goed idee is als hij dit doet. Het volgende citaat illustreert hoe het ook goed kan gaan.

‘[...] in beide gevallen was aan het begin [van de behandeling] door verschillende hulpverleners en leidinggevers behoorlijk geïnvesteerd in het belang van de behandeling. Beide medewerkers zagen dit en waren daardoor meewerkend. Tussentijds en ook bij de re-integratie zijn de leidinggevers door de medewerkers veelvuldig meegenomen in het proces en de stand van zaken van behandeling. Vanuit de zorgtaak [van de organisatie] en de medewerking van de betreffende dienders was dat ook achteraf gezien een zogenaamde “win-win” situatie. Iedereen wist waaraan gewerkt werd, mede omdat het einddoel al vooraf gegeven was (terugkeer in de huidige functie).’

Meermalen wordt opgemerkt dat het tempo van de re-integratie te hoog ligt of dat de politiemedewerker zich überhaupt nog niet klaar voelde om te re-integreren. Zo wordt het voorbeeld genoemd van een collega die na een aantal maanden niet te hebben gewerkt, twee weken 50% mocht werken en daarna van de bedrijfsarts weer voltijds aan de slag moest. Kort daarna viel hij opnieuw volledig uit. Als verklaring voor het hoge tempo wordt aangedragen dat er personeelstekorten zijn en dat verzuim hoge kosten met zich meebrengt. Respondenten schetsen een spanningsveld met aan de ene kant het (korte termijn) operationeel belang en aan de andere kant het belang van het gezonde herstel.

Tot slot hangt het succes van de re-integratie samen met maatwerk en flexibiliteit, aldus de respondenten. Het is belangrijk dat de re-integrerende politiemedewerker en de organisatie samen zoeken naar een re-integratietraject waar beide partijen zich in kunnen vinden. Dit kan bijvoorbeeld flexibiliteit vergen in de invulling van de functie of het doorstromen naar een andere functie. Kan een politiemedewerker weer al zijn taken vervullen? Een respondent had het over de ‘praktijktoets’, waarmee hij bedoelde dat iemand wel weer gezond kan zijn, maar niet meer bestand is tegen de stress van het dagelijkse politiewerk op straat en daardoor zijn oude functie niet meer kan en wil uitvoeren.

Tevreden cliënten die toch niet altijd voor de politie behouden blijven

Belangrijk voor de toegang tot de gespecialiseerde GGZ is de accurate en tijdige verwijzing door de eerste lijn, de bekostiging (betaalt de werkgever of de werknemer) en de wachttijden. Onze respondenten zelf of mensen die zij kennen blijken bijna altijd (zeer) tevreden te zijn over de behandeling. Waarbij wel de kanttekening moet worden geplaatst dat tevredenheid subjectief is en niet altijd iets zegt over het slagen van de behandeling.

Gedurende de behandeling valt de politiemedewerker regelmatig (gedeeltelijk) weg uit het arbeidsproces. Het re-integratietraject dat volgt, ontstaat in een wisselwerking tussen politieorganisatie (in het bijzonder leidinggevende, arbeidsdeskundige, bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk) en de politiemedewerker. In de beleving van de respondenten gaat dat lang niet altijd goed. Opvallend is dat het belang van de politiemedewerker en dat van de politieorganisatie vaak tegenover elkaar wordt geplaatst, waarbij de organisatie zou aandringen op een (te) snelle re-integratie, met nieuwe uitval als gevolg. Regelmatig is overigens helemaal geen sprake van re-integratie, omdat politiemedewerkers voor, tijdens of na de behandeling ontslag hebben genomen of kregen. Zij keren dus niet terug in de politieorganisatie.

4.5 Conclusies: psychische zorg in de praktijk

Gedragsveranderingen zijn regelmatig een indicatie dat het psychisch niet goed gaat met een politiemedewerker. Denk bijvoorbeeld aan terughoudendheid in de uitvoering van het werk, emotionele terugtrekking en de toename van conflicten op het werk en met burgers. Het blijkt in de praktijk vaak moeilijk om iets te doen met die signalen, zowel voor de politiemedewerker met wie het niet goed gaat als voor de omgeving. Politiemedewerkers zien bij zichzelf niet altijd dat het slecht gaat, maar willen dit ook regelmatig niet zien. Ze zijn bang om afgedaan te worden als 'watje' en vrezen voor een negatieve impact op hun carrière.

42

Voor mensen uit de directe omgeving is het moeilijk om iets met de signalen te doen. Om te beginnen weten ze lang niet altijd wie welke hulp zou kunnen bieden. Wellicht nog belangrijker is dat de omgeving bang is om de politiemedewerker aan te spreken en om naar anderen (in het bijzonder de leidinggevende) zorgen te uiten. Deze terughoudendheid kan gezien worden als loyaliteit of collegialiteit, hoewel tegelijkertijd wordt opgemerkt dat er veel gepraat wordt over de medewerker met psychische klachten (en niet met deze medewerker). Er lijkt een cultuur te bestaan waarin elkaar aanspreken moeilijk is, zeker als het gaat over vermeende zwakte.

Als de politiemedewerker met wie het niet goed gaat eindelijk de moed heeft verzameld om binnen of buiten de politieorganisatie professionele hulp te zoeken, is lang niet altijd duidelijk wie die hulp kan bieden. Er zijn veel mensen die een rol vervullen in de hulp- en zorgverlening, maar wie doet wat? De eerstelijnszorg overziend, lijken de bedrijfsarts en zeker het bedrijfsmaatschappelijk werk een sleutelrol te vervullen. Zij zijn de verbinding tussen de politiemedewerker met psychische problemen, de organisatie (de leidinggevende), de psychische zorg en soms ook het thuisfront. Tegelijk is voor de betrokkenen niet altijd duidelijk welke positie het bedrijfsmaatschappelijk werk en ook de bedrijfsarts innemen: zijn ze er voor de medewerker of voor de organisatie?

De volgende stap in de zorglijn is die naar de gespecialiseerde GGZ. De eerstelijnszorg is de poortwachter voor de gespecialiseerde GGZ, en aangezien er problemen zijn in de toegang tot de eerste lijn, werkt dit ook door naar de gespecialiseerde GGZ. Bepalend voor de toegang is bovendien of de eerste lijn goede diagnoses stelt en tijdig doorverwijst. Als eenmaal toegang is verkregen, lijken politiemedewerkers (zeer) tevreden over de geboden zorg.

Over de re-integratie zijn respondenten een stuk minder te spreken. Het (korte termijn) belang van de politiemedewerker en de politieorganisatie zouden vaak tegenover elkaar staan, waarbij de organisatie zou aandringen op een (te) snelle re-integratie, met nieuwe uitval als gevolg. Regelmatig is overigens helemaal geen sprake van re-integratie, omdat politiemedewerkers voor, tijdens of na de behandeling ontslag hebben genomen of kregen.

Goede zorg en volledige re-integratie is – voor zover dat lukt – te danken aan de goede bedoelingen van velen, maar vooral de grote inzet van enkele personen in de zorgketen. Niemand heeft echter het overzicht, laat staan de eindverantwoordelijkheid. Verbeteringen zijn mogelijk, bijvoorbeeld in de eindverantwoordelijkheid, de afstemming tussen zorgverleners, het bespreekbaar maken van psychische aandoeningen en de re-integratie. Op basis van de uitspraken van de deelnemers, lijken er in alle korpsen verbeteringen mogelijk en vaak ook nodig.

Huidige psychische zorg politie: conclusies

In de voorgaande hoofdstukken hebben we onderzocht hoe het is gesteld met de zorg voor psychische problemen bij politiemedewerkers. Kwantitatieve data om een grondig onderbouwde uitspraak te kunnen doen, zijn er nauwelijks. Wel hebben we veel bruikbare kwalitatieve informatie kunnen vergaren. Het beeld per korps varieert van een doordachte visie op zorg en de organisatie daarvan, tot volledig ontbrekende samenhang tussen op zich goedwillende professionele zorgverleners.⁹² Wat de korpsen met elkaar gemeen hebben, zijn het ontbreken van zorginhoudelijke eindverantwoordelijkheid en tegelijk de vaak grote inzet en goede bedoelingen van de mensen die bij de zorg zijn betrokken.

5.1 Omvang van de problematiek

Hoeveel politiemedewerkers psychische klachten hebben, en dus eigenlijk zorg zouden moeten krijgen, is niet bekend. Er zijn in Nederland⁹³ en internationaal⁹⁴ onderzoeken gedaan naar specifieke psychische problemen, zoals PTSS, depressie en burn-out. Maar een wetenschappelijk onderzoek naar alle psychische problemen bij de politie tezamen bestaat voor zover bekend niet. Het beste materiaal waarop we ons kunnen baseren zijn de schattingen door AEF in 2011.⁹⁵ Zorgverzekeraar CZ is zeer behulpzaam geweest in het leveren van kwantitatieve informatie. Ook verschillende bedrijfsartsen en bedrijfsmaatschappelijk werkers hebben meegewerkt. Toch is het hen niet gelukt om betrouwbare cijfers te leveren voor de hele politie. De Blauwdruk kan daarom te weinig gebaseerd worden op kwantitatieve informatie. Er is dringend behoefte aan wetenschappelijk onderzoek om te toetsen of de schatting door AEF klopt. Immers, de omvang van psychische problemen heeft grote gevolgen voor de professionele uitvoering van het politiewerk en het welzijn van de medewerkers. Bij de start van de Nationale Politie zou men daarom van meet af aan de gegevens, die inzicht kunnen geven in aard en omvang van de psychische problemen en het gebruik van zorg en de effectiviteit daarvan, systematisch moeten gaan verzamelen.

Over het zorggebruik van politiemedewerkers is meer bekend. Ongeveer 3% (1.700) gaat per jaar één of meerdere keren naar de eerstelijnspsycholoog. Bijna 4% (2.250) bezoekt per jaar de GGZ en daarnaast maakt 1% (600) gebruik van de gespecialiseerde GGZ via Psychopol. De overlap in zorggebruik is beperkt⁹⁶, en daarom is bekend dat zo'n 8% (4.200) van de politiemedewerkers psychische zorg afneemt. Het daadwerkelijke zorggebruik is groter wanneer de hulp- en zorgverlening door onder meer de huisarts, bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk zouden worden meegerekend. Hoe groot is niet bekend, want hiervan vindt geen registratie plaats.

Hoewel we dus niet precies weten hoeveel politiemedewerkers psychische problemen hebben, kunnen we op basis van de schattingen er wel vanuit gaan dat het er (veel?) meer moeten zijn dan die nu daadwerkelijk professionele zorg krijgen.

5.2 Het voorportaal: psychische problemen bespreekbaar maken

In het 'voorportaal' van de zorg bevinden zich de personen in de directe omgeving van de politiemedewerkers: familie, vrienden, collega's, leidinggevendenden (kringen 1 en 2). Deze naasten kunnen een rol hebben in het herkennen en benoemen van problemen, en in het ondersteunen en toeleiden naar professionele zorg. Het is niet bekend hoe vaak het voorportaal goed functioneert, zodat klachten snel worden herkend en de juiste professionele hulp wordt gevonden. Uit de werkconferenties hebben we de indruk gekregen dat dit proces regelmatig niet verloopt zoals de politiemedewerker wil en zoals zorginhoudelijk wenselijk is.

Praten over elkaar en niet met elkaar

Wanneer de schattingen van AEF kloppen, heeft 1 op de 3 of 4 politiemedewerkers waarschijnlijk psychische klachten.⁹⁷ Men zou dan verwachten, dat dit een centraal thema vormt in de politieorganisatie en dat de betrokkenen hier alle aandacht aan geven. De werkelijkheid is anders. Men neemt bij elkaar van alles waar dat kan wijzen op problemen. De onderlinge

⁹² De projectgroep heeft geen systematische vergelijking gemaakt van de zorg in de diverse politiekorpsen. Wel ontstond een goede indruk van de diversiteit via de twee werkconferenties, de poltiestage en de expertise van de projectteamleden.

⁹³ In het bijzonder: Carlier et al., 1997; Houtman et al. (2005).

⁹⁴ Onder meer: Berg et al., 2006; Andrew et al., 2008; Collins en Gibbs (2003).

⁹⁵ Dat er weinig cijfers zijn, zegt iets over hoe belangrijk de politie het onderwerp tot nu toe vindt. Al zegt het zeker ook niet alles, omdat op diverse terreinen binnen de politie de informatievoorziening niet op orde lijkt te zijn.

⁹⁶ Van degenen die Psychopol benutten, maakt ongeveer 20% tevens gebruik van de gespecialiseerde GGZ die via de collectieve verzekering (PZP) wordt bekostigd. Bovendien is er slechts in beperkte mate sprake van doorstroom van de eerstelijnspsycholoog naar de gespecialiseerde GGZ. Van de politiemedewerkers die gebruikmaken van de eerstelijnspsycholoog, maakt ongeveer 13% ook gebruik van de gespecialiseerde GGZ.

⁹⁷ AEF, 2011.

betrokkenheid lijkt zelfs behoorlijk groot, maar men praat er zelden over met elkaar. Als het niet goed lijkt te gaan met een politiemedewerker praten vooral collega's wel óver elkaar, maar niet mét elkaar.

Een belangrijke reden om psychische problemen niet aan te kaarten, is de angst om niet voor vol aangezien te worden. Onze respondenten hebben er veelvuldig op gewezen dat leidinggevenden het tegen je kunnen gebruiken als het niet goed met je gaat. De recente strijd over de erkenning van PTSS als werkgerelateerde ziekte laat zien hoe moeilijk het is om psychische problemen erkend te krijgen. Er is eigenlijk sprake van een dubbele problematiek: de psychische problemen zelf, plus de angst voor het hebben van psychische problematiek.⁹⁸ Onwetendheid over wat psychische problemen eigenlijk zijn, vergroot de negatieve beeldvorming.

Het vermijden van politiemensen met problemen zou met alle mogelijke middelen bestreden moeten worden. Een goed initiatief is het inrichten van een 24/7 loket waar politiemedewerkers laagdrempelig naartoe kunnen met zorgvragen. In aanvulling op de al lopende preventieve acties, zou een landelijke bewustwordingscampagne moeten worden opgezet. Het bespreekbaar maken van psychische problemen en de stigmatisering omzetten in hanteerbare probleemoplossingen kan enorm bijdragen aan de doelstelling van de minister van Veiligheid en Justitie.

Sleutelpersonen in het voorportaal van de professionele zorg

Mensen in het 'voorportaal' hebben zelden een opleiding of training ontvangen om psychische klachten te herkennen en ondersteuning te bieden. De sleutelpersonen uit het voorportaal zijn in het formele beleid vaak een vergeten groep. Toch vervullen zij een belangrijke rol.

Politiemedewerker zelf

Er zijn politiemedewerkers die zelf hulp zoeken als ze merken dat het niet goed met hen gaat. Er zijn er echter ook veel die zelf niet lijken te zien dat er wat met hen aan de hand is. Het kan zijn dat ze dat niet kunnen zien, maar sommigen willen het niet zien. Niet kunnen zien hangt samen met gebrekkige kennis over psychische problemen en met onvoldoende afstand kunnen nemen. Niet willen zien houdt in dat een politiemedewerker – ook wanneer hij door anderen op zijn gedrag wordt aangesproken – niet erkent dat er een probleem is en hulp afslaagt. Dit 'niet willen zien' wordt door onze respondenten in verband gebracht met een machocultuur en met de angst voor stigmatisering. Het is onbekend welke deel van de politiemedewerkers de psychische klachten bij zichzelf ziet, en welk deel de klachten niet wil zien en de hulp afslaagt.

Familie en vrienden

De familie en vrienden zijn goed – sommige respondenten zeggen het beste – in staat om gedragsveranderingen die duiden op psychische klachten waar te nemen. Een politiemedewerker met psychische klachten zal vaker afwezig zijn, samenzijn soms vermijden, maar het kan ook leiden tot meer irritatie en ruzies. Deze 'neveneffecten' verhogen de spanning bij betrokkenen en verergeren daarmee de problematiek. In het aanspreken van politiemedewerkers en het bieden van steun en hulp vervullen familie en vrienden in de praktijk dan ook een belangrijke rol. Helaas praten politiemedewerkers thuis niet altijd over hun werk. Familie en vrienden die niet bij de politie werken zouden moeilijk kunnen begrijpen wat het werk inhoudt en met je doet. Bovendien willen politiemedewerkers vaak ook voorkomen dat hun familie zich zorgen maakt over wat ze allemaal meemaken.

Familie en vrienden missen de aansluiting bij de politieorganisatie, waardoor op het bureau niet altijd zicht is op signalen uit de privé-situatie. Tegelijkertijd biedt de afstand tussen privé en organisatie ook veiligheid aan de politiemedewerker, waardoor die bepaalde zaken soms makkelijker thuis of met vrienden deelt. Een aantal respondenten moedigt initiatieven ter versterking van het contact tussen de politieorganisatie en de familie van de politiemedewerker aan. Verschillende anderen voelen hier minder voor. Mogelijkheden om het contact te vergroten zijn bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten en gezamenlijke activiteiten. Een versterking van het contact tussen privé en bureau kan niet los worden gezien van grotere erkenning en veiligheid binnen de politieorganisatie.

Directe collega's en lotgenoten

Door samen op de auto te zitten, op straat te lopen, elkaar op het bureau mee te maken en in het heetst van de strijd samen op te moeten treden, kunnen collega's onderling gedragsveranderingen opmerken. Veel politiemedewerkers vinden het moeilijk om een collega van wie ze vermoeden dat hij psychische klachten heeft rechtstreeks hierover aan te spreken. Ze zijn bang dat de onderlinge relatie verslechtert. Een relatie die erg belangrijk kan zijn wanneer je tijdens incidenten op straat blindelings op elkaar moet vertrouwen.

⁹⁸ Bij Defensie was een dergelijke vermindering lange tijd ook collectief aanwezig. Echter het meesturen van psychologen met de missies en de berichten over heftige problemen bij veteranen hebben daar verandering in gebracht. Bovendien beseften de militairen zelf dat psychische problemen elkaars veiligheid tijdens de missies in de waagschaal kunnen brengen. Het rapport 'Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen', heeft geresulteerd in het intensief betrekken van de familieleden en het vastleggen van de zorg in de Veteranenwet. Dit heeft de vermindering omgezet in veel meer acceptatie en in een grondige stroomlijning van de zorg.

Lotgenoten⁹⁹ nemen een bijzondere plek in, vooral bij het bieden van steun en erkenning. Een paar woorden zijn vaak genoeg om over te brengen wat er zich in het hoofd afspeelt. Hoewel zeer waardevol en vaak erg gewaardeerd door de lotgenoten zelf, is een risico van lotgenotencontact dat de slachtofferrol wordt versterkt. Politie medewerkers komen dan minder snel van hun klachten af.

Leidinggevende

Tijdens de werkconferentie is gebleken dat men hoge verwachtingen heeft van leidinggevendenden voor signalering, erkenning, actie en steun. Tegelijkertijd gaf men voorbeelden van grote teleurstelling daarin. Leidinggevendenden hebben vele taken en verantwoordelijkheden en kennen daarin ook hun grenzen. Aandacht geven aan psychische problematiek is niet ieders talent en is vaak tijdrovend. De indruk ontstaat dat er toch veel leidinggevendenden zijn die daar tijd voor vrij maken en hun mensen goed helpen. Persoonlijke ervaringen en openheid spelen dan een motiverende rol. Een leidinggevende is echter ook beoordelaar en bepaalt daarmee de kans op promotie. Dat maakt dat politie medewerkers terughoudend zijn om zich al te veel bloot te geven aan leidinggevendenden.

Gezien de omvang van de psychische problematiek, de impact op het werk en omdat de leidinggevende verantwoordelijkheid draagt voor zijn teamleden, zou hij een belangrijke rol moeten hebben in de zorgketen. Bijvoorbeeld door psychische problemen bespreekbaar te maken binnen het team.

Georganiseerde collegiale ondersteuning

Collegiale ondersteuning na potentieel schokkende gebeurtenissen bestaat al sinds 1980 in enkele korpsen. Door de jaren heen is de wijze van werken en ook de scholing van de collegiale ondersteuners verder ontwikkeld. Het aantal collegiale ondersteuners bij de Nederlandse politie wordt geschat op 800.¹⁰⁰ Het bestaan van collegiale ondersteuning betekent een erkenning van psychische problemen na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen. Politie medewerkers ervaren de mogelijkheid om een gesprek te kunnen voeren met de collegiale ondersteuning vaak als waardevol.

In hoeverre deze teams bijdragen aan een vermindering van psychische problematiek na ingrijpende gebeurtenissen is onvoldoende bekend. In de praktijk lijkt zelden te worden geadviseerd om professionele hulp te zoeken. Collegiale ondersteuners zijn er vaak wel bijtijds bij, maar soms is de persoon in kwestie daar nog niet aan toe. Als de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis zich later langzaam gaan manifesteren, is er vaak geen contact meer met de collegiale ondersteuner. De *Richtlijn psychische ondersteuning geüniformeerd*¹⁰¹ is een instrument bij het effectiever maken van de steun en opvang door collega's.

Geestelijk verzorger, IBT-docent en anderen

Uit de werkconferentie is naar voren gekomen dat ook anderen een sleutelrol kunnen spelen in de signalering en ondersteuning van politie medewerkers met psychische problemen.

Zo zijn er in Nederland drie geestelijk verzorgers werkzaam bij de politie. Politie medewerkers die met hen spraken, hadden het gevoel hun verhaal kwijt te kunnen zonder dat er direct een 'oplossing' gevonden hoefde te worden.

IBT-docenten maken politie medewerkers mee als ze bijvoorbeeld hun schietvaardigheden moeten toetsen. Tijdens de IBT komen af en toe gedragingen aan het licht die kunnen duiden op psychische problemen. Bijvoorbeeld dat politie medewerkers zeer gespannen zijn tijdens de oefening of naar het lijkt expres hun schiettest niet halen, omdat ze dan niet meer op straat hoeven te werken.

Er zijn nog meer personen die formeel geen taak hebben in de signalering en ondersteuning, maar hier in de praktijk wel een (waardevolle) rol in vervullen. Denk aan medewerkers die helpen bij het oplossen van financiële problemen, docenten op de Politieacademie en vertrouwenspersonen. Ook het Bureau Interne Veiligheid, dat misdragingen en het gebruik van vuurwapens en geweld onderzoekt, neemt regelmatig psychische problemen bij betrokkenen waar. Zij kunnen signaleren en een persoonlijk advies geven op basis van hun ervaring en gezond verstand, maar ze kunnen geen diagnose stellen.

Er zijn dus veel sleutelpersonen en disciplines betrokken bij de signalering, opvang en doorverwijzing van politie medewerkers met psychische problemen. Dat lijkt positiever dan het is, want het is daardoor nogal chaotisch. Er is veel inzet, goede wil en betrokkenheid, maar niemand is verantwoordelijk voor het geheel.

⁹⁹ In de woorden van de respondenten zijn lotgenoten collega's die (soortgelijke) psychische problemen hebben en eventueel ook nog hetzelfde type incidenten hebben meegemaakt. In zekere zin zijn alle collega's lotgenoten, want velen hebben dezelfde dingen meegemaakt op straat. Politie medewerkers praten daarom soms makkelijker met elkaar dan met familie en vrienden.

¹⁰⁰ Stichting de Basis, 2011

¹⁰¹ Impact (2010).

5.3 Eerstelijnszorg: taken en rollen

De toegang tot de GGZ loopt formeel via huisarts, maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog. De toegang tot de gespecialiseerde GGZ binnen Psychopol loopt via het bedrijfsmaatschappelijk werk en de bedrijfsarts. Hieronder analyseren we de rol en mogelijkheden van de diverse personen uit de eerstelijnszorg. We combineren daarbij wat we in de hoofdstukken hiervoor hebben geschreven over formele taken, kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Het doel is steeds om een integraal beeld te geven van de (mogelijke) plek van deze functionarissen in de zorgketen.

Huisarts

46 Politied medewerkers kunnen zich voor psychische en fysieke klachten wenden tot de huisarts. Uit de NEMESIS-2 studie van het Trimbos-instituut blijkt dat binnen een jaar 6,1% van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar bij de huisarts was geweest vanwege psychische problemen.¹⁰² Voor politied medewerkers is dit cijfer niet bekend. Op basis van de werkconferentie ontstaat de indruk dat deze weg regelmatig wordt ingeslagen. Veruit de meest genoemde reden om voor de huisarts te kiezen, is vertrouwelijkheid. Of beter gezegd: het (vermeend) ontbreken daarvan binnen de politie. Daarnaast lijkt het ook een logische stap, want voor alle zorg ga je in eerste instantie naar de huisarts. Wanneer de huisarts medicijnen voorschrijft, kan sprake zijn van adequate behandeling maar soms ook van symptoombestrijding, zonder dat de onderliggende problemen worden aangepakt. De huisarts is meestal niet bekend met de politieorganisatie en de mogelijke psychische impact van het politievak. Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de diagnose en behandeling.

Psycholoog

Voor zover bekend zijn er twee behandelende (eerstelijns)psychologen werkzaam bij de politie.¹⁰³ Behalve een incidenteel positief bericht over de inzet van de psychologen bij een korps, is verder geen inzicht in de waarde van deze voor de politie schaarse en 'nieuwe' discipline. Buiten de politie maakt jaarlijks 3% van de politied medewerkers gebruik van psychologische hulp in de eerste lijn. Mannen bezoeken minder vaak een eerstelijnspsycholoog dan vrouwen (ongeveer 2,5% tegen 4%). Psychologen zouden een belangrijke rol kunnen spelen in de signalering, diagnostiek en verwijzing van politied medewerkers met psychische problemen. Ook in het verleden behandelde een enkele psycholoog zelf politied medewerkers. Dit werd vaak zeer gewaardeerd maar was zeker niet altijd succesvol, wat de interne verhoudingen bemoeilijkte. Er is dan bij wijze van spreken een interne winkel gecreëerd met verplichte afname door het korps. Indien er per korps maar één psycholoog werkzaam zou zijn, dreigt daarbij het gevaar van stand-alone functies met onvoldoende voeding vanuit collega's en vanuit het eigen brede werkveld.

Bedrijfsmaatschappelijk werk

Het bedrijfsmaatschappelijk werk lijkt – al of niet in nauwe samenwerking met de bedrijfsarts – een sleutelrol te vervullen in het signaleren en verwijzen voor verdere psychische hulpverlening. Er zijn bedrijfsmaatschappelijk werkers werkzaam in op drie na alle huidige korpsen. Van hen werken er 25 intern (binnen 15 politiekorpsen) en 16 extern (binnen 9 korpsen); twee politieregio's hebben geen bedrijfsmaatschappelijk werkers.¹⁰⁴ Bedrijfsmaatschappelijk werkers hebben een uitgebreid takenpakket en ze hebben te maken met een veelheid aan problematiek.¹⁰⁵ In sommige korpsen lijken ze toegang te hebben tot de korpsleiding, terwijl ze in andere korpsen op zichzelf staan zonder veel invloed. Onduidelijk is welke informatie bedrijfsmaatschappelijk werkers delen met leidinggevendenden. Hierdoor zijn politied medewerkers soms terughoudend in het geven van informatie. Een kracht van bedrijfsmaatschappelijk werkers is dat zij de politieorganisatie vaak goed lijken te kennen, waardoor politied medewerkers met psychische klachten zich eerder begrepen voelen en ze realistische adviezen kunnen krijgen. Het bedrijfsmaatschappelijk werk heeft zowel directe hulptaken voor politied medewerkers als ondersteunende voor bijvoorbeeld de teams voor georganiseerde collegiale ondersteuning. Het bedrijfsmaatschappelijk werk kon geen cijfers geven over de psychische problemen van de politied medewerkers die hen bezoeken. Wanneer men dit wel systematisch zou registreren, kan gefundeerder beleid worden gemaakt. Onze respondenten gaven de indruk dat het ook goed zou zijn wanneer bedrijfsmaatschappelijk werkers bijgeschoold zouden worden op het terrein van signalering, opvang en doorverwijzing bij psychische problemen.

Bedrijfsarts

De werkgever is op grond van de Arbeidsomstandighedenwet en het Arbeidsomstandighedenbesluit verplicht zich voor de ziekteverzuimbegeleiding te laten bijstaan door een bedrijfsarts.¹⁰⁶ Op dit moment hebben vier korpsen eigen bedrijfsartsen in dienst. De meeste korpsen betrekken de bedrijfsgeneeskundige zorg vanuit arbodiensten. In totaal zijn naar schatting

¹⁰² Trimbos-instituut 2010: 53.

¹⁰³ Daarnaast zijn er psychologen werkzaam bij de politieacademie en bij de toelatingsselectie. Deze laatste wordt hier buiten beschouwing gelaten.

¹⁰⁴ Stichting De Basis heeft op verzoek van Arq navraag gedaan bij de korpsen en is tot deze aantallen gekomen.

¹⁰⁵ Er is geen nationaal uniforme taakomschrijving voor het bedrijfsmaatschappelijk werk bij de politie.

¹⁰⁶ Art.2.14a lid 2 Arbeidsomstandighedenbesluit.

36 bedrijfsartsen werkzaam voor de politie.¹⁰⁷ Door de gebrekkige en ongelijksoortige registratie, is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de frequentie waarmee politiemedewerkers de bedrijfsarts bezoeken en de reden hiervan. Wel hebben bedrijfsartsen binnen de politie zelf gemeld dat in 85% van de gevallen van langdurig verzuim door beroepsziekten het psychische problemen betreft.¹⁰⁸

De bedrijfsarts heeft een medisch beroepsgeheim.¹⁰⁹ Tegelijkertijd moet de bedrijfsarts de werkgever adviseren over de zieke medewerker. Daarbij dient hij onder meer informatie en toelichting te kunnen geven bij de beperkingen. Waar zit de scheidslijn tussen vertellen welke aandoening iemand heeft en welke beperkingen er in het werk zijn? Verschillende deelnemers aan de werkconferentie vinden het lastig om vertrouwelijke gegevens met de bedrijfsarts te delen.

In de beleving van de respondenten zijn sommige bedrijfsartsen zeer betrokken en vakbekwaam, terwijl andere afstandelijk lijken en weinig kennis hebben van de politieorganisatie en het politievak. In het laatste geval is aansluiting en begrip tussen bedrijfsarts en politiemedewerker moeilijk. Bedrijfsartsen kennen de politieorganisatie en het politievak vaak niet goed omdat ze regelmatig van werkplek veranderen. Dit geldt in het bijzonder voor de bedrijfsartsen die extern worden ingehuurd. Ook de kennis op psychiatrisch gebied lijkt beperkt. De bedrijfsartsen die voor de politie werken, hebben wel een landelijk overleg ingericht om kennis uit te wisselen.

Ervaringen in het verleden met eigen bedrijfsartsen – die soms ook hun ‘koninkrijkjes’ bestierden en moeilijk voor overleg en vernieuwing waren te motiveren – hebben zeker bijgedragen aan het ‘outsourcen’ van bedrijfsartsen. Ze lijken nu echter zo ver op afstand te staan, dat ze te weinig van betekenis kunnen zijn in de signalering en verwijzing van politiemedewerkers met psychische problemen. Ook de bijdrage van de bedrijfsarts aan het sociaal-medisch team¹¹⁰ lijkt in verschillende korpsen ondergraven te worden, doordat de bedrijfsarts een politiemedewerker met klachten vaak pas ziet als er sprake is van verzuim en de problematiek al behoorlijk ernstig is.

5.4 Het voorportaal en de eerste lijn: een onoverzichtelijk vlechtwerk

In (grote) korpsen zijn tien tot vijftien personen direct betrokken bij de opvang en zorg voor politiemedewerkers met psychische problemen. Geen van hen draagt formeel de verantwoordelijkheid. Bedrijfsmaatschappelijk werkers en bedrijfsartsen nemen wel vaak informeel de verantwoordelijkheid hiervoor op zich, maar ze missen de bevoegdheden om beslissingen te nemen. In het huidige vlechtwerk van aandacht en opvang, valt de politiemedewerker regelmatig tussen wal en schip. Veel politiemedewerkers lijken niet bekend te zijn met hulp en zorg bij psychische klachten en wie die hulp en zorg kunnen bieden. De vele vragen over de bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk zijn in dit verband illustratief. Wanneer ga je naar wie toe en wat kun je ze wel en niet vertellen? Zijn ze er voor jou of voor de organisatie? De antwoorden op deze vragen zijn voor een deel in Arbo-wetgeving en in functieprofielen vastgelegd, maar politiemedewerkers zijn daar vaak niet van op de hoogte en dat kan ook moeilijk van ze verwacht worden.

In een aantal korpsen worden acties ondernomen om de coördinatie te verbeteren. Zo is in Amsterdam-Amstelland ervaring opgedaan met het zorgaanmeldpunt (ZAP) waar politiemedewerkers met al hun gezondheidsklachten terecht kunnen. In Utrecht wordt al een tijd gewerkt met het VIA-team en Friesland heeft ervaring opgedaan met nauwe interdisciplinaire samenwerking binnen de bedrijfsgezondheidsdienst Noord. De initiatieven van deze en andere korpsen zijn zeer waardevol, in de zin dat voor de politiemedewerker meer duidelijkheid ontstaat over waar hij terecht kan met vragen en dat ook de afstemming tussen de hulp- en zorgverleners formeel is geregeld. Iemand die naast de coördinatie ook inhoudelijk verantwoordelijk is en als aanspreekpunt politiemedewerker en korpsleiding kan dienen, bestaat echter niet.

5.5 De gespecialiseerde GGZ: wat is kwaliteit?

Ongeveer 90% van de politiemedewerkers is collectief verzekerd via de Politie Zorgpolis. Via de aanbiedende zorgverzekeraar CZ weten we dat per jaar ongeveer 4% van de politiemedewerkers gebruikmaakt van de GGZ. Maar om welke psychische problemen het gaat en met welk resultaat behandeld wordt, is onbekend.

Sinds 1996 heeft de politie voor werkgebonden psychische problemen Psychopol opgericht. Dat is een grote verbetering vergeleken met de situatie daarvoor, waarin de politieorganisatie geen verantwoordelijkheid nam voor psychische problemen. Ongeveer 1% van de politiemedewerkers krijgt via Psychopol een behandeling.¹¹¹ Bij de behandelingen die via Psychopol worden vergoed, is wel bekend om welke klachten het gaat. Eerder zagen we dat meer dan de helft van de diagnoses betrekking heeft op stressgerelateerde problemen.

Respondenten melden dat zij zelf, of mensen die zij kennen, bijna altijd (zeer) tevreden zijn over de behandeling in de gespecialiseerde GGZ. Tevredenheid is belangrijk, maar zegt niet per definitie iets over het resultaat van de behandeling.

¹⁰⁷ Naar aanleiding van een inventarisatie door het landelijk overleg bedrijfsartsen van de politie (LOBPOL) op verzoek van Arq, is bekend dat er binnen 16 korpsen 24 bedrijfsartsen actief zijn. Zij vertegenwoordigen 14,6 FTE. Wanneer dit geëxtrapoleerd wordt naar 25 korpsen en het KLPD, komt LOBPOL tot een schatting van 36.

¹⁰⁸ Kuijjer et al. (2005).

¹⁰⁹ Van der Meer & Willems (2009).

¹¹⁰ Naast de bedrijfsarts zitten in het SMT meestal de direct leidinggevende, het bedrijfsmaatschappelijk werk en de personeelsadviseur.

¹¹¹ De 27 instellingen die binnen Psychopol erkend zijn, verschillen aanzienlijk in omvang, wijze van werken zoals diagnostiek, en ervaring.

Zo zijn er mensen die wel tevreden zijn over de behandeling, maar die bijvoorbeeld nog steeds depressief zijn of symptomen van een burn-out hebben. Maar wat is kwaliteit? Hoe zwaar weegt de mening van de cliënt? Is het toepassen van inhoudelijke wetenschappelijke standaarden doorslaggevend? Zijn wachttijd, een mooi gebouw en prijs onderdeel van kwaliteit? Ter bevordering van de kwaliteit van dienstverlening zijn vanuit Psychopol *service level agreements* gemaakt met zorgverleners. Zo krijgen alle politiemedewerkers die door een instelling, groep of interventiebedrijf uit Psychopol zijn behandeld een vragenlijst thuisgestuurd over hoe zij de zorg hebben ervaren. Er wordt uitsluitend gewerkt met organisaties en behandelaars die door hun eigen beroepsgroep zijn geaccrediteerd of gecertificeerd, bijvoorbeeld als BIG-geregistreerd psychotherapeut.¹¹² Ook probeert CZ onder meer gegevens over de effectiviteit van behandelingen te verzamelen¹¹³ en is geprobeerd om – overigens zonder succes – een platform op te zetten van de interventiebedrijven, zodat zij onderling kennis en ervaringen kunnen uitwisselen.¹¹⁴

5.6 Re-integratie: ogenschijnlijk tegengestelde belangen

Er zijn geen gegevens bekend over hoeveel politiemedewerkers re-integreren na uitval door psychische problemen. Uit het lopende dossieronderzoek PDC Politiepoli blijkt wel dat driekwart van de gediagnostiseerde politiemedewerkers zegt tevreden te zijn over zijn of haar functie, maar dat een kwart niet tevreden is en liever niet teruggaat naar de oude functie.¹¹⁵ Hoe vaak mensen succesvol re-integreren (binnen hun oude functie) is dus onbekend. Voor PTSS is bekend dat bij *intake* van de PTSS-behandeling ongeveer de helft verzuimt, terwijl bij de *outtake* 90% van de politiemedewerkers weer werkt.¹¹⁶ Tijdens de werkconferentie zijn meerdere voorbeelden genoemd van politiemedewerkers die voor, tijdens of na de behandeling ontslag hebben genomen of kregen.

Het re-integratietraject is een wisselwerking tussen politieorganisatie (in het bijzonder leidinggevende, bedrijfsarts en het bedrijfsmaatschappelijk werk) en de politiemedewerker. In de beleving van de respondenten gaat dat lang niet altijd goed. Opvallend is dat de belangen van de politiemedewerker en van de politieorganisatie vaak tegenover elkaar worden geplaatst, waarbij de organisatie zou aandringen op een (te) snelle re-integratie, met nieuwe uitval als gevolg. Eigenlijk wordt hier een (verondersteld) kortetermijnbelang van de organisatie tegenover het langetermijnbelang van de goede re-integratie van de politiemedewerker geplaatst. Het is een veronderstelde tegenstelling, omdat uiteindelijk beide partijen bijna altijd hetzelfde doel voor ogen hebben: effectieve re-integratie. De bewustwording en dialoog hierover komen regelmatig moeilijk op gang.

5.7 Kan het beter?

De politieorganisatie is – ondanks de vele psychische problemen bij haar medewerkers – grotendeels nog een vermijdende organisatie. Er is een discrepantie tussen de omvang van de problematiek en de aanpak daarvan. De veiligheid zou in meerdere opzichten vergroot moeten worden: het moet veilig zijn om je problemen te bespreken en aan te pakken, om je werk met elkaar te doen, om binnen de politie zorg te zoeken en om thuis jezelf te kunnen zijn.

Veel personen spelen een rol in de signalering, opvang, hulpverlening, zorg en re-integratie van politiemedewerkers met psychische problemen. Op de meeste plaatsen is het resultaat een vlechtwerk van goede bedoelingen en oprechte inspanning, maar ontbreekt het aan een duidelijke organisatie en het toewijzen van verantwoordelijkheid.

De huidige beperkte omvang van de korpsen maakt een betere organisatie van de zorg moeilijk. De schaal heeft invloed op de kosten: een uitgebreid zorgprogramma voor weinig politiemedewerkers wordt erg duur. Ook beïnvloedt de schaal de kwaliteit van de zorg: een kleine groep zorgverleners kan minder specialistische kennis ontwikkelen, zeker wanneer er weinig contact is met de buitenwereld. Bij de vorming van de Nationale Politie bieden zich nu kansen voor verbetering aan.

¹¹² De beroepsgroep bepaalt de inhoudelijke eisen aan de behandeling.

¹¹³ Bijna alle interventiebedrijven doen een meting aan het begin en aan het einde van de behandeling om te kijken of de behandeling succesvol was.

Het beschikbaar maken van deze gegevens aan CZ is ingewikkeld en kan daardoor nog niet worden betrokken in de systematische kwaliteitsanalyse. (bron: CZ)

¹¹⁴ Dit platform is niet gerealiseerd, onder meer omdat het animo hiervoor bij de interventiebedrijven en politie beperkt leek. (bron: CZ)

¹¹⁵ AMC en Arq, 2011/2.

¹¹⁶ Plat et al. (2012).

Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie

De zorg voor politiemedewerkers met psychische problemen verdient een nieuwe aanpak. Politie mensen zelf en hun naasten zijn daarmee geholpen, de organisatie wordt er sterker door en ook het optreden van de politie in de samenleving verbetert. In dit hoofdstuk schetsen we onze ideeën over een nieuwe aanpak onder de kop Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie. We volgen daarbij ons kringenmodel en gebruiken wat we verzameld hebben aan feiten en inzichten. We zijn ons daarbij terdege bewust van de lacunes in onze informatieverzameling. Veel benodigde gegevens zijn niet beschikbaar. Hopelijk zal een onderzoeksagenda de komende jaren ertoe bijdragen, dat deze gaten geleidelijk aan gedicht worden. De aanbevelingen, die wij nu zullen doen voor de opbouw en inrichting van de zorglijn zullen we deels doen in de vorm van keuzemogelijkheden. De vorming van de Nationale Politie biedt immers een uitstekend moment om de zorg bij verminderde mentale weerbaarheid gedurende de komende jaren te ordenen en aanbevelingen ter verbetering te bestuderen en desgewenst over te nemen.

6.1 Aansturing vanuit de Nationale Politie

Bij de politie is de toegang tot de gespecialiseerde GGZ op dit moment 'horizontaal' georganiseerd. Binnen de korpsen hebben diverse functionarissen een verantwoordelijkheid voor signalering, interventies en doorverwijzing naar de GGZ. Er zijn echter geen personen aan te wijzen, die aan al die inspanningen binnen een korps leiding geven. Er is dus sprake van een cluster van deelverantwoordelijkheden zonder eenduidige aansturing. Dat bleek eens te meer uit het ontbreken van de meest elementaire gegevens op dit gebied binnen de korpsen en binnen de diverse disciplines. Wat nu nodig is, is een 'verticale' lijn. Als de Nationale Politie haar verantwoordelijkheid voor de GGZ-problemen serieus wil oppakken, zal de huidige horizontale structuur verlaten moeten worden. Vanuit de korpsleiding van de Nationale Politie zal een functionaris op dat niveau moeten worden benoemd en met bevoegdheden omkleed, die voor iedereen zichtbaar de verantwoordelijkheid voor de mentale weerbaarheid van de politie draagt. Het gaat om een beleidsverantwoordelijke persoon, die ondersteund wordt door een staf en die op het hoogste niveau de GGZ-problematiek van de politie in kaart brengt en volgt.

Registratie is van groot belang. Dat geldt voor alle GGZ-aanbieders waarmee met medewerking van de zorgverzekeraar contracten worden gesloten. Het voldoet dus niet meer om registratie aan de zorgverzekeraar over te laten. Onder leiding van de nieuwe functionaris zouden bijvoorbeeld trendrapportages kunnen worden uitgebracht over de mate waarin diverse stoornissen en bijvoorbeeld suïcides bij de politie voorkomen. Daarbij zou steeds beschreven en geëvalueerd moeten worden hoe men de zorg voor deze politiemedewerkers met psychische problemen belegd heeft. Ondertussen moeten staffunctionarissen, eventueel voor bepaalde periodes, worden aangetrokken voor het ontwikkelen van mentale weerbaarheidsprogramma's die voor een continu bewustzijn binnen de politie moeten zorgen dat mentale weerbaarheid en psychische gezondheid essentieel voor de beroepsuitoefening zijn.

De nieuwe functionaris die op het niveau van de Nationale Politie de verantwoordelijkheid voor de psychische zorg krijgt toebedeeld, dient niet tegelijkertijd ook nog andere verantwoordelijkheden te dragen. Het verdient aanbeveling om iemand voor deze positie te werven die een academisch niveau heeft – bijvoorbeeld een leidinggevende psycholoog of psychiater uit de GGZ –, die bekend is met de politieorganisatie en die door zijn of haar staat van dienst gezaghebbend is.

6.2 Een keuze uit drie modellen voor mentale zorg

Een belangrijke keuze betreft de reikwijdte van de zorg die de politie haar medewerkers wil bieden. Wettelijk is deze vastgelegd in de zorg voor werkgebonden psychische problemen en stoornissen. Op grond van artikel 4, lid 2 van de Arbwet (2007), moet de werkgever binnen het algemene arbeidsomstandighedenbeleid een beleid voeren dat gericht is op het voorkomen of beperken van psychosociale arbeidsbelasting. Ook schrijft artikel 18 van de Arbwet voor dat een werkgever aan de werknemer periodiek een preventief medisch onderzoek aanbiedt.

Verminderde mentale weerbaarheid of het hebben van psychische problemen of stoornissen vormen risico's in het politiewerk. De politie als organisatie kan er daarom ook voor kiezen een bredere verantwoordelijkheid op zich te nemen. Hieronder werken we de keuzemogelijkheden uit in drie modellen.

Het blauwe model

Het blauwe model lijkt het meest op de huidige situatie. Politied medewerkers kunnen net als andere Nederlanders via hun zorgverzekering gebruikmaken van de GGZ-voorzieningen. Alleen wanneer hun psychische problemen duidelijk lijken samen te hangen met het werk – zoals bij PTSS en burn-out – heeft men via Psychopol gespecialiseerde voorzieningen aangewezen. Dit is gebeurd opdat politied medewerkers sneller en meer op hun werk toegesneden zorg zouden kunnen krijgen dan via de GGZ te verwachten was. Politied medewerkers hoeven bij gebruikmaking van deze specifieke zorg geen eigen bijdragen te betalen. Het uitgangspunt bij het blauwe model is dus:

De politie stelt zich verantwoordelijk voor de werkgerelateerde psychische problemen van haar medewerkers, voor de verwijzing naar erkende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van deze zorg.

Het blauwe model is een ‘smal’ model, omdat de politie alleen verantwoordelijkheid neemt voor de psychische problemen van medewerkers die hun oorsprong vinden in het werk. Men voldoet hiermee aan de werkgeversverplichting om te zorgen voor behandeling en re-integratie bij werkgebonden problematiek, en dat is al veel meer dan men in het verleden aan deze problematiek gedaan heeft. Echter, het vaststellen of iets werkgerelateerd is, blijkt in de praktijk geregeld strijd op te leveren. We hebben – zwart-wit gesteld – het beeld gekregen dat aan de ene kant bedrijfsmaatschappelijk werkers zich opwerpen als pleitbezorgers voor de politied medewerkers met psychische problemen die zijn ontstaan of bevorderd door het werk. Aan de andere kant staan HRM-afdelingen met juristen, die kostenbewust de erkenning van werkgebonden psychische problemen zo beperkt mogelijk willen houden. Vanuit die kant wordt dan vaak aangevoerd, dat de problemen niet los gezien kunnen worden van de thuissituatie of van een belaste voorgeschiedenis. Het blauwe model is daarom ook een conflictmodel. Het blauwe model verschilt van de huidige situatie, omdat er strengere eisen aan zorgverleners worden gesteld en de kwaliteit van zorg systematisch wordt geëvalueerd. In feite gaat het om een aanvulling en verdere uitwerking van een aantal eisen, die nu al worden gehanteerd binnen Psychopol.

Argumenten pro:

- Betekent grotendeels een voortzetting van de huidige situatie waarmee veel ervaring is opgedaan, hierdoor zijn de uitkomsten van het blauwe model voorspelbaar.
- Ligt dicht bij de werksituatie en de stress die daarin te veel kan worden.
- Laat de niet werkgebonden psychische problematiek bij de huisarts en de reguliere GGZ.

Argumenten contra:

- Slechts een (klein?) deel van de psychische problematiek wordt hiermee bediend.
- Geeft conflicten over het al of niet werkgebonden zijn van klachten.

Het groene model

Het groene model komt sterk overeen met de militaire geestelijke gezondheidszorg (MGGZ) en zou daar zelfs mee verbonden kunnen worden. De MGGZ (zie nota Bijzondere missie, 2005) omvat de complete GGZ-zorg voor alle militairen, ongeacht de aard van de psychische problematiek. Het gaat om circa 50.000 militairen, in omvang vergelijkbaar met de sterkte van de politie in Nederland. Militairen zijn verplicht van militaire huisartsen en van de militaire GGZ gebruik te maken. Daarnaast wordt vanuit de MGGZ de landelijke zorglijn voor veteranen (LZV) gecoördineerd (zie LZV www.lzv-groep.nl/). Veteranen zijn vrij in hun keuze of ze van de gewone GGZ gebruik willen maken of van het gespecialiseerde circuit vanuit de LZV. De MGGZ¹¹⁷ is georganiseerd in drie eenheden: rond de uitzendingen; de reguliere GGZ-zorg; de veteraneenzorg. Men werkt vanuit vier over het land verspreide centra. Psychologen van de MGGZ gaan mee op uitzending en ze zijn betrokken bij de *debriefing* en de nazorg na uitzendingen. De laatste jaren wordt de familie door de MGGZ intensief betrokken bij de voorlichting en de zorg voor militairen. Het uitgangspunt van de MGGZ is, dat deze compleet en verplichtend voor alle militairen wordt aangeboden. Er is voor wat de zorg betreft geen discussie over de vraag of psychische problematiek werkgerelateerd is. Door zelf alle noodzakelijke zorg onder eigen dak te organiseren, draagt Defensie ook de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en effectiviteit van de geboden zorg. De MGGZ is nauw verbonden met de militaire gezondheidszorg en het centraal militair hospitaal. Dat laatste is hecht verbonden met het UMC Utrecht. Het maatschappelijk werk voor veteranen is georganiseerd vanuit Stichting de Basis. Het is denkbaar, dat de politie voor eenzelfde – breed – model kiest. Het is compleet, men heeft zelf de regie in handen en er lekt weinig weg richting reguliere civiele zorg. Het uitgangspunt is dan:

¹¹⁷ www.Defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke_gezondheidszorg

De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor het zelf leveren van alle gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van alle gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Dat uitgangspunt kent in de uitwerking ook kwetsbare kanten. De MGGZ is een kleine organisatie met circa 100 medewerkers. Die omvang is in de huidige civiele GGZ extreem klein. Men kan geen complete GGZ in al haar variatie aanbieden en is daarvoor afhankelijk van de samenwerking met civiele GGZ-organisaties. Het lijkt wel goed te lukken om zich te specialiseren in de specifieke problematiek van Defensie. De MGGZ is opgedeeld in drie aandachtsgebieden. De zorg rond uitzendingen heeft veel te maken met stress-hantering en veiligheid, terwijl het LZV zich vooral richt op de langdurige gevolgen. Een vergelijkbare subspecialisering zou bij een Politie-GGZ goed toepasbaar zijn. De MGGZ is voorts nauw verbonden met een wetenschappelijke afdeling en een eigen kenniscentrum.

Denkbaar is ook, dat de MGGZ en een eventuele Politie Geestelijke Gezondheidszorg (PGGZ) samengevoegd zouden worden. Daar zou later ook nog de zorg voor andere geüniformeerde beroepen als de brandweer en de ambulancemedewerkers aan toegevoegd kunnen worden. De schaalvergroting van een dergelijk UGGZ (geüniformeerde beroepen GGZ) zou zorgen voor een organisatie waarin meer gelijksoortige kennis en ervaring gedeeld kan worden.

Argumenten pro:

- Regie en zicht op het geheel van psychische klachten door middel van een eigen GGZ, deels in eigen beheer en deels ondergebracht bij nauw bij de politie betrokken GGZ-organisaties.
- Specifieke kennisontwikkeling voor de politie.
- Geen conflicten meer over de vraag of klachten werkgerelateerd zijn.
- Leren van Defensie en mogelijk samen optrekken.
- Betrekken huisarts (gebeurt momenteel te weinig).
- Mogelijkheid om specifieke aandachtsgebieden te onderscheiden voor politiemedewerkers die mogelijk andere zorgbehoeften hebben. Denk aan de 'reguliere' executieve politie versus gespecialiseerde groepen als arrestatieteams of kinderporno-rechercheurs.

Argumenten contra:

- Verplicht gebruik zoals bij Defensie is niet mogelijk (maar kan men wel bevorderen als politiemedewerkers geen eigen bijdrage hoeven te betalen).
- Kleine eigen GGZ-groep, lastig voor de kwaliteit.

Het blauwgroene model

Het inrichten van een eigen GGZ-organisatie van en voor de politie zoals bij Defensie is nu nog prematuur en misschien ook niet in die mate nodig. Gezien de omvang van de psychische problematiek bij de politie, lijkt een bredere aanpak dan die van het blauwe model wel te verkiezen. Ook is het hoognodig het conflictmodel te verlaten. Het blauwgroene model is een tussenvorm met als uitgangspunt:

De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor de toegang tot daarbij horende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van de zorg.

Het belangrijkste verschil met het blauwe model is dat de politie zich in dit model verantwoordelijk stelt voor alle GGZ-problemen van haar medewerkers. Het maakt dan niet meer uit of die door het werk zijn ontstaan. Een goede reden om zorg niet langer te beperken tot werkgebonden klachten, is dat alle psychische problematiek in principe een verminderde mentale weerbaarheid tot gevolg heeft. Voor het politiewerk is dat zeer ongewenst. Het levert een direct risico op voor de persoon zelf, voor diens collega's, maar ook voor degenen met wie de politiemedewerker te maken heeft en krijgt. De politie heeft een direct belang bij het geestelijk gezond hebben en houden van haar medewerkers. Dat betekent dat de politie nu moet gaan bijhouden wie zorg nodig heeft en waarvoor. Ook moet ze de route richting GGZ zo inrichten, dat deze van voldoende niveau is en dat er ook snel zorg geleverd kan worden. In dit model heeft de politie geen eigen GGZ-organisatie, zoals Defensie die wel heeft.

Argumenten pro:

- In beleid en uitvoering wordt de aandacht gericht op alle psychische problemen, mede ter voorkoming van ongewenste effecten daarvan op het werk. De politie heeft dan ook meer zicht op het geheel van psychische klachten.
- De politie kan zelf GGZ-zorg contracteren waar men voldoende kennis over de politie heeft.
- Geen conflicten meer over de vraag of klachten door het werk zijn ontstaan.
- De politie kan op afstand leren van Defensie en mogelijk deels samen optrekken.
- In beperkte mate mogelijkheid tot onderverdeling in aandachtsgebieden in de behandeling (bijvoorbeeld het ‘gewone’ politiewerk, AT-teams, BBE, kinderporno-rechercheurs, ‘veteranen’ van de politie, ex-militairen).

Argumenten contra:

- Lastig om voldoende externe organisaties die de geestelijke gezondheidszorg leveren te beoordelen en bij te sturen naar omvang en kwaliteit.
- De politie wordt afhankelijkheid van de geselecteerde GGZ-instellingen en de mate waarin deze kwaliteit en continuïteit voor de politie in een marktgerichte zorg (kunnen) blijven bieden.
- Huisarts wordt in dit model te weinig betrokken.

Een kwestie van kiezen

Het blauwe model (de huidige situatie plus) is beter dan wat er voorheen gedaan werd, zeg twintig jaar geleden. Het biedt echter te weinig in verhouding tot de omvang van de psychische problematiek bij de politie en bovendien levert het vaak conflicten op. Het groene model is aantrekkelijk vanwege de compleetheid. Samenvoeging met Defensie en mogelijk andere partijen uit het geüniformeerde veld zou de kwetsbaarheid van de huidige kleine MGGZ kunnen verminderen. Het blauw-groene model heeft het voordeel dat het meer stapsgewijs voortbouwt op wat er nu al is.

6.3 Kosten en opbrengsten

Blauwe model (huidige situatie plus)

De eerste en meteen belangrijke constatering is dat niet bekend is hoeveel op dit moment in totaal wordt uitgegeven aan psychische zorg en hulp binnen de Nederlandse politie. Dit komt onder meer doordat alle korpsen zelfstandig hun zorg organiseren, dit op verschillende manieren doen en niet (eenduidig) registeren hoeveel er wordt besteed aan zorg. De voorziening tot samenwerking Politie Nederland (vtsPN) heeft bijvoorbeeld wel de nodige gegevens over zorguitgaven, maar dit overzicht is niet volledig en lijkt bovendien kostenposten te bevatten die niet gaan over zorg aan politiemedewerkers.¹¹⁸

AEF (2011) heeft een schatting gedaan van de kosten voor de politieorganisatie als gevolg van psychische aandoeningen bij politiemedewerkers. Daarin is ook aandacht voor de zorgkosten. De kosten voor Psychopol bedragen ongeveer 1 miljoen euro per jaar. De uitgaven in de eerste lijn zijn aanzienlijk groter dan die via Psychopol. AEF heeft berekend dat 13 miljoen tot 19 miljoen euro per jaar aan kosten zijn verbonden aan de inzet van bedrijfsartsen en bedrijfsmaatschappelijk werk in de hulp- en zorgverlening aan politiemedewerkers met psychische klachten. Tot slot is gekeken welke niet-medische kosten / indirecte kosten er zijn verbonden aan psychische klachten. Het gaat daarbij vooral om verzuim (wit en grijs) en productiviteitsverlies bij directe collega's en leidinggevendenden die extra aandacht geven aan de medewerker met psychische klachten. Omdat er veel onzekerheden zijn in deze berekening is uitgegaan van een grote bandbreedte. De groep politiemedewerkers die zeker psychische klachten heeft¹¹⁹, kost per jaar 83 tot 185 miljoen euro in termen van verzuim en productiviteitsverlies.¹²⁰ De groep politiemedewerkers die waarschijnlijk psychische klachten heeft, kost nog eens 221 tot 339 miljoen euro per jaar. De kosten verbonden aan uitval en productiviteitsverlies zijn ook een kans. Deze kosten kunnen tot op zekere hoogte worden teruggedrongen door psychische klachten eerder te signaleren, beter en sneller te diagnosticeren en behandelen en de re-integratie te verbeteren. Met andere woorden, de Blauwdruk kan een bijdrage leveren in het verkleinen van deze kosten.

Groene model

Er zijn twee kostengroepen in het groene model: de zorgkosten en de kosten voor de nieuwe inrichting van de gespecialiseerde GGZ. De zorgkosten voor de politieorganisatie zullen toenemen, omdat politiemedewerkers al hun psychische zorg krijgen van de politie. Momenteel wordt in de Politie Zorgpolis ongeveer 5,4 miljoen euro besteed aan de gespecialiseerde GGZ en daarnaast ongeveer 1 miljoen euro aan Psychopol. Tegelijkertijd wordt de zorgpolis van de politiemedewerkers goedkoper, omdat de werkgever de behandeling van psychische aandoeningen betaalt.

¹¹⁸ vtsPN heeft geregistreerd dat ongeveer € 29.000.000 aan geneeskundige kosten is uitgegeven. In het overzicht zijn Arbodiensten te herkennen, maar ook huisartsen, fysiotherapeuten, stoelmassagers, apothekers, een enkele dierenarts, GDD-en, kosten voor verzorging van arrestanten, etc.

¹¹⁹ In het rapport wordt gesproken over politiemedewerkers die zeker verminderd mentaal weerbaar zijn (AEF, 2011).

¹²⁰ De totale kosten voor zeker verminderde politiemedewerkers zijn 97 – 205 miljoen euro (AEF, 2011: 39). Daarop moet de 14 tot 20 miljoen euro voor de eerstelijns zorg en tweedelijns GGZ in mindering worden gebracht.

De tweede kostenpost is de implementatie van het nieuwe zorgsysteem. Er zal veel moeten worden gedaan om een eigen geestelijke gezondheidszorg in te richten voor de politie, ook als er nauw wordt samengewerkt met de MGGZ. Implementatiekosten zijn onder meer:

- Uitwerking van de inrichting van de PGGZ en het maken van een organisatieplan
- Werving en selectie van personeel (naar het voorbeeld van de MGGZ zijn dit ongeveer 100 medewerkers)
- Bieden van aanvullende cursussen en opleidingen aan een aantal medewerkers
- Het inwerken van de zorgverleners (waarschijnlijk gaat het aannemen en inwerken zeer geleidelijk, omdat bestaande zorgcontracten een snelle overschakeling naar het groene model niet mogelijk maken)
- Vinden van een of meerdere locatie(s) en ervoor zorgen dat deze locatie(s) aan alle eisen voldoen die gelden voor GGZ-instellingen
- Aanschaf van inboedel

53

De vraag is dan of deze extra kosten ten opzichte van de huidige situatie (het blauwe model) uiteindelijk resulteren in minder (ernstige) of minder langdurige psychische problemen dan nu het geval is, en dus tot minder directe zorgkosten en minder productiviteitsverlies leiden. Helaas is het antwoord op deze vraag niet te geven.

Blauwgroene model

Net als in het groene model, zijn er in het blauwgroene model zowel de extra kosten voor de politieorganisatie als gevolg van de grotere zorgvraag als de implementatiekosten. Omdat het blauwgroene model de politiemedewerkers niet verplicht om bij de politie zorg te gebruiken, is de zorgvraag waarschijnlijk kleiner dan in het groene model (dus minder dan 1,1 miljoen euro Psychopol + 5,4 miljoen Politie Zorgpolis). Ook de implementatiekosten zijn kleiner. De politie hoeft namelijk niet zelf een zorgorganisatie op te tuigen. Wel moet de politie ervoor zorgen dat er een goed programma van eisen komt voor de selectie van zorginstellingen en dat geëvalueerd wordt of die instellingen tijdens de looptijd van het contract goede zorg blijven leveren.

Wederom kan de vraag niet worden beantwoord of het blauwgroene model ten opzichte van de huidige situatie uiteindelijk resulteert in minder (ernstige) of minder langdurige psychische problemen dan nu het geval is, en dus leidt tot minder niet-medische / indirecte kosten.

6.4 Bewustwording en signalering van psychische problemen

Bewustwordingscampagne

Los van welk zorgmodel de politie voor de toekomst zal kiezen, is bewustwording van psychische problemen bij de politie noodzakelijk. Met een bewustwordingscampagne kan men politiemannen en – vrouwen erop wijzen dat ze zelf mede verantwoordelijk zijn voor hun mentale weerbaarheid. Het zou goed zijn als de politie haar medewerkers voorlicht over methoden om die mentale fitheid te bevorderen en te behouden, en wat ze kunnen doen wanneer het niet goed gaat. Websites met ‘psycho-informatie’ kunnen hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn (o.a. www.blauweveerkracht.nl). Door ook het thuisfront te betrekken in de campagne, moeten mentale weerbaarheid en psychische problemen onderwerpen zijn die politiemensen aan de ‘keukentafel’ kunnen bespreken. Veel politiemedewerkers worstelen met de vraag hoeveel ze thuis kunnen/moeten vertellen. Vaak vertellen ze voor de zekerheid maar niets. En de familie maar gissen waar de gespannenheid mee te maken heeft.

Screening

Screening is mogelijk een goede methode om de vrijblijvendheid te verminderen in het melden van psychische problemen en van het hulp daarbij zoeken. Men zou politiemedewerkers kunnen vragen of zelfs verplichten om één of twee maal per jaar, bijvoorbeeld via een website, een vragenlijst in te vullen. Er zijn algemenere screeningslijsten waarmee psychische problemen aan het licht kunnen komen en ook lijsten die zich richten op specifieke problematiek. Bij de vragenlijsten zou duidelijk gemeld moeten worden dat bij het vermoeden van psychische problematiek er door de psycholoog of bedrijfsarts contact met betrokkene opgenomen zal worden om een en ander verder uit te zoeken.

Met screening ontstaat een proactieve aanpak, die kan helpen om in een vroeger stadium adequaat te helpen. Screening heeft ook negatieve kanten. Dergelijke onderzoeken leveren altijd fout-positieve uitslagen op, waarbij het lijkt alsof mensen psychische problemen hebben terwijl dat niet het geval is. Bij fout-negatieve uitslagen is juist onterecht geconcludeerd dat iemand geen problemen heeft. Bekend van screening is ook, dat juist mensen met wie het slecht gaat, screening mijden.

Betrokkenheid en verantwoordelijkheid binnen de organisatie

Ervaringsdeskundige politiemedewerkers, collegiale ondersteuners een zekere scholing voor het herkennen van psychische problemen na ingrijpende gebeurtenissen, geestelijk verzorgenden, maar ook heel wat leidinggevenden hebben de aandacht voor psychische problemen binnen de politie enorm gestimuleerd. Desondanks blijft het een thema waarover men liever niet spreekt, terwijl het zo veel voorkomt. De taakvelden en rollen van genoemde personen uitbreiden, lijkt ons eerder bij te dragen aan nog meer chaos op dit gebied, dan een oplossing. Wel zouden ze – samen met psychologen en andere professionals – een belangrijke rol kunnen krijgen in de hierboven genoemde bewustwordingscampagne. Ervaringsdeskundigen, collegiale ondersteuners, collega's, en geestelijk verzorgers zijn niet verantwoordelijk voor de signalering van problemen en het doorgeven daarvan aan professionals. Ze signaleren wel, maar moeten dit aan de betrokken persoon voorleggen en deze aanraden hulp en advies te zoeken. Leidinggevenden zijn wel verantwoordelijk voor de signalering. Zij moeten het onderwerp ter sprake brengen bij de betrokkenen en hen doorverwijzen naar 'de' professional in de eerstelijnszorg.

6.5 Meer structuur in de eerstelijnszorg

We hebben gezien dat in de eerstelijnszorg een veelheid van professionals betrokken is: huisarts, psycholoog, bedrijfsmaatschappelijk werker, bedrijfsarts. Hoewel we veel waardering voor deze personen en hun inzet hebben, is de eerstelijnszorg voor politiemedewerkers te weinig georganiseerd. In ieder geval in één korps is een centraal aanmeldpunt in het leven geroepen om meer lijn in de organisatie te brengen. Dat lijkt overal nodig.

Herzie de rol van het bedrijfsmaatschappelijk werk

Het bedrijfsmaatschappelijk werk kent een lange traditie bij de politie. Het zijn de bedrijfsmaatschappelijk werkers die zich het meeste met de psychische problematiek van politiemedewerkers bezighouden en ze zijn daarin binnen de politie ook het beste geschoold. Toch is ook hier verbetering nodig. Men kan er voor kiezen om deze discipline ten behoeve van de psychische problematiek uit te breiden, maar dan is ook een specifieke bijscholing nodig. De andere weg is om het bedrijfsmaatschappelijk werk juist minder verantwoordelijkheid voor de psychische problematiek te geven.

Certificering van bedrijfsartsen bij de politie

Op sommige plaatsen zijn bedrijfsartsen actief en nauw betrokken bij de aanpak van de psychische problematiek. Maar er zijn ook bedrijfsartsen die dat veel minder zijn en die nauwelijks invloed kunnen uitoefenen binnen de politieorganisatie. Het lijkt erop, dat de politie niet goed weet wat men met de artsen wil. Terug naar de 'oude politiearts' die voor alles beschikbaar was, maar die ook nogal eens een moeilijk beïnvloedbare solist was, lijkt niet aantrekkelijk. Echter, de weg die nu gekozen is met aanbestedingen en het zeer op afstand plaatsen via arbodiensten vertoont ook gebreken. De kennis over het politiewerk en de invloed die men kan uitoefenen ten behoeve van de politiemedewerkers is soms veel te gering geworden. Men zou er voor kunnen kiezen om een speciale certificering voor bedrijfsartsen bij de politie of bij geüniformeerde beroepen te ontwikkelen.

Een grotere rol voor GZ-psychologen

Dat laatste lijkt vooral logisch als men meer gebruik zou willen gaan maken van psychologen. Deze zouden ten minste GZ-psychologen moeten zijn. Van belang is dat ze zich niet met behandeling zouden moeten bezighouden waardoor te vaak eigen winkeltjes zijn ontstaan, maar met diagnostiek, advies aan andere disciplines en korte interventies. Om het *stand alone* risico te verminderen, is het raadzaam wanneer deze discipline binding houdt met GGZ-organisaties en de bijscholing. Ze zouden zich verder kunnen richten op versterking van de weerbaarheid, zoals bij Defensie.

6.6 Uitbreiding van gespecialiseerde zorg

In het blauwe model is gekozen voor specifieke zorg bij PTSS en burn-out. Geleidelijk zijn de te behandelen klachten uitgebreid met aanpassings-, angst- en stemmingsstoornissen. Hiervoor zijn via zorgverzekeraar CZ in totaal 27 organisaties gecontracteerd. De organisaties zijn zeer divers. Behalve Centrum'45 bieden ze alleen ambulante hulpverlening aan. Centrum '45 kent naast de politiepoli een specifieke dagbehandeling voor de politie. Sommige organisaties betreffen de praktijk van een enkele psychotherapeut, of ze combineren fysieke en psychische hulp. Een aantal vermeldt coaching als activiteit ernaast. Het is moeilijk om van een afstand te oordelen hoe adequaat het huidige aanbod aansluit bij de zorgbehoefte bij de politie.

Als men werkelijk alle psychische problematiek als haar verantwoordelijkheid aanvaardt – zoals in het blauwgroene en groene model – dan zal ook het zorgaanbod uitgebreid moeten worden. Het gaat dan niet meer alleen om de relatief eenvoudige problematiek zoals aanpassingsstoornissen. Naast PTSS en burn-out zullen ook verslaving, depressie en lichamelijk onverklaarde klachten aandacht moeten krijgen. Op basis van onderzoek zou men jaarlijks moeten vaststellen hoe groot de behoefte is aan zorg voor de diverse stoornissen en klachten. Het verdient dan aanbeveling om samen met de zorgverzekeraar een beperkt aantal GGZ-organisaties aan te wijzen als speciale aanbieders voor de politie. Behalve het tempo van aanpak en beoordeling door de politiemedewerkers, zouden eisen gesteld moeten worden aan psychiatrische en psychologische diagnostiek, *evidence-based* behandelingen en onafhankelijke *outtake screening*.

6.7 Meer aandacht voor re-integratie

Het is van groot belang dat bijvoorbeeld een psycholoog of een arbeidsdeskundige in overleg met betrokkene en met behulp van informatie van de behandelaar heel precies gaat uitzoeken welke werkzaamheden geleidelijk aan weer kunnen worden opgepakt. Van belang is dat de betrokken politiemans of -vrouw daar ook werkelijk bij betrokken is en zijn of haar zegje kan doen. Te vaak wordt er van alles ondernomen zonder dat de betrokken politiemedewerker daar iets van merkt. Deze raakt dan teleurgesteld of wantrouwend over wat er allemaal buiten hem of haar wordt ondernomen. Hier is veel winst voor betrokkenen en voor de politie-organisatie te behalen.

6.8 Aanbevelingen

1. De komst van de Nationale Politie is een unieke kans om voor het eerst een landelijke visie te ontwikkelen op de psychische hulp- en zorgverlening en deze in praktijk te brengen.
2. Erken dat alle psychische problemen in het politiewerk risico's opleveren voor de politiemans of -vrouw zelf, voor de collega's en voor de burgers.
3. Hef vervolgens het verschil tussen werkgebonden en niet-werkgebonden psychische problematiek op als argument voor het wel of niet ontvangen van zorg via de politie.
4. Maak een keuze voor de reikwijdte van de zorg en hoe deze geleverd wordt (zie de drie zorgmodellen).
5. Maak psychische problematiek bespreekbaar tot iets gewoons en veel voorkomend in het politiewerk via een bewustwordingscampagne.
6. Betrek veel meer het thuisfront bij de politieorganisatie en leer van Defensie.
7. Overweeg deskundige psychologen aan te trekken die feitelijk en formeel de verantwoordelijkheid voor de diagnostiek, verwijzing naar zorg en re-integratie overnemen in goede afstemming met bedrijfsmaatschappelijk werk en bedrijfsartsen.
8. Bevorder de georganiseerde collegiale ondersteuning na ingrijpende gebeurtenissen vooral op praktisch niveau, zonder verantwoordelijkheid voor signalering.
9. Maak de leidinggevende verantwoordelijk voor het signaleren van mogelijke psychische klachten.
10. Ga na in hoeverre regelmatige screening op psychische problematiek kan bijdragen aan signalering en tijdige hulpverlening.
11. Bevorder het besef van een eigen verantwoordelijkheid van politiemensen voor hun psychische gezondheid en eventuele noodzaak hulp daarvoor in te schakelen.
12. Maak beleid op nationaal niveau en benoem een inhoudelijk deskundige hiervoor binnen de politietop.
13. Richt een zorgloket per regionale eenheid in waar politiemedewerkers met al hun psychische en fysieke klachten terecht kunnen.
14. Maak werk van echte re-integratie.
15. Certificeer een beperkt aantal zorginstellingen met kennis van de politie (en geen individuen) op basis van goede psychiatrische en psychologische diagnostiek en *evidence based* behandelingen.
16. Maak werk van effectieve registratie van psychische problematiek bij de politie, van het zorggebruik, de resultaten van zorg en van re-integratie.
17. Bevorder duurzame relaties met bedrijfsartsen en behandelinstellingen.

6.9 Tot besluit

De komst van de Nationale Politie biedt een unieke kans om voor het eerst een landelijke visie te ontwikkelen en implementeren op psychische hulp- en zorgverlening. Een visie die antwoord moet geven op verschillende problemen in de huidige zorg, maar ook een totaalbeeld schetst van hoe de zorg idealiter is vormgegeven. In de Blauwdruk is bewust gekozen voor het openlaten van een aantal keuzes. De belangrijkste is waarschijnlijk welk zorgmodel er voor de (gespecialiseerde) GGZ wordt gehanteerd: blauw, groen of blauwgroen. Met de keuze voor een model hangt samen hoe breed of smal de politieorganisatie zich verantwoordelijk stelt voor de psychische problematiek van haar medewerkers.

56

Los van het zorgmodel waarvoor wordt gekozen, zijn behoorlijk wat adviezen gegeven over hoe de signalering, ondersteuning, eerstelijnszorg en re-integratie er idealiter uit komen te zien. Rode draad door deze adviezen is dat er een goed begrijpelijke en eenduidige zorglijn komt, waarin verantwoordelijkheden duidelijk zijn belegd. Niet zo zeer meer personen betrekken bij de zorglijn, maar enkele sleutelpersonen aanwijzen en equiperen: de politiemedewerker met psychische problemen, diens directe leidinggevende en een nader te kiezen zorgverlener uit de eerste lijn. Het opzetten van een bewustwordingscampagne is een voorwaarde om de toegang tot en het gebruik van hulp- en zorgverlening te versterken.

Tot slot is een belangrijke aanbeveling dat een verticale lijn in de zorg moet worden aangebracht, ook in de beleidsverantwoordelijkheid. Door op landelijk niveau een eindverantwoordelijke te benoemen, gecombineerd met systematisch onderzoek naar zorgbehoefte en -gebruik, kan een samenhangende zorglijn ontstaan die wordt gevoed door kennis.

Het verzoek om een Blauwdruk te maken is een goede eenmalige actie om beleidsmatig meer richting te geven. De uitdaging is nu om de visie die in de Blauwdruk is vastgelegd een plaats te geven in het reguliere politiewerk. De Nationale Politie biedt hier een buitenkans.



Bijlagen

Gebruikte bronnen

Publicaties

- Andersson Elffers Felix (2011) De prijs die je betaalt... Politie: de kosten achter een hoog risicoberoep, onderzoek in opdracht van de Raad van Korpschefs.
- L. Berendsen (2007) Bureaucratische drama's: Publieke managers in verhouding tot verzekeringsartsen. Dissertatie, Universiteit Utrecht.
- A.M. Berg, E. Hem, B. Lau, O. Ekeberg (2006) "Help-Seeking in the Norwegian Police Service", in: Journal of Occupational Health, Vol. 48, p 145 – 153.
- I.V.E. Carlier, R.D. Lamberts, B.P.R. Gersons (1997) "Risk Factors for Posttraumatic Stress. Symptomology in Police Officers: A Prospective Analysis", in: The Journal of Nervous & Mental Disease, Vol. 185 No. 8.
- I.V.E. Carlier, R.D. Lamberts, B.P.R. Gersons (1994) Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk, Gouda Quint.
- College voor zorgverzekeringen (2007) Van preventieverzekerd.
- P.A. Collins, A.C.C. Gibbs (2003) "Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force", in: Occupational Medicine, Vol. 53 No. 4.
- DSP – groep (2011) Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak.
- B.P.R. Gersons, M. Olf, A. Smit, J. Mouthaan, S. van Buschbach (2012) Bijna 1000 politiemensen; Dossieronderzoek PDC Politiepoli: Tussentijdse resultaten, niet gepubliceerd.
- B.P.R. Gersons (2005) Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen, Advies aan de staatssecretaris van Defensie.
- B.P.R. Gersons (1985) Acute Psychiatrie, Van Loghum Slaterus.
- E. Goffman (1961) The moral career of the mental patient, Doubleday & co.
- I. Houtman, P. Smulders, S. van den Bossche (2005) Arbobalans 2005.
- Impact (2010) Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden.
- A.J.F.M. Kerkhof, J.B. van Luyn (2010) Suicidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum.
- P.P.F.M. Kuijter, B. Sorgdrager, I.T.J. Braam, D. Spreeuwers (2005) "Diagnose, incidentie en verzuimduur van gemelde beroepsziekten bij de politie", in: TBV, Vol. 13 No. 11, p 328 – 332.
- Landelijk Expertise Centrum Diversiteit Politie (2009) Kadernota Omgangsvormen en Sociale Veiligheid.
- T. Langner, S. Michael (1963) Life stress and mental health. New York 1963.
- H.C.B. van der Meer, J.H.B.M. Willems (2009) Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie, KNMG-Consult in opdracht van de NVAB.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2011) Uitvoeringsprogramma Vorming Nationale Politie.
- J. Naeyé, R. Bleijendaal (2008) Agressie en geweld tegen politiemensen, in opdracht van Politie en Wetenschap.
- K. Nieuwenhuijsen, J.K. Sluiter (2010) "Bedrijfsarts in beeld, gezondheid en werk", in: Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, Vol. 18 No. 7, p 293 – 299.
- M.J. Plat, G.J. Westerveld, R.C. Hutter, M. Olf, M.H.W. Frings-Dresen, J.K. Sluiter (2012) "Return to work: Police personnel and PTSD", in: Work (geaccepteerd).
- Politie Nederland (2011) Jaarverslag Nederlandse Politie 2011.
- Politie Nederland (2011) Kerngegevens Nederlandse Politie 2011.
- Politie Utrecht (2005) Werkwijze VIA-ondersteuning.
- Politie Utrecht (2004) Pilot Verzuim Integrale Actie.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2001) Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- B. Schaafsma (2001) Bedrijfsmaatschappelijk werk, Bohn Stafleu Van Loghum.
- TNO Arbeid (2001) Arbeidsrisico's in de branche politie.

- J. Timmer, R. de Vos, J. van der Tillaart, S. Gosepa (2011) Inventarisatie van zelfdoding door ambtenaren van politie in Nederland, onderzoek in opdracht van de Politieacademie.
- Trimbos Instituut (2010) NEMESIS-2.
- P.G. van der Velden, M. Bosmans, S. Brekveld (2012) “Politiestress: feiten en mythes”, in: Het tijdschrift voor de Politie, Vol. 72.
- C.D. van der Vijver, L.J. Molenkamp (1999) “De interne organisatie van de politie”, in: Politie: Studies over haar werking en organisatie, p 195 – 214.

Websites

http://www.arbeidsdeskundigen.nl/nvva/arbeidsdeskundige/wat_doet_een_arbeidsdeskundige.php

<http://www.blauweveerkracht.nl/impact-politiewerk/hulpverlening>

<http://www.cvz.nl/zorgcijfers>

<http://www.defensie.nl/onderwerpen/personeel>

www.Defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke_gezondheidszorg

www.Defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke_gezondheidszorg

<http://www.hsk.nl>

http://www.impact-kenniscentrum.nl/ne/welkom/richtlijn_geuniformeerden

www.lzv-groep.nl/

<http://www.pdcentrum.nl/politiepoli/>

<https://www.politieacademie.nl/kennisenonderzoek/kennis/kennisdossiers/pw/Pages/InleidingProgrammaVersterkingProfessioneleWeerbaarheid.aspx>

<http://www.pzp.nl/zorgadvies/re-integratiemodule/psychopol>

<http://statline.cbs.nl/statweb/>

<http://www.traumabehandeling.net>

Opdracht Blauwdruk Mentale Zorglijn

Context

Het landelijk programma Versterking Professionele Weerbaarheid levert aan de Nationale Korpsleiding een overall advies **versterking mentale kracht**.

Dit overall advies behelst de onderdelen:

- Gezondheid, zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid (preventie van ziekte)
- Zorglijn: opvang, zorg en nazorg
- Juridische steunpunt (ism vakorganisaties)

Versterking van de mentale kracht levert een belangrijke bijdrage aan duurzame inzetbaarheid bij een hoog risico beroep.

Dit overall advies komt mede tot stand vanuit 3 praktijkstudies:

- Implementatie 24 uren zorgloket (incl uitzendingen)
- Blauwdruk mentale zorglijn
- Implementatie richtlijn psychische ondersteuning geüniformeerden

Formulering Opdracht Blauwdruk Mentale Zorglijn

Advies wordt uitgebracht aan Leon Kuijs, directeur Bedrijfsvoering Nationale Politie en voorzitter Raad van Korpschefs, en Jan Struijs, directeur landelijk Programma Versterking Professionele Weerbaarheid.

Uitwerking en oplevering in 2 fases

1) Uitgangspunten zorg & hoog risicoberoep

- Opgesteld vanuit ervaring/expertise van Arq; onafhankelijk, valide en objectief, waarin in ieder geval geput is uit:
- 10 puntenlijstje Gersons (uit Het sociale raamwerk van de psychiatrie; een bewogen terugblik) actualiseren en blauw maken. (Een illustratie van mogelijke richting wordt hieronder uitgewerkt)
- Advies gereed: december 2011

Eerste blauwe richting 10 puntenlijst Gersons:

1. Ga uit van het herstellend vermogen van de politieorganisatie: het werken in teamverband en het werkenderwijs herstellen;
2. Maak een getrappt systeem (stepped care), om diegenen die rechtstreeks professionele hulp nodig hebben te bereiken;
3. Lever beproefde, liefst evidence based, ondersteuning, opvang en zorg en train de professionals die dit moeten doen;
4. Combineer de opvang en zorg altijd met praktische en sociale ondersteuning;
5. Maak gebruik van voorlichting om zogoed mogelijk de doelgroepen te bereiken ;
6. Zorg voor politieke steun, steun de politici, adviseer en motiveer ze;
7. Plan met aandacht voor de lange termijn en bouw vanuit daar je acties op;
8. Zorg voor onderzoek om alle acties te evalueren en bij te stellen (denk hierbij aan lessons learned bij bijv. aan Hoek van Holland, Alphen aan de Rijn en Baflo);
9. Schaar je niet in het koor van de critici maar bouw op;
10. Zorg voor een onafhankelijke positie, waar geen eigen -of commercieel belang van de zaak vertroebelt (i.e. het landelijk programma versterking professionele weerbaarheid).

2) Blauwdruk mentale weerbaarheid

- een advies zorglijn mentale weerbaarheid Politie (behelst: overzicht stand van zaken, ontwikkeling visie, advies blauwdruk)
- Advies gereed: december 2012

Het is aan de politie om de zorglijn vervolgens te implementeren.

9 oktober 2011,

J. Struijs,

directeur landelijk programma Versterking Professionele Weerbaarheid

Uitgebracht 23 december 2011, Diemen.

Pre-advies Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie

Aanleiding

Medio 2012 gaat in Nederland de Nationale politie van start. De bedoeling van deze grootscheepse reorganisatie is om nog slagvaardiger te kunnen optreden dan met de huidige organisatie van 26 zelfstandige korpsen. Tegelijkertijd is het besef gegroeid, dat bij een slagvaardige organisatie ook adequate opvang en zorg hoort. Opvang en zorg passend bij de specifieke kenmerken van het beroep van politiefunctionaris. Dit is neergelegd in het Programma Professionele Weerbaarheid.

Naast adequate zorg en opvang gaat het in het Programma Professionele Weerbaarheid ook om versterking van de morele, fysieke en mentale weerbaarheid. Idealiter zou dit moeten resulteren in meer satisfactie in het politiewerk en geringere uitval en uitstroom van politiemensen. Het programma bestaat daarom voor een belangrijk deel uit maatregelen, trainingen en andersoortige interventies om de genoemde weerbaarheidsdimensies te laten toenemen. Desondanks zullen er nog steeds politiemensen uitvallen of minder gaan functioneren als gevolg van de emotionele en psychische belasting of de gevolgen van lichamelijke beperkingen en ziekten. De te ontwerpen 'Blauwdruk Zorglijn Mentale Weerbaarheid' moet op de mentale gevolgen een gepast antwoord geven.

Het is duidelijk, dat men bij de start van de Nationale politie niet kan wachten op de Blauwdruk eind 2012, zonder alvast iets te doen of te verbeteren. De gehele Nederlandse politie is nu door de plannen van de minister in beweging gekomen. Een veelheid van rapporten, initiatieven en verbetervoorstellen van tal van partijen zijn verschenen. De opdrachtgever realiseert zich terecht dat zij moet vermijden dat als de Blauwdruk eind 2012 klaar is en vervolgens in 2013 en 2014 moet worden geïmplementeerd, er feitelijk al een nauwelijks te veranderen zorgorganisatie staat. De politie heeft Stichting Arq daarom gevraagd voorafgaand aan het ontwerpen van de blauwdruk, uitgangspunten te formuleren van toepassing op het hoog-risicoberoep van de politie. Deze uitgangspunten moeten de opdrachtgever een handvat bieden om in de periode 2012-2014 het veranderingsproces van zorg en opvang voor de politie in de gewenste richting te sturen waarbij implementatie van de Blauwdruk goed mogelijk is.

Inhoud

Dit pre-advies zal gelet op de doelstelling bevatten:

1. Aanwijzingen voor de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat de Blauwdruk 'Zorglijn Mentale Weerbaarheid' in 2013 in de praktijk gebruikt kan worden.
2. Een beknopte nadere beschouwing van de implicaties van het begrip hoog-risicoberoep en de gevolgen die dit voor opvang en zorg heeft.
3. Formulering van een aantal richtinggevende uitgangspunten voor de opvang en zorg voor politiemensen.

→ *De opstellers van dit pre-advies verwachten van de opdrachtgever binnen twee maanden na oplevering van het advies een beargumenteerde reactie, die meegenomen kan worden bij het ontwerpen van de Blauwdruk.*

Aanwijzingen voor de opdrachtgever

1. Alle contracten met zorgaanbieders worden tijdelijk aangegaan in afwachting van de Blauwdruk. De over een te komen contractduur zal niet verder reiken dan 2014.
2. De overeenkomsten met de zorgaanbieders waarmee tijdelijke contracten gesloten worden bevatten:
 - Een beargumenteerde omschrijving van de doelgroep waarvoor de zorg bedoeld is.
 - In welke mate de zorgaanbieder bekend is met de politie en de specifieke beroepsspecialisatie en/of bekendheid met andere hoog-risicoberoepen.
 - Een omschrijving van de werkwijze (intake, diagnostiek, soort interventies) met een wetenschappelijke onderbouwing van de methodiek en het te verwachten resultaat, indicaties, contra-indicaties, negatieve bijeffecten etc.
 - Kwalificaties van de beroepsbeoefenaren die de ondersteuning/zorg/opvang gaan bieden.
 - Kwaliteitserkenningen van de betreffende organisatie, evaluatiewijze en -tijdstippen.

→ *Indien de opdrachtgever advies wil hebben van de projectgroep over het al of niet aangaan van een overeenkomst, dan is dat gedurende de looptijd van het ontwerpen van de Blauwdruk mogelijk.*

3. De plannen voor een 24 uren zorgloket worden voor advies aan de projectgroep Blauwdruk Zorglijn Mentale Weerbaarheid voorgelegd.

Implicaties van het hoog-risicoberoep

Er is sprake van een hoog-risicoberoep wanneer de aard van het werk een relatief hoger risico op lichamelijke of psychologische beperkingen of zelfs op overlijden oplevert en deze risico's niet te voorkomen zijn.

Vanuit de praktijk wordt het politiewerk gezien als een hoog-risicoberoep om de volgende redenen:

- Het vereist bijzondere vaardigheden in relatie tot het wettelijk toegewezen geweldsmonopolie.
- Er bestaat een redelijke kans dat men regelmatig wordt geconfronteerd met incidenten met een grote maatschappelijke impact.
- De kans bestaat dat men wordt geconfronteerd met ernstig fysiek of mentaal letsel of dit zelf oploopt.

Vanuit de huidige wet- en regelgeving spreekt men van een hoog-risicoberoep indien:

1. Het beroep bijzondere functie-eisen heeft met verhoogd risico voor de werknemer en/of derden.
2. Volgens de Wet op de Medische Keuringen (1998) is sprake van bijzondere functie-eisen wanneer het verrichten van een functie risico's met zich meebrengt voor de gezondheid of de veiligheid van de werknemer zelf en/of die van derden.
3. Slechts als deze ingeschatte risico's niet door de werkgever verminderd of weggenomen kunnen worden met gangbare arbobeleidsmaatregelen spreekt men over bijzondere functie-eisen.
4. Bijzondere functie-eisen doen een bijzondere aanspraak op de medische (fysieke en psychische) belastbaarheid.

Naast de politie worden in de literatuur over psychotraumatologie ook andere beroepen aangemerkt als hoge risico beroepen in relatie tot meemaken van traumatische ervaringen. Dit zijn brandweer, ambulancepersoneel, ziekenhuispersoneel, militairen, maar ook journalisten in risicogebieden, hulpverleners van NGO's. Bij steeds meer beroepen en situaties wordt stil gestaan bij de mogelijke gevolgen van traumatische situaties in de beroepensfeer, zoals suïcides voor treinbestuurders en conducteurs, agressie naar conducteurs, maar ook voor artsen en verpleegkundigen, etc.

Bij al deze beroepen en situaties is aan de orde in hoeverre vanuit de werkgever en arbowetgeving maatregelen genomen moeten worden om dergelijke risico's tegen te gaan, de kans daarop te verminderen en tenslotte in opvang en behandeling te voorzien. Het Nederlandse leger heeft haar zorgorganisatie hier volledig op ingericht. Met de nieuwe veteranenwet heeft defensie deze verantwoordelijkheid nog verder verbreed. De Nederlandse politie, met steun van Ministerie van V&J en de politiebonden bevindt zich ook op de weg van erkenning van de verhoogde risico's in het beroep en de verantwoordelijkheid die men daarom heeft om maatregelen te nemen. De praktijk leert dat hier soms aan ontbreekt en dat men zo vanuit vooronderstellingen of financiële motieven feitelijk te kort schiet in herkenning en erkenning van beroepsgebonden stoornissen en de behandeling daarvan. Ook financiële schade en te lange procedures om schade te verhalen, kleding te vergoeden of weer op de werkplek te kunnen terugkeren vormen nog dagelijkse barrières in het politiewerk.

Het is belangrijk zich te realiseren, dat erkenning van het politiewerk als hoog-risicoberoep helpt tegen uitval en uitstroom van ervaren politiepersoneel. En dat dit ook een positief effect heeft op het zittende personeel, dat ziet dat men niet in de steek gelaten wordt als het er op aan komt.

Hieronder volgt een niet uitputtende lijst van hoge risicosituaties in het politiewerk. Bij het maken van de Blauwdruk zal nader aandacht worden besteed aan de gezondheidseffecten en verminderde belastbaarheid die hier uit kan voortkomen.

- Doodsdreiging;
- Ongevallen;
- Schietincidenten;
- Geweld en agressie ondergaan;
- Zelf schieten of geweld uitoefenen;
- Bedreigingen (o.a. naar familie en collega's);
- Suïcide van collega's;
- Lijkvinding i.h.b. van kinderen of vergevorderde lijkontbinding;
- Zeer beangstigende psychotische patiënten;
- Reddingsacties uit water, auto's, bij gijzelingen en uit huizen;
- Massaal geweld en dreiging (stadions, demonstraties);
- Lichamelijke verwonding;
- Infectiegevaar;
- Seksueel geweld naar vrouwen en kinderen;
- Explosies, optreden bij rampen en calamiteiten;

Deze opsomming betreft voornamelijk situaties die als ingrijpend worden aangeduid. Daarnaast spelen ook andere factoren een rol die risico verhogend kunnen zijn zoals:

- Overbelasting door lange diensten, overwerk, roosterproblemen, slaapgebrek
- Spanningen in het werk die vanuit zeer uiteenlopende bronnen kunnen voortkomen, van pesten, jaloezie, gebrek aan waardering en administratieve rompslomp tot integriteitschending binnen de groep.
- De te hoge spanning kan leiden tot verkeerde inschattingen, ontstemming die leidt tot klachten en te hoge agressie etc.
- Deze spanning kan ook in de thuissituatie doorwerken en omgekeerd.

Het resultaat is soms een nauwelijks meer te ontwarren kluwen van problemen thuis, organisatie stressoren en ingrijpende of traumatische ervaringen als een negatieve spiraal.

Voor de politieorganisatie is het van belang om oog te hebben voor al deze risico's. Vooraf moet er aandacht zijn voor hoe je het risico op bovengeschetste problematiek kan inperken. Daarnaast is het van belang dat deze problematiek herkend wordt. Indien er sprake is van de geschetste combinatieproblematiek moet dit besproken worden met de betrokkene en is het nodig om hulp in te schakelen van een specialist binnen of buiten de organisatie. Om dit goed te doen, zijn diagnostische vaardigheden en kennis van (ziekte)beelden en van mogelijke behandelingen essentieel.

In het volgende hoofdstuk vindt u eerst de door de opdrachtgever aangeleverde uitgangspunten. Deze uitgangspunten zijn een vertaling van de 10 puntenlijst van Gersons naar de politieorganisatie. Hieraan zijn vanuit de Arq Psychotrauma Expert Groep nadere uitgangspunten toegevoegd.

Richtinggevende uitgangspunten voor de Blauwdruk Zorglijn Mentale Weerbaarheid

Vanuit de opdrachtgever wordt de '10 punten lijst van Gersons' onderschreven. De opdrachtgever heeft deze 10 punten ten behoeve van het pre-advies geherformuleerd als de 'Eerste blauwe richting van de 10 puntenlijst van Gersons'.

1. Ga uit van het herstellend vermogen van de politieorganisatie: het werken in teamverband en het werkenderwijs herstellen;
2. Maak een getrapt systeem (stepped care), om diegenen die rechtstreeks professionele hulp nodig hebben te bereiken;
3. Lever beproefde, liefst evidence based, ondersteuning, opvang en zorg en train de professionals die dit moeten doen;
4. Combineer de opvang en zorg altijd met praktische en sociale ondersteuning;
5. Maak gebruik van voorlichting om zo goed mogelijk de doelgroepen te bereiken;
6. Zorg voor politieke steun, steun de politici, adviseer en motiveer ze;
7. Plan met aandacht voor de lange termijn en bouw vanuit daar je acties op;
8. Zorg voor onderzoek om alle acties te evalueren en bij te stellen (denk hierbij aan lessons learned bij bijv. aan Hoek van Holland, Alphen aan de Rijn en Baflo);
9. Schaar je niet in het koor van de critici maar bouw op;
10. Zorg voor een onafhankelijke positie, waar geen eigen -of commercieel belang de zaak vertroebelt (i.e. het landelijk programma versterking professionele weerbaarheid).

Vooruitlopend op de definitieve 'Blauwdruk Zorglijn Mentale Weerbaarheid' zijn vanuit de Arq Psychotrauma Expert Groep de volgende uitgangspunten voor de mentale zorg voor politiemedewerkers toegevoegd:

1. Gebruik kennis vanuit de psychologie en psychiatrie voor opvang en zorg.
2. Benut ICT mogelijkheden zoals bijv. de website echoesonline.nl, de verwerkingsscan en afgeschermdde sociale media voor onderlinge steun, uitwisseling, uitvinden van professionele kennis.
3. Houdt zoveel mogelijk continuïteit in relaties met zorgaanbieders zoals bedrijfsartsen, psychologen en psychiaters. Controleer en wees kritisch en verbeter samen met de zorgaanbieder. Zo kan je investeren in een langduriger zakelijke relatie. Nb nu zorgen snelle wisselingen van arbodiensten en artsen voor verlies van kennis en ervaring.
4. Let goed op of een afgesproken werkwijze van herkenning en erkenning van beroepsgerelateerde problematiek ook daadwerkelijk zo wordt uitgevoerd. Vermijd dat er een informele organisatie bestaat voor herkenning en erkenning van beroepsgerelateerde problematiek door personen op kennelijke sleutelposities zonder feitelijke bekwaamheid om hierover te oordelen.
5. Het moet zo duidelijk mogelijk zijn wanneer je naar de huisarts of bedrijfsarts gaat en welke mogelijkheden zich daarna voor doen, waarom en met welk te verwachten resultaat. Politie mensen zijn vrij in hun keuze om naar de huisarts of bedrijfsarts te gaan. Via deze sleutelpersonen vinden zij hun weg in verdere zorg en opvang. Zo ontstaat er vaak een woud aan mogelijkheden en meningen waar betrokkene zich aan overgeleverd voelt.
6. Zorg dat aanbieders van zorg echt bekend zijn met de politieorganisatie, toetst dit en bevordert dit door hen mee te laten lopen en te informeren;
7. Waak voor onvolledige of onjuiste diagnostiek, let op het professioneel niveau van de aanbieder. Deskundige diagnostiek is een voorwaarde om passende behandeling te bieden. Deskundige diagnostiek voorkomt de neiging om problematiek aan te duiden met courante termen als 'burn-out', depressie, PTSS of verslaving. Daarnaast vermindert goede diagnostiek het risico op het inzetten van een niet adequate behandeling. Zo zijn er in Nederland bijvoorbeeld zeer veel psychologen getraind in EMDR. Een aantal psychologen past dit te pas en te onpas toe zonder deskundige diagnostiek. Aanbieders moeten laten zien dat ze over voldoende professioneel niveau beschikken.

Bijlage 4

Deelnemers werkconferenties 18 april en 12 september 2012

Onderstaande personen hebben – op uitnodiging van de projectgroep – deelgenomen aan de werkconferenties van 18 april en 12 september 2012.

65

De heer S. Abdoel Wahid, plaatsvervangend districtschef, Politie Rotterdam-Rijnmond

Mevrouw C. Berk, medewerker basispolitiezorg, Politie Hollands-Midden

Mevrouw H. Blom, bedrijfsmaatschappelijk werk, Politie Amsterdam-Amstelland

Mevrouw C. Bruijning, klinisch psychologe/ psychotherapeute, eigen praktijk voor psychotherapie

Mevrouw P. David, psychotherapeut (netwerk politietherapeuten), Adviespraktijk David en van Wezel

De heer A. Ditewig, hoofd P&O, Politie Utrecht

De heer F. Driessen, projectleider/ voorzitter Politie Veteranen Platform Politie Amsterdam-Amstelland

Mevrouw I. Dvortsina, senior bedrijfsarts, Maetis Ardyn

Mevrouw E. Eenink, teamchef en regionaal coördinator bedrijfsopvang, Politie Twente

De heer S. Floor, IBT-docent en vertrouwenspersoon, Politieacademie

De heer W. Frankenmolen, senior bedrijfsarts / voorzitter LOBPOL, Politie Haaglanden

De heer R. Franx, oprichter PTSS Support

De heer A. Hoenderdos, medewerker bedrijfsopvangteam, Korps landelijke politiediensten

Mevrouw L. Husing, adviseur Geweld Tegen Politie Ambtenaren (GTPA), adviseur professionele weerbaarheid Politie Drenthe

Mevrouw A. Kortenray, hoofd kabinet korpsleiding, Politie Zaanstreek-Waterland

Mevrouw S. van Lent, beleidsmedewerker HRM, Politie Brabant-Noord

De heer M. Postema, medewerker ZIG-team, Politie Amsterdam-Amstelland

Mevrouw M. Mosterd, meldkamercentralist, Politie Kennemerland

Mevrouw R. Mulders, programmamanager versterking professionele weerbaarheid, KLPD

Mevrouw A. Rademaker, arbocoördinator, Politie Rotterdam-Rijnmond

Mevrouw I. Rots, geestelijk verzorger, Politie Friesland

De heer J. Smeets, beslagbeheerder, Politie Limburg-Zuid

De heer M. Vos, hoofd Bureau Integriteit en Veiligheid, Politieacademie

Mevrouw G. Westerveld, psychodiagnostisch medewerker, PDC politiepoli

Deelnemers expertmeeting 6 juni 2012

66

Aan de *expertmeeting* namen – op uitnodiging van de projectgroep – deel:

Mevrouw M. Barth, voorzitter GGZ Nederland en Lid Eerste Kamer (PVDA)

Mevrouw M. Berndszen, lid Tweede Kamer (D66)

De heer R. Bik, plaatsvervangend korpschef, directeur operatiën, kwartiermaker Nationale Politie

Mevrouw M. Frings-Dresen, hoogleraar arbeidsgebonden aandoeningen, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC

De heer S. Gaastra, plaatsvervangend directeur-generaal Politie en directeur Politie, ministerie van Veiligheid en Justitie

De heer K. IJzerman, directeur Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ), ministerie van Defensie

De heer G. van der Kamp, voorzitter Politievakbond ACP

Mevrouw A. Kuiken, lid Tweede Kamer (PvdA)

Mevrouw D. Oldenhof, kwartiermaker HRM, Nationale Politie

De heer J.W. van de Pol, vice-voorzitter Nederlandse Politiebond (NPB)

De heer J. Struijs, directeur Programma Versterking Professionele Weerbaarheid

De heer B. Welten, voormalig korpschef politie Amsterdam-Amstelland

Bijlage 6

Psychische aandoeningen volgens Psychopol

Onderstaande tabel toont het zorggebruik via Psychopol voor de jaren 2010 en 2011.

67

Diagnose	2010 Totaal % (N)	Man % (N)	Vrouw % (N)	2011 Totaal % (N)	Man % (N)	Vrouw % (N)
Stressgerelateerde aandoeningen totaal ¹²¹	52% (314)	53% (192)	51% (122)	50% (298)	54% (196)	62% (145)
Angstaandoeningen totaal	23% (140)	21% (75)	27% (65)	22% (125)	21% (75)	21% (50)
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	16% (98)	15% (55)	18% (43)	15% (90)	16% (60)	13% (30)
Overige angstaandoeningen	7% (42)	6% (20)	9% (22)	6% (35)	4% (15)	9% (20)
Depressieve aandoeningen	19% (118)	20% (74)	18% (44)	15% (88)	17% (62)	11% (26)
Overige klinische aandoeningen (as I)	4% (26)	5% (18)	3% (8)	7% (44)	8% (31)	6% (13)
Persoonlijkeitsaandoeningen (as II)	1% (8)	<1% (2)	2% (6)	<1% (2)	<1% (1)	<1% (1)

Voor 2010 is niet bekend hoeveel politiemedewerkers meer dan één interventie hadden.

In 2011 werd bij 557 medewerkers één interventie ingezet, bij 43 medewerkers werden twee interventies en bij twee medewerkers 3 interventies ingezet (samen 602 politiemedewerkers en in totaal 649 interventies). Van de extra interventies is niet bekend voor welke diagnoses deze werden ingezet.

¹²¹ Hieronder vallen de diagnosecodes burn-out, overspanning en spanningsklachten.

Bijlage 7

Mogelijke signalen psychische problemen

68

De deelnemers aan de werkconferenties noemden vele mogelijke signalen voor psychische problemen. In hoofdstuk 4 zijn de meest genoemde signalen weergegeven. Onderstaande tabel toont welke andere signalen ook nog werden genoemd.¹²²

Mogelijke signalen voor psychische problemen	
Er vermoeid uitzien, / slecht slaapt, / dromen over het werk en/ donkere kringen onder ogen	Extreem vrolijk en actief zijn en later extreem down
Problemen thuis / in het gezin hebben	Snel en onverwacht verdrietig of emotioneel zijn en/of huilbuien hebben
Schulden / loonbeslag hebben	Geen vat meer op zichzelf hebben
Disbalans tussen thuis en werk hebben	Panisch en snel in paniek raken
Practical jokes maken en veel grappen maken	Geen oogcontact maken
Relatieproblemen hebben	Zorg en hulp vermijden
Psychisch of lichamelijk klachten hebben die iemand zelf meld	Een combinatie van klachten en gedragingen hebben die vaak terugkomen
Concentratieproblemen en vergeetachtigheid hebben	Vaak zwetende handen hebben
Schrikachtig en bang zijn op straat	Moeite hebben met televisie kijken en naar de radio luisteren
Dwangmatige herinneringen hebben aan eerdere schokkende gebeurtenissen	Overgewicht hebben
Seksverslaafd zijn	Veel (meer) roken
Alcoholmisbruik (voor het slapen)	Er onverzorgd uitzien
Hartklachten hebben	Voortdurend extreem alert blijven
Vaak verdrietig zijn	Onverschillig zijn over eigen gezondheid en het leven in het algemeen
Geen plezier meer in het werk hebben of minder enthousiast zijn	Negatief gedrag en houding, veel klagen en veel kritiek hebben op functioneren anderen
Zichtbare achteruitgang in functioneren	Collega's die niet in de auto willen met een bepaalde collega
Fouten in het werk maken	Regelmatig kortdurend ziekte verzuim, meerdere malen te laat komen en herhaaldelijk vrije dagen opnemen op maandag
Erg/te enthousiast zijn	Zich opstapelende dossiers en het werk niet meer afkrijgen
Extreem/te betrokken zijn	Enorm sociaal naar teamleden zijn
Niet proactief	Hyperactief zijn, veel uren maken, ploeteren en je te veel in het werk vastbijten
Intern onderzoek hebben lopen naar het eigen functioneren	Sterk de nadruk leggen op andere activiteiten dan de kerntaak
Dramatiseren van incidenten	Steeds complimenten willen krijgen
Op zoek naar ander werk zijn	Stiller worden, je afzonderen van de groep en niet meedoen aan dagelijkse dingen
Veel melding maken van onheuse bejegening door collega's en van persten	Liegen
Anderen willen niet meer met de collega samenwerken	Risico's tot nul willen beperken
Gedrag dat niet voldoet aan de normen voor politiegedrag	Onverwacht vraag om dienstwapen mee naar huis te nemen
Onbeschoft gedrag vertonen	

¹²² Beide kolommen in de tabel staan niet tegenover elkaar (het zijn niet elkaars tegengestelden). Het is enkel een doorlopende opsomming.

Bijlage 8

Signaleren

Volgens de deelnemers aan de werkconferentie van 18 april 2012 zijn de politiemedewerkers zelf, familie en vrienden, directe collega's, lotgenoten en de leidinggevende het belangrijkste in het herkennen en benoemen (signaleren) van mogelijke psychische problemen. De tabel in deze bijlage laat zien welke andere personen er nog zijn genoemd die in de praktijk een rol kunnen hebben bij de signalering.

69

Personen die signaleren	
georganiseerde collegiale ondersteuning / BOT	coördinator
IBT-docent	leerprocesbegeleider (op Politieacademie)
vertrouwenspersoon	coach
geestelijk verzorger	zorginspecteur
bedrijfsmaatschappelijk werker	VIA-team (Verzuim Integrale Actie) Utrecht
senior in de ploeg	Zorgaanmeldpunt (ZAP) Amsterdam-Amstelland
afdeling integriteit en veiligheid	Bureau Integriteit & Security (BIS)
lotgenoten	psycholoog
burger / klant	arts buiten de politie (huisarts, specialist)
casemanager ¹²³	coördinator nazorg ¹²⁴
preventiemedewerker	vakbonden (individuele belangenbehartiging)
oud-collega's bij Defensie	

¹²³ Wordt bij KLPD ingezet nadat medewerker geweld heeft ondervonden.

¹²⁴ Wordt bij KLPD ingezet nadat medewerker geweld heeft ondervonden.

Internationale verkenning psychische zorg politie

70

De Arq Psychotrauma Expert Groep heeft een verkennend onderzoek gedaan naar de psychische zorg in vijf buitenlandse politiekorpsen.^{125 126} Het gaat om: Australië (Australische Federale Politie), Canada (de politie van de stad Edmonton), Denemarken (nationale politie), Duitsland (de politie van Noordrijn-Westfalen) en België (de lokale politie Antwerpen). Afgezien van de Deense politie gaat het om losse politiekorpsen in het land.¹²⁷ De korpsen hoeven geenszins representatief te zijn voor het hele land.

De focus in het verkennende onderzoek lag op de eerstelijnszorg en de (aansluiting met) de GGZ. Geleidelijk werd duidelijk dat vier vragen bij de korpsen verschillend worden beantwoord: Wie is/zijn verantwoordelijk voor de signalering en doorverwijzing naar de professionele zorg?; Wie krijgt er wanneer toegang tot de zorg?; Wie levert de zorg?; Wie betaalt er voor de zorg? Aan de hand van deze vragen/keuzes wordt hier de diversiteit aan zorg beschreven.

Wie is/zijn verantwoordelijk voor de signalering en doorverwijzing naar de professionele zorg?

Binnen alle vijf de politiekorpsen lijkt de direct leidinggevende enige verantwoordelijkheid te dragen voor de signalering van mogelijke psychische klachten. De Deense politie is hierin veruit het meest stellig. In de Deense wet is namelijk vastgelegd dat de manager of leidinggevende de verantwoordelijkheid draagt voor de psychische gezondheid van zijn of haar medewerkers. De psychologen die bij de Deense politie werken, beschouwen het dan ook als één van hun belangrijkste taken om leidinggevend te trainen en adviseren over het herkennen van psychische klachten en het omgaan met deze klachten. De politie van Edmonton lijkt het andere einde van het spectrum te vertegenwoordigen: hier draagt de professionele zorgverlener de verantwoordelijkheid. Hoewel ook daar de leidinggevende een bijdrage levert aan de signalering, heeft het relatief grote team van psychologen en hulpverleners binnen de politie van Edmonton de sleutelrol in de signalering en doorverwijzing (naar zichzelf en andere professionele zorgverleners). Deze sleutelrol wordt versterkt doordat er in Edmonton sprake is van een verplichte psychologische check up voor alle executieve politiemedewerkers.

Wie krijgt wanneer toegang tot de zorg?

Alle politiemedewerkers kunnen hun psychische klachten aankaarten bij de hulp- en zorgverleners binnen de politiekorpsen. Wie er behandeld wordt verschilt tussen de korpsen in de verschillende landen, evenals voor welke psychische klachten er een behandeling wordt aangeboden.

In een aantal korpsen bieden de eigen zorgverleners en de extern gecontracteerde zorgverleners alleen een behandeling voor beroepsgerelateerde psychische problemen, terwijl politiemedewerkers in andere korpsen met al hun psychische aandoeningen voor behandeling terecht kunnen. De Australische Federale Politie, de Deense nationale politie en Antwerpse politie bieden soms zelf behandelingen voor werkgerelateerde problematiek (bij relatief eenvoudig op te lossen klachten) en verwijzen anders door naar psychologen die zijn aangemerkt als *preferred supplier*. Werkgerelateerd wordt daarbij verschillend gedefinieerd: in Denemarken en Antwerpen gaat het eigenlijk alleen om traumagerelateerde problematiek, terwijl de Australische Federale Politie ook burn-out als een werkgerelateerde aandoening ziet.

Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich Noordrijn-Westfalen en Edmonton. Noordrijn-Westfalen heeft zelf geen zorgverleners in dienst die een behandeling bieden (wel opvang, ondersteuning en diagnose), maar politiemedewerkers krijgen al hun zorg (psychisch en fysiek) vergoed door het korps, ongeacht de oorzaak van de klachten. De politie in Edmonton biedt zelf wel behandelingen en heeft ook verschillende externe psychologen naar wie zij doorverwijst. Daarbij maakt het in Edmonton niet uit of psychische klachten werkgerelateerd zijn. Sterker, ook familieleden van de politiemedewerker mogen gebruikmaken van de zorg die de politieorganisatie aanbiedt. Denk bijvoorbeeld aan relatietherapie of gezinstherapie. Achterliggend idee is dat politiemedewerkers psychisch en fysiek zo gezond mogelijk moeten zijn om hun werk te doen, en daar hoort bij dat het ook goed gaat binnen de familie.

¹²⁵ Uitvoering factsheets kunnen worden aangevraagd bij n.burger@impact.arq.org

¹²⁶ De taken van de politie in het buitenland verschillen tot op zekere hoogte van de taken van de Nederlandse politie, onder meer in hoeverre hulpverlenende taken worden onderscheiden.

¹²⁷ Voor het doel van de Blauwdruk is er geen indicatie dat deze taakverschillen een complicatie zijn om te leren van de zorgorganisatie in de andere korpsen. Deze korpsen zijn geselecteerd op basis van vergelijkbaarheid met de Nederlandse situatie. Naast taken en institutionele inbedding is gekeken naar grootte: de korpsen moesten minimaal zo groot zijn als een van de huidige Nederlandse regionale korpsen.

Verplicht gebruik van de zorg die de politie aanbiedt, zoals bij de MGGZ, komt in de onderzochte korpsen niet voor. Wel is er een verplichte psychologische screening in Edmonton. De politie van Noordrijn-Westfalen heeft iedere drie jaar een verplicht medisch onderzoek met aandacht voor psychische aandoeningen.

Wie levert de zorg?

In de meeste korpsen wordt onderscheid gemaakt tussen relatief eenvoudige psychische aandoeningen en complexe problematiek. Eenvoudige aandoeningen worden regelmatig behandeld door psychologen die in dienst zijn van het korps, terwijl voor de complexe problematiek altijd wordt doorverwezen naar behandelaars buiten de politieorganisatie. Drie korpsen (Edmonton, Denemarken en de Australische Federale Politie) hebben afspraken gemaakt met een selecte groep psychologen die behandelingen bieden: de *preferred suppliers*. De twee andere korpsen hebben zulke afspraken niet.

In alle korpsen, met uitzondering van Noordrijn-Westfalen, zijn het altijd psychologen die een centrale rol spelen in de opvang, ondersteuning en zorg. Niet alle korpsen hebben artsen in dienst, en als ze er al zijn, dan krijgen ze geen belangrijke rol in de psychische zorg toebedeeld. Deze trend is ook zichtbaar bij de *preferred suppliers*. Het gaat altijd om psychologen en niet om artsen. Zoals gezegd, is de uitzondering Noordrijn-Westfalen. Daar zijn twee psychologen in dienst en verder artsen.

Wie betaalt voor de zorg?

In alle vijf de korpsen wordt de behandeling van werkgerelateerde psychische aandoeningen vergoed door de werkgever. Vaak is dit ook wettelijk vastgelegd. Twee korpsen vergoeden alle psychische zorg (Edmonton en Noordrijn-Westfalen), onafhankelijk van de vermoedelijke oorzaak. In de andere korpsen vindt geen vergoeding van de zorg plaats als de psychische aandoeningen niet beroepsgebonden zijn. Van Antwerpen en de Australische Federale Politie is bekend dat er conflicten kunnen ontstaan rond het aanmerken van psychische aandoeningen als wel of niet werkgebonden. In Australië is dit onderscheid onder meer belangrijk, omdat politieagenten bij werkgebonden arbeidsongeschiktheid een aanzienlijke financiële compensatie van de werkgever kunnen verwachten.

Gesprekspartners

Politie van de deelstaat Noordrijn-Westfalen (Duitsland):

De heer A. Konze, hoofd operaties bij de politieacademie en de heer T. Gueth, hoofd georganiseerde collegiale opvang.

Australische federale politie:

Mevrouw K. Wainwright, psycholoog bij de interne gezondheidsdienst.

Deense nationale politie:

Mevrouw P. Nigard, psycholoog en hoofd psychologische training bij de interne gezondheidsdienst.

Politie van de stad Edmonton (Canada):

De heer C. Diachuk, organisatiepsycholoog en directeur van de interne afdeling Personeel en Organisatorisch Welzijn, en de heer T. Pallas, interne medewerker personeelshulp- en ondersteuning.

Lokale politie Antwerpen (België):

De heer L. Breugelmans, interne korpspsycholoog-bemiddelaar en mevrouw M. Staelens, interne korpspsycholoog-bemiddelaar.

Arq Psychotrauma Expert Groep

Nienoord 5

1112 XE Diemen

Telefoon + 31 (0)20 840 76 40

info@arq.org

www.arq.org

