

# PTSS bij de politie – een beter beeld

16 jaar politiepoli, 1000 gebruikers



Dr. A.S. Smit  
Prof.dr. B.P.R. Gersons  
Drs. S. van Buschbach  
M. den Dekker, MSc  
Drs. J. Mouthaan  
Prof.dr. M. Olff

# PTSS bij de politie - een beter beeld

16 jaar politiepoli, 1000 gebruikers

Dr. A. S. Smit, *Politieacademie en Programma Versterking  
Professionele Weerbaarheid*

Prof. dr. B. P. R. Gersons, *Academisch Medisch Centrum:  
Psychiatrie en Arq Psychotrauma Expertgroep*

Drs. S. van Buschbach, *Academisch Medisch Centrum en Arq  
Psychotrauma Expertgroep*

M. den Dekker, *MSc, Arq Psychotrauma Expertgroep*

Drs. J. Mouthaan, *Academisch Medisch Centrum*

Prof. dr. M. Olf, *Academisch Medisch Centrum: Psychiatrie en  
Arq Psychotrauma Expertgroep*

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	9
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b>	15
<b>1.1 Ingrijpend politiewerk: achtergrond van de politiepoli</b>	15
<b>1.2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek</b>	19
<b>1.3 Indeling van het rapport</b>	20
<b>Hoofdstuk 2 Methoden van onderzoek</b>	23
<b>2.1 Onderzoeksopzet</b>	23
<b>2.2 Procedure van de politiepoli</b>	24
<b>2.3 Onderzoeksgegevens en afgenomen vragenlijsten</b>	26
<b>2.4 Analyses</b>	27
<b>Hoofdstuk 3 Aangemelde politiemensen</b>	31
<b>3.1 Wie maakten gebruik van de politiepoli?</b>	31
<b>3.2 Welke ingrijpende gebeurtenissen hebben zij meegemaakt?</b>	35
<b>3.3 Stressvolle omstandigheden in werk en privéleven</b>	40
<b>3.4 Instroom per jaar</b>	42

Hoofdstuk 4	Gestelde diagnoses	45
<b>4.1</b>	<b>Welke diagnoses werden gesteld?</b>	45
<b>4.2</b>	<b>Lichamelijke klachten, algemene gezondheid en levensstijl</b>	48
<b>4.3</b>	<b>Verschuivingen in de tijd</b>	51
Hoofdstuk 5	Wat heeft de behandeling opgeleverd?	55
<b>5.1</b>	<b>Verloop van en tevredenheid over de traumabehandeling volgens het BEPP protocol</b>	55
<b>5.2</b>	<b>Diagnosen na afloop van de behandeling</b>	56
<b>5.3</b>	<b>Restklachten &amp; werkhervatting na behandeling</b>	57
Hoofdstuk 6	Conclusies en aanbevelingen	63
<b>6.1</b>	<b>Conclusies</b>	63
<b>6.2</b>	<b>Aanbevelingen</b>	67
Referenties		71
Bijlagen		75
<b>1</b>	<b>PTSS volgens DSM-IV</b>	75
<b>2</b>	<b>Afgenomen vragenlijsten</b>	79
<b>3</b>	<b>Overzicht kerntraumatische gebeurtenissen</b>	87
Colofon		95



## Samenvatting

Sinds de oprichting in 1995 zijn meer dan 1000 politiemensen met mogelijke PTSS aangemeld voor uitgebreide diagnostiek en behandelindicatie bij de politiepoli. Dit beschrijvende dossieronderzoek betreft alle dossiers die in november 2012 beschikbaar waren voor data-analyse: in totaal 967. Bij de politiepoli meldden zich met name executieve politiemedewerkers (84,7%), meer mannen dan vrouwen (29%), en de meest voorkomende rang was hoofdagent. De mannen waren aanzienlijk ouder dan de vrouwen (41,6 tegenover 32,8 jaar). Vergeleken met de samenstelling van de totale politiepopulatie meldden jongere medewerkers (tot 40 jaar) zich relatief vaak en oudere medewerkers (boven de 50 jaar) relatief weinig. De grote groep in de jongste categorie (tot 30 jaar) kan verklaard worden door hun oververtegenwoordiging in executieve functies. De aangemelde politiemedewerkers rapporteerden een indrukwekkende rij van ingrijpende werkervaringen. Het kerntrauma, de ervaring die het meest op de voorgrond staat, betrof in 10% van de gevallen gebeurtenissen die zich uitsluitend in privé-context hadden voorgedaan.

Ondanks dat de bedrijfsarts in bijna alle gevallen PTSS vermoedde, bleken lang niet alle 967 aangemelde politiemensen PTSS te hebben. In totaal kregen 566 politiemedewerkers de diagnose PTSS. PTSS werd vaker vastgesteld bij politiemedewerkers jonger dan 35 jaar en politiemedewerkers die iets hadden meegemaakt waarbij zij in direct levensgevaar waren geweest. Bij 12,1% van de aangemelde politiemedewerkers werd geen diagnose gesteld en een kwart had andere problematiek dan PTSS. In 43% van de gevallen was sprake van meerdere diagnoses (co-morbiditeit) en vaak kwam depressie voor. Opvallend veel politiemensen (36,2%) gebruikten medicijnen, vooral medicatie voor psychische klachten (21% antidepressiva, 20% benzodiazepinen). Aangezien bijna een derde van de politiemedewerkers bij aanmelding nog werkzaam was in een executieve functie, vormt dit een serieus veiligheidsvraagstuk.

Na behandeling bij de politiepoli heeft 96% van de 566 politiemensen niet langer de diagnose PTSS. In totaal is 84% van de behandelde politiemensen volledig diagnosevrij (d.w.z. ze hebben ook geen andere diagnose, zoals depressie). Toch heeft 60% van de behandelde politiemensen last van restklachten, met name concentratieproblemen: één op de zes politiemensen kampt hiermee na behandeling.

*De volgende aanbevelingen worden gedaan:*

- 1 Hanteer het uitgangspunt van (oorspronkelijke) werkhervatting. Een carrière bij de politie stopt niet met de diagnose PTSS. Wanneer tijdig gesignaleerd en adequaat doorverwezen, is de behandeling vaak zeer succesvol. Cruciaal is een zorgvuldige ondersteuning van de medewerker bij terugkeer na behandeling.
- 2 Maak werk van re-integratie (zie aanbeveling 14 uit de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie<sup>1</sup>). Een grote meerderheid wil terugkeren naar het oorspronkelijke werk. Hoe kan dat op een gezonde manier? Dit is maatwerk en vraagt afstemming tussen medewerker, leidinggevende, zorgregisseur en bedrijfsarts. Let op gebruik van medicatie en houd rekening met restklachten, één op de zes politiemensen heeft na behandeling nog problemen met concentratie.
- 3 Hef het verschil op tussen werkgebonden en niet-werkgebonden PTSS bij het aanbieden van psychische zorg via de politie (zie aanbeveling 3 van de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie<sup>1</sup>). In slechts 10% van de gevallen is een (kern)trauma uitsluitend privé-gerelateerd. Dit geldt voor alle aangemelde politiemedewerkers (en dus alle gevonden psychische stoornissen). De beslommeringen die gepaard gaan met het uitzoeken van de werkgebondenheid kosten waarschijnlijk meer dan de behandeling van deze personen. Bovendien is psychische problematiek bij medewerkers per definitie risicovol en dus van belang voor de politie, ongeacht waar deze haar oorsprong vindt.

<sup>1</sup> Gersons, B. P. R., Burger, N. R. R. (2012). Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie. Diemen: Arq Psychotrauma Expertgroep.

- 4 Politiewerk brengt mentale gezondheidsrisico's met zich mee: stimuleer bij medewerkers en leidinggevendenden bewustwording van deze mentale uitdagingen, de bijbehorende risico's en het alert zijn op signalen. Dit geldt ook voor ervaren politiemensen, die wellicht denken overal tegen te kunnen en alles al gezien te hebben.
- 5 Verhelder de rol van sleutelfiguren en meer specifiek de regisseur van het zorgproces (zie aanbeveling 7 uit de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie'), ook om aan de slag te kunnen met de voorliggende aanbevelingen.
- 6 Ontwikkel eenduidige (kwaliteits)criteria voor adequate diagnostiek en doorverwijzing naar bewezen effectieve behandeling van PTSS. Doorverwijzers dienen goed op de hoogte te zijn van de effecten van ingrijpende omstandigheden (bijv. levensbedreiging), veelvoorkomende comorbiditeit (meerdere diagnosen) en belasting van specifieke groepen, zoals jonge executieve medewerkers.
- 7 Ontwikkel een landelijk eenduidige intake en registratie, van diagnose tot en met re-integratie, zodat aanvullend onderzoek mogelijk wordt. Veel resterende vragen over vóórkomen en behandeling van PTSS en kwetsbaarheid van groepen kunnen daarmee beantwoord worden.



## **Hoofdstuk 1**

# Inleiding

# 7

## Inleiding

### 1.1 Ingrijpend politiewerk: achtergrond van de politiepoli

Als je bij de politie gaat werken, weet je één ding zeker: je zult van alles meemaken. Spanning en uitdaging zijn aan de orde van de dag, zo rapporteert 73% van de politiemedewerkers in de afgelopen 12 maanden agressief of met geweld benaderd te zijn<sup>2</sup>. Maar ook andere incidenten met impact kunnen belastend zijn: confrontatie met leed, verdriet en gruwelijkheden. De avontuurlijke aspecten maken het werk aantrekkelijk en tegelijkertijd risicovoller dan een gemiddelde kantoorbaan. Wanneer van je wordt verwacht om juist daar op te treden waar anderen graag een stapje terug doen, loop je nu eenmaal eerder blessures op. Ook psychische blessures. De gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk werden voor het eerst grootschalig onderzocht tussen 1989 en 1994 (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1994). Uit deze studie bleek dat vijf tot zeven procent van de politiemensen na het meemaken van ingrijpende of traumatische gebeurtenissen een posttraumatische stressstoornis ontwikkelde (hierna te noemen PTSS: zie Box 1 voor uitleg en Bijlage I voor de volledige lijst van DSM-IV criteria).

<sup>2</sup> DSP - groep (2011) Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak.

*Box 1. Korte beschrijving van een posttraumatische stressstoornis of PTSS (zie bijlage I voor een volledige beschrijving).*

## PTSS

Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis worden mensen vaak gespannen, bang en verdrietig. De gebeurtenis zit steeds in de gedachten en bijvoorbeeld goed slapen gaat vaak moeilijk. Men is veelal schrikachtiger dan voor de gebeurtenis. Meestal gaan deze klachten binnen een paar weken vanzelf over, maar in sommige gevallen blijven mensen er last van houden. In de Nederlandse bevolking ontwikkelt 7,4% ooit in hun leven een PTSS na het meemaken van een traumatische gebeurtenis, voor vrouwen ligt dit percentage iets hoger (De Vries & Olff, 2009). (NB het percentage in de studie van Carlier et al. betreft een puntprevalentie: het aantal politiemensen dat op een specifiek moment PTSS had ontwikkeld naar aanleiding van ingrijpende gebeurtenissen). Wanneer de klachten aanhouden, proberen mensen allerlei situaties en activiteiten die doen denken aan de gebeurtenis te vermijden in een poging weer grip op hun leven te krijgen. Herbelevingen van de traumatische gebeurtenissen treden dan spontaan op, of worden opgeroepen door triggers. Het lukt vaak niet meer om vanzelf los van het trauma te komen. Deze mensen hebben last van een posttraumatische stressstoornis, ook wel afgekort als PTSS.

### DSM-IV PTSS criteria:

- A1. Blootstelling aan een gebeurtenis die feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, of bedreiging van fysieke integriteit van betrokkene of anderen met zich bracht.
- A2. Reacties: o.a. intense angst, hulpeloosheid, afschuw. Bij kinderen: chaotisch of geagiteerd gedrag.
- B. Symptomen van herbeleving: tenminste 1
- C. Symptomen van vermijding of afstomping van algemene reactiviteit: tenminste 3
- D. Symptomen van verhoogde prikkelbaarheid: tenminste 2
- E. Duur van de symptomen: langer dan 1 maand
- F. Symptomen veroorzaken significant lijden

Het onderzoek toonde ook aan dat politiemedewerkers met PTSS effectief behandeld konden worden met een BEPP<sup>3,4</sup>, wat staat voor Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1994; zie Box 2 voor uitleg). Tot dat moment was deze behandeling één van de weinige aangetoond effectieve traumabehandelingen. Later kwamen er andere effectieve behandelingen voor PTSS bij, zoals de cognitieve gedragstherapie en Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR) (Foa et al., 2008; Seidler et al., 2006).

Een verminderde mentale weerbaarheid in het algemeen en PTSS in het bijzonder houdt een aanzienlijke beperking in van de geschiktheid voor het politiewerk. Daarmee vormt PTSS een potentieel veiligheidsrisico voor de politieorganisatie<sup>5</sup>. Op verzoek van de betrokken politiekorpsen werd onder leiding van prof. Gersons en dr. Carlier in 1995 de politiepoli opgericht en ondergebracht in het Academisch Medisch Centrum (AMC). Op 1 januari 1996 ging deze van start en werd de poli een landelijk verwijzadres voor politiemedewerkers met een mogelijke PTSS door traumatische ervaringen in het politiewerk. Naast een uitgebreid diagnostisch onderzoek om de aard van de traumatische ervaringen en de ernst van de klachten in beeld te brengen, biedt de politiepoli een landelijk netwerk van behandelaars die in de BEPP zijn getraind en die bekend zijn met het politiewerk. De politiepoli ziet erop toe dat de behandelingen volgens het voorgeschreven protocol verlopen en rondt het traject voor politiemedewerkers standaard af met een afsluitend onderzoek na de BEPP-behandeling.

In 2009 is de politiepoli van het AMC overgegaan naar het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC) van de Arq Psychotrauma Expert Groep ([www.arq.org](http://www.arq.org)). Het wetenschappelijk onderzoek bij de politiepoli is een gezamenlijke onderneming van AMC en Arq.

<sup>3</sup> Om aan te sluiten bij de Engelse afkorting voor deze therapie (Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD: BEPP), is in 2005 besloten de Nederlandse naam Korte Eclectische Psychotherapie (KEP) te veranderen in BEPP.

<sup>4</sup> [www.traumabehandeling.net](http://www.traumabehandeling.net)

<sup>5</sup> Gersons, B. P. R., Burger, N. R. R. (2012). Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie. Diemen: Arq Psychotrauma Expertgroep.

*Box 2. Korte beschrijving van de Beknopte Eclectische Psychotherapie (BEPP) voor PTSS.*

### **BEPP**

De Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)<sup>3,4</sup>, tot 2005 de KEP genoemd, is een geprotocolleerde behandeling bestaande uit 16 sessies. Het begint met psycho-educatie, waarin de klachten in relatie met het trauma worden uitgelegd, meestal in aanwezigheid van een partner of ander vertrouwd persoon van de politiemedewerker. Daarna worden verdriet en andere emoties beleefd om de overmatige angst te verminderen ('exposure' of blootstelling). Ook wordt een brief geschreven, gericht op woede over de gebeurtenis(sen). Voorwerpen die herinneren aan de traumatische gebeurtenis worden benut om ook de emoties dichterbij te halen. Het tweede deel van de behandeling (ca. 10 sessies) is gericht op betekenisverlening over het effect van de gebeurtenis op iemands wereldbeeld, op zichzelf en op het werk. De behandeling wordt afgesloten met een afscheidsritueel om het gebeurde achter zich te laten en weer terug te keren in het werk en het dagelijkse leven. Hierbij wordt wederom de partner en vaak de familie betrokken. De BEPP is inmiddels in meerdere studies een effectieve behandeling gebleken (Gersons, 1989, 1991; Gersons & Carlier, 1994; Lindauer et al., 2005; Nijdam et al., 2012).

## 1.2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Bij de vorming van de Nationale Politie hebben de Minister van Veiligheid en Justitie en de korpsleiding prioriteit gegeven aan de weerbaarheid van en de benodigde psychosociale zorg voor politiemedewerkers. Dit is uitgewerkt in het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid (2011-2014), dat zich ten doel stelt de morele, fysieke en mentale weerbaarheid van politiemedewerkers te versterken. Onderdeel daarvan is de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie, ontwikkeld door een projectteam onder leiding van prof. Gersons en aangeboden aan de Minister van Veiligheid en Justitie en de Directeur Operatiën van de Nationale Politie op 4 februari 2013.

Het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid heeft verzocht om de resultaten van de politiepoli in kaart te brengen, omdat de facto weinig bekend is over het vóórkomen van psychische problematiek en stoornissen bij de politie en over de resultaten van behandeling. Sinds 1996 zijn meer dan 1000 politiemensen doorverwezen naar de politiepoli. Een unieke verzameling van gegevens is ontstaan dankzij een vanaf het begin gestructureerde werkwijze met een uitgebreide diagnostische screening vóór en na behandeling. Analyse van deze rijke verzameling aan gegevens kan belangrijke inzichten bieden. Belangrijke vragen zijn: wie melden zich aan bij de poli, wat hebben zij in het werk en daarbuiten meegemaakt, hoe verhoudt dit zich tot de psychische klachten die zij ervaren en wat zijn de resultaten van behandeling? Dit onderzoek is een gezamenlijke productie van AMC, Arq en de Politieacademie.

*In het onderzoek staan de volgende vragen centraal:*

*I Wie hebben gebruik gemaakt van de politiepoli?*

De totale groep gebruikers van de politiepoli wordt in hoofdstuk 3 uitgebreid beschreven. Alle belangrijke demografische, werkgerelateerde en traumagerelateerde kenmerken van deze populatie komen aan de orde, evenals de eventuele behandelgeschiedenis van de politiemedewerkers.

*II Welke diagnoses werden gesteld bij gebruikers van de politiepoli?*

Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de gestelde diagnoses. De populatie met een vastgestelde PTSS wordt nader bekeken. De lichamelijke gezondheid wordt beschreven, evenals de mogelijke rol van werkgerelateerde factoren op de mentale klachten.

*III Wat heeft de behandeling opgeleverd?*

Resultaten die na afloop van de behandeling worden gevonden, staan beschreven in hoofdstuk 5. Politie-medewerkers die na het voltooien van een traumabehandeling geen klachten meer of juist nog wel klachten rapporteren, worden onderling vergeleken. Factoren die met behandelingsucces samenhangen, komen eveneens aan de orde.

### 1.3 Indeling van het rapport

De opzet en methoden van het onderzoek worden in hoofdstuk 2 toegelicht. Hoofdstuk 3 beschrijft wie de gebruikers van de politiepoli waren. In hoofdstuk 4 volgt een overzicht van ingrijpende gebeurtenissen die politiemedewerkers hebben meegemaakt en de psychische klachten die zij rapporteerden. Hoofdstuk 5 geeft de resultaten van de traumabehandelingen weer. Het rapport eindigt met conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6.

## **Hoofdstuk 2**

# Methoden van onderzoek



# 2

## Methoden van onderzoek

*Dit hoofdstuk omvat de opzet van het onderzoek, de verzameling van de onderzoeksgegevens, de momenten waarop dit gebeurde, de gebruikte vragenlijsten en de analysemethode.*

### 2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek betreft een beschrijvend dossieronderzoek van politie-medewerkers in Nederland, aangemeld voor uitgebreide diagnostiek en behandelindicatie bij de politiepoli. In de periode maart tot en met november 2012 zijn alle politiedossiers bekeken die tussen 1995 en 2011 zijn verzameld. In totaal waren dit 1034 dossiers, waarvan 985 in zijn geheel konden worden ingevoerd voor data-analyse (49 dossiers waren nog niet afgerond met een outtake, zie de procedure). De dossierinvoer heeft plaatsgevonden op de afdeling psychiatrie in het AMC en op de PDC politiepoli. Studenten met een achtergrond in de geneeskunde of psychologie en twee medewerkers van Arq met een klinische achtergrond hebben de invoerwerkzaamheden uitgevoerd. Deze werkzaamheden zijn doorlopend gemonitord door de hoofdonderzoeker om de betrouwbaarheid te waarborgen. Van de 985 dossiers waren 967 dossiers bruikbaar voor het onderzoek. Niet alle gegevens zijn in alle dossiers vastgelegd, in de tabellen wordt telkens vermeld hoeveel ontbrekende data er waren. Veranderingen van diagnostische instrumenten over tijd zorgde in sommige gevallen voor het ontbreken van vragenlijsten<sup>6</sup>. Alle aanwezige informatie is meegenomen in de analyses.

<sup>6</sup> Zie voor meer informatie de beschrijvingen van de gebruikte vragenlijsten en diagnostische instrumenten in Bijlage II.

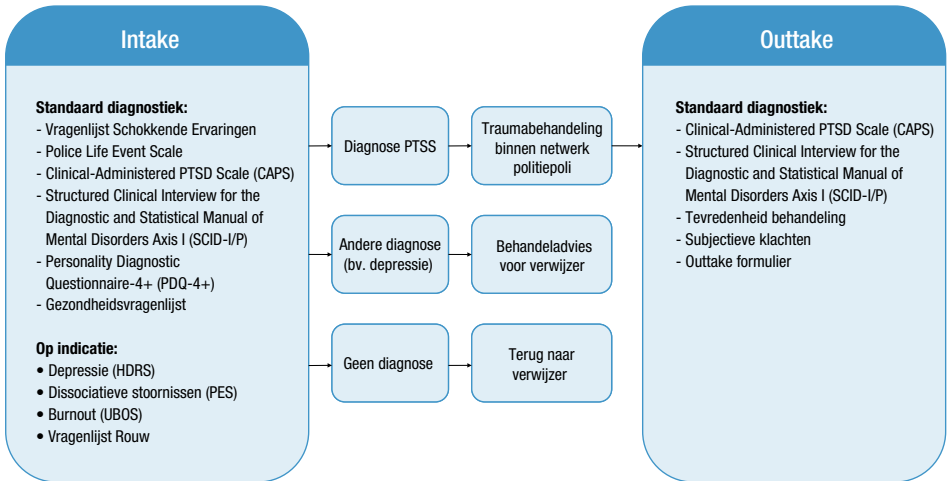
## 2.2 Procedure van de politiepoli

Politiemedewerkers worden op twee momenten gezien bij de politiepoli. De eerste keer is tijdens de intake, binnen 2 weken na de aanmelding. De tweede keer is tijdens de outtake, welke binnen een maand na het voltooiën van traumabehandeling plaatsvindt. Figuur 1 geeft schematisch het verloop van de procedure bij de politiepoli weer.

### *Intake*

Het eerste contact tijdens de intake betreft het psychiatrisch onderzoek door een psychiater, die verantwoordelijk is voor het stellen van de behandelindicatie. Vervolgens onderzoekt een psychodiagnostisch medewerker aan de hand van semi-gestructureerde interviewlijsten en gevalideerde vragenlijsten de traumatische achtergrond van de huidige klachten van de politiemedewerker. In een 3 uur durend interview worden gegevens verzameld over de persoonlijke en professionele achtergrond van de politiemedewerker, eerdere traumatische ervaringen, klachten op het gebied van de PTSS en overige psychiatrische stoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en lichamelijke gezondheid. Op indicatie van de psychiater wordt hiernaast informatie verzameld over het onvermogen om delen van een ingrijpende gebeurtenis te herinneren (dissociatieve klachten), burn-out of rouwproblematiek. De psychodiagnostisch medewerker vat de gegevens uit het interview en de vragenlijsten samen in een kwalitatief verslag dat bestaat uit informatie over het trauma, de eventuele ‘trigger’ (een gebeurtenis of een moment waardoor de traumagerelateerde klachten plotseling op de voorgrond treden) en mogelijke werk- en privé-stressoren. Na afronding van de intake wordt politiemedewerkers mondeling en schriftelijk toestemming gevraagd voor het gebruik van de gegevens voor onderzoek. In totaal zijn 18 dossiers niet meegenomen in de analyses, omdat geen toestemming is gegeven voor gebruik in onderzoek.

Figuur 1. Stroomdiagram procedure politiepoli.



### Outtake

Een outtake vindt gemiddeld 44 weken na de intake plaats na afronding van een traumagerichte psychotherapie. Deze traumabehandeling bestaat uit de Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)<sup>7</sup>. Aandacht wordt besteed aan de inhoud van de traumabehandeling, de tevredenheid over de behandeling, de subjectieve klachten en een mogelijke verandering van de huidige functie bij de politie. Tijdens de outtake worden de diagnostische metingen van de intake herhaald om het herstel in kaart te brengen.

<sup>7</sup> Zeer recent is het aanbod van een traumabehandeling bij de politiepoli uitgebreid met EMDR. De groep politiemedewerkers behandeld met EMDR is niet meegenomen in de resultaten omdat dit om een zeer kleine groep gaat.

### 2.3 Onderzoeksgegevens en afgenomen vragenlijsten

De gegevens die tijdens de intake en outtake worden verzameld, kunnen worden onderverdeeld in vier groepen: achtergrondgegevens, traumageschiedenis, lichamelijke & psychische klachten en uitkomsten van de traumabehandeling.

#### *Achtergrondgegevens*

Naast demografische informatie, zoals geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, worden ook gegevens verzameld over de werksituatie, onder andere hoe lang iemand al politiewerk doet, wat zijn of haar functie is en of hij of zij eerder een geüniformeerd beroep heeft gehad.

#### *Traumageschiedenis*

Een traumatische gebeurtenis is een ervaring waarbij iemand getuige is van of geconfronteerd wordt met (de dreiging van) ernstige verwondingen, de dood of schending van de lichamelijke integriteit (American Psychiatric Association, 2000). Zo'n gebeurtenis gaat samen met intense angst, machteloosheid en extreem onbehagen. Bij de aanmelding op de politiewerk is de traumatische ervaring die op de voorgrond staat het meest van belang. Dit is een traumatische gebeurtenis die het vaakst terugkomt in herbelevingen of nachtmerries. Tijdens een herbeleving beleeft de persoon de traumatische gebeurtenis alsof die op dat moment weer plaatsvindt. Deze gebeurtenis wordt het kerntrauma genoemd. Daarnaast wordt uitgebreid informatie verzameld over ingrijpende gebeurtenissen in de privé-situatie en tijdens het politiewerk.

#### *Lichamelijke en psychische klachten*

De politiemedewerkers geven aan welke klachten en/of ziekten zij op lichamen gebied hebben. Van de psychische gezondheid, zowel in het verleden als de huidige gezondheid, worden zowel de subjectieve klachten als de diagnoses vastgelegd.

### *Uitkomsten van de traumabehandeling*

Om te bepalen of de gebruikers succesvol zijn behandeld, worden gegevens verzameld over de psychische klachten en diagnoses na behandeling, de inhoud van de traumabehandeling en de tevredenheid met de therapeut en de behandeling.

In Bijlage II staat een uitgebreid overzicht van alle vragenlijsten en de veranderingen in gebruikte instrumenten in de loop van de tijd. Tevens wordt de betrouwbaarheid van de vragenlijsten vermeld.

## **2.4 Analyses**

Voor de data-analyses is SPSS 19.0 voor Windows en Mac gebruikt. Beschrijvende statistiek is gebruikt en verschillen tussen groepen zijn geanalyseerd met t-testen, one-way ANOVA en Chi-kwadraat testen (o.a. fisher's exact tests). De invloed van achtergrondvariabelen en psychische klachten op de behandeluitkomsten zijn onderzocht met logistische en multivariate hiërarchische regressieanalyses; deze resultaten staan niet in tabellen, maar worden in de tekst beschreven (resultaten zijn beschikbaar). Indien de p-waarde kleiner is dan 0,05 zijn verschillen tussen groepen als significant weergegeven. In verband met de meervoudige vergelijkingen tussen groepen is de Bonferroni correctie toegepast.

## **Hoofdstuk 3**

# Aangemelde politiemensen

# 3

## Aangemelde politiemensen

*Dit hoofdstuk beschrijft de gebruikers van de politiepoli: wie zijn deze politiemedewerkers en weerspiegelen zij als groep de Nederlandse politie? Aan bod komen de ingrijpende gebeurtenissen die gebruikers hebben meegemaakt (werk en privé) en de aanleiding voor hun aanmelding bij de politiepoli. Daarnaast wordt ingegaan op de omstandigheden thuis en op het werk. Aan het einde van het hoofdstuk volgt een weergave van de samenstelling van de groep gebruikers over de tijd.*

### 3.1 Wie maakten gebruik van de politiepoli?

Tabel 1 geeft een overzicht van de persoonlijke achtergrond van de tussen 1995 en 2011 aangemelde politiemedewerkers. Eenenzeventig procent van in totaal 967 politiemedewerkers was man. Dit komt overeen met de verdeling van mannen en vrouwen onder de Nederlandse politie<sup>8</sup>.

*Tabel 1. Achtergrondkenmerken van de gebruikers van de politiepoli*

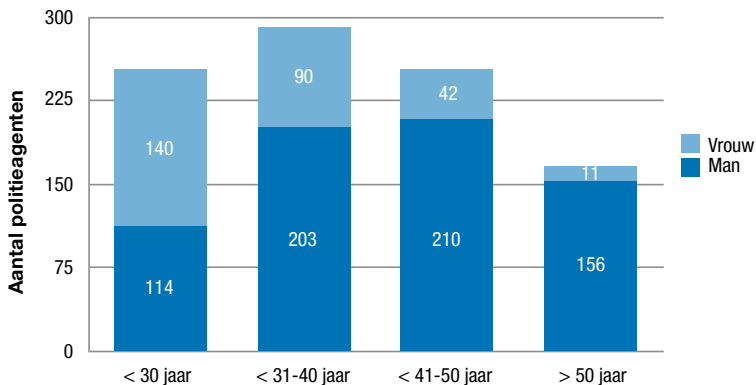
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Geslacht	683	(70,6)	284	(29,4)	967	(100,0)
Gemiddelde leeftijd, M (SD)	41.6	(9,6)	32,8	(8,6)	39.0	(10,1)
Burgerlijke staat*** [N=949; 18 ontbreken]						
vaste partner	591	(87,9)	205	(74,0)	796	(83,9)
geen partner	81	(12,1)	72	(26,0)	153	(16,1)
Partner bij politie***	57	(10,0)	71	(32,7)	128	(13,2)
Kinderen*** [N=606; 361 ontbreken]	500	(74,7)	106	(37,7)	606	(63,8)

\* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    \*\* p < .01    \*\*\* p < .001

<sup>8</sup> Vergelijkbaar met cijfers uit de jaarverslagen van de politie uit 2011 en 2007 (waarin cijfers teruggaand tot 2002 worden gepresenteerd).

De gemiddelde leeftijd was 39 jaar, iets jonger dan de gemiddelde leeftijd van de politiemedewerker op dit moment: 43,8 jaar (de gemiddelde leeftijd van de politiepopulatie stijgt al jaren en ligt vanaf 2002 boven de 40 jaar). Vrouwelijke medewerkers waren gemiddeld jonger (32,8 jaar) dan hun mannelijke collega's (41,6 jaar). De leeftijdsopbouw is terug te vinden in figuur 2. Deze wijkt af van de samenstelling van de totale politieorganisatie in de afgelopen jaren<sup>9</sup>. Jongere politiemedewerkers (tot 40 jaar) worden relatief vaker aangemeld bij de politiepoli: 56,6% bij de politiepoli tegenover 38,5% in de totale politieorganisatie in 2011. Oudere politiemedewerkers (leeftijdscategorie boven de 50 jaar) worden relatief minder vaak aangemeld: 17,3% bij de politiepoli tegenover 32,8% in de totale politieorganisatie. Dit is een opvallende 'omkering': de meest voorkomende leeftijdscategorie in de politieorganisatie van boven de 50 jaar is het minst vertegenwoordigd bij de politiepoli en de minst voorkomende leeftijdscategorie in de politieorganisatie (tot en met 40 jaar) is het meest vertegenwoordigd bij de politiepoli op dit moment. De oververtegenwoordiging van de jongste groep (tot 30 jaar) kan verklaard worden door het feit dat met name jonge mensen executieve functies bekleeden: 24,1% van de medewerkers in het operationele proces is jonger dan 30 jaar en dat is vergelijkbaar met de aanmeldingen bij de politiepoli (26,3%).

*Figuur 2. Geslachtverdeling van het aantal politieagenten per leeftijdscategorie.*



( $p=,000$ )\*\*\* [N=966; 1 ontbreekt]

<sup>9</sup> Hiervoor zijn opnieuw cijfers uit de jaarverslagen 2011 en 2007 gebruikt. De hierna volgende percentages van de totale politieorganisatie zijn berekend o.b.v. gegevens uit het Jaarverslag Nederlandse Politie 2011, Ministerie van Veiligheid en Justitie.



De meeste politiemedewerkers hadden een vaste partner (respectievelijk 87,9% en 74,0%) en bij de vrouwen was dit vaker een partner met een baan bij de politie dan bij de mannen. De meesten, mannen vaker dan vrouwen, hadden een executieve functie tijdens hun aanmelding bij de poli (84,7%). Dit is een iets hoger percentage dan landelijk gemiddeld in de afgelopen jaren<sup>10</sup>. Bovendien betroffen de niet-executieve functies voornamelijk operationele functies (meldkamer, arrestantenzorg, of een coördinerende rol waarbij uit het dossier niet opgemaakt kon worden of het een executieve functie betrof). Hoofdagente was de meest voorkomende rang (50%). Vrouwen waren vaker dan mannen aspirant-agent. Dit wordt ook weerspiegeld in het gemiddeld aantal ervaringsjaren bij de politie, dat bij de mannen met 17,2 jaar flink hoger was dan bij de vrouwen (7,4 jaar). Deze verschillen tussen mannen en vrouwen, m.u.v. executieve functie, hangen samen met het gevonden verschil in leeftijd tussen mannen en vrouwen.

Op het moment van aanmelding was meer dan de helft (56,1%) van de medewerkers nog werkzaam. Dit percentage was hoger bij politiemedewerkers jonger dan 35 jaar (61,7%). Driekwart van de gebruikers geeft aan graag terug te willen naar hun oude functie als zij klaar zijn met de behandeling. Dit percentage is hoger bij politiemedewerkers met minder dan vijf jaar werkervaring (82,2%). Politiemedewerkers die niet terug willen naar hun oude functie, geven als reden aan dat zij moeite hebben met nachtdiensten of straatdiensten, niet meer in uniform/executief willen werken, twijfels hebben over blijven werken bij de politie, het werk niet meer leuk vinden of moeite hebben met agressie. Tabel 2 geeft een overzicht van de werkervaring van de aangemelde medewerkers.

<sup>10</sup> In 2011 is 80% van de politiepopulatie executief, in 2007 is dat 76%. Bronnen: politiejaarverslagen van 2011 en 2007.

Tabel 2. Overzicht van de werkervaring van de gebruikers van de politiepoli

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ervaringsjaren bij de politie [N=954; 13 ontbreken]</b>						
meer dan 5 jaar	565	(83,7)	168	(60,2)	733	(76,8)
minder dan 5 jaar	110	(16,3)	111	(39,8)	221	(23,2)
gemiddeld aantal jaren, M (SD)***	17,2	(10,0)	7,4	(5,9)	14,3	(10,05)
<b>Executieve functie** [N=958; 9 ontbreken]</b>						
aspirant/agent in opleiding	24	(3,6)	33	(11,7)	57	(5,9)
surveillant	29	(4,3)	24	(8,5)	53	(5,5)
agent BPZ, wijkagent, hoofdagent	345	(51,0)	134	(47,5)	479	(50,0)
rechercheur	77	(11,4)	26	(9,2)	103	(10,8)
brigadier, (hoofd-)inspecteur, commissaris	104	(15,4)	15	(5,3)	119	(12,4)
<b>Niet-executieve functie**</b>						
ondersteuning en training	27	(4,0)	18	(6,4)	45	(4,7)
coördinerende/leidinggevende functie	32	(4,7)	6	(2,1)	38	(4,0)
administratief/technisch medewerker	8	(1,2)	11	(3,9)	19	(2,0)
arrestantenzorg	13	(1,9)	4	(1,4)	17	(1,8)
centralist	7	(1,0)	6	(2,1)	13	(1,4)
Bijzondere Opsporing Ambtenaar	2	(0,3)	3	(1,1)	5	(0,5)
WAO/WIA	4	(0,6)	1	(0,4)	5	(0,5)
Non-actief/ontslagen/ontslagprocedure	4	(0,6)	1	(0,4)	5	(0,5)
Momenteel aan het werk	374	(55,5)	162	(57,4)	536	(56,1)
<b>Tevredenheid over functie [N=865; 102 ontbreken]</b>						
wil wel terug naar oude functie	452	(74,1)	187	(73,3)	639	(73,9)
wil niet terug naar oude functie	158	(25,9)	68	(26,7)	226	(26,1)
* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    ** p < .01    *** p < .001						

Bijna 30% van de politiemedewerkers had eerdere geïnformeerde werkervaring, dit betrof met name mannen. Militaire werkervaring had 14,3% van de politiemedewerkers, waarvan bijna de helft met uitzendervaring (49,5%). In totaal waren 72 mensen uitgezonden geweest in buitenlandse vredesmissies: 2 vrouwen en 70 mannen (waarvan 18 politiemissies, de overige militaire missies). In tabel 3 staat een overzicht van de eerdere geïnformeerde werkervaring van de aangemelde medewerkers.

Tabel 3. Overzicht van de eerdere geüniformeerde werkervaring

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Eerdere geüniformeerde werkervaring</b> [N=763; 204 ontbreken]						
nee	351	(65,1)	204	(91,1)	555	(72,7)
ja, bij politie	70	(13,0)	14	(6,2)	84	(11,0)
ja, als militair	106	(19,7)	3	(1,3)	109	(14,3)
ja, in de bewaking	10	(1,9)	3	(1,3)	13	(1,7)
ja, bij brandweer	2	(0,4)	0	(0,0)	2	(0,3)
* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    ** p < .01    *** p < .001						

### 3.2 Welke ingrijpende gebeurtenissen hebben zij meegemaakt?

In deze paragraaf volgt een uitgebreide beschrijving van de ingrijpende ervaringen die de politiemedewerkers rapporteerden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds directe (levens)bedreigende situaties (bijv. aanval door psychisch gestoorde met een mes) en anderzijds confrontaties met intens leed of verdriet (bijv. bloedige plaats delict na gezinsmoord of verdriet van ouders na dodelijk verkeersongeluk van hun kind). Zowel werkervaringen als privé-ervaringen zijn in kaart gebracht.

Slechts 9% van de politiemedewerkers rapporteerde dat een ‘trigger’ de klachten deed beginnen. Met een ‘trigger’ wordt een gebeurtenis of een moment bedoeld waardoor de (traumagerelateerde) klachten plotseling op de voorgrond treden.

#### *Ingrijpende werkervaringen*

Ingrijpende gebeurtenissen die het meest worden gerapporteerd zijn omgaan met een bedreigend psychisch gestoord individu (81,5%) en rel- of menigtebeheersing (68,2%). Ook deelname aan inval/aanhouding/ontruiming gepaard gaande met geweld of verwonding werd vaak

gerapporteerd (62,9%). Ongeveer 28% raakte tijdens het werk zelf gewond door een ongeluk, bijna 21% van de politiemedewerkers is tijdens het werk met een vuurwapen bedreigd en bijna 18% heeft tijdens het werk op iemand geschoten. Ruim acht procent raakte gewond bij een schietincident. Zie tabel 4 voor het volledige overzicht van ingrijpende werkervaringen.

De volgende confrontaties met lijden of intens verdriet kwamen het meest voor: betrokkenheid bij verkeersongeval, waarbij volwassene ernstig gewond raakte (83,8%), vinden van een lijk na een natuurlijke dood (82,3%) en het vinden van een lijk na zelfmoord (71,5%). Politiemedewerkers werden in hun werk ook vaak geconfronteerd met verkeersongevallen, zoals een ongeluk waarbij iemand onder de tram of trein was geraakt (63%) of een verkeersongeval waarbij een kind ernstig gewond was geraakt (48%).

Gemiddeld rapporteerden de politiemedewerkers 2,6 bedreigende gebeurtenissen ( $SD=1,8$ ) en 14,3 ( $SD=6,7$ ) gebeurtenissen waarin ze werden geconfronteerd met lijden of intens verdriet tijdens het werk.

*Tabel 4. Overzicht van ingrijpende werkervaringen*

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Bedreigende ervaringen</b>						
Omgaan met een psychisch gestoord individu, waarbij sprake is van dreiging	542	(84,6)	187	(73,1)	729	(81,5)
Rel- of menigtebeheersing	479	(74,7)	132	(51,8)	611	(68,2)
Confrontatie met geweld	451	(70,6)	127	(50,2)	578	(64,8)
Deelname aan inval/aanhouding/ontruiming gepaard met geweld of verwonding	437	(68,6)	123	(48,4)	560	(62,9)
Achtervolging van gewapende verdachte	421	(65,9)	114	(45,1)	535	(60,0)
Zelf gewond geraakt bij geweld (niet-schietincident)	321	(50,3)	88	(34,5)	409	(45,8)
Persoonlijke betrokkenheid bij schietincident	232	(36,4)	45	(17,8)	277	(31,1)
Zelf gewond geraakt door ongeluk	200	(31,4)	44	(17,5)	244	(27,5)
Bedreiging door iemand met vuurwapen	158	(24,7)	29	(11,4)	187	(20,9)
Ongeluk met een dienstauto, waarbij een dode of zwaargewonde gevallen is	148	(23,2)	33	(13,1)	181	(20,4)
Op iemand geschoten tijdens het werk	147	(23,0)	13	(5,1)	160	(17,9)
Zelf gewond geraakt bij geweld (schietincident)	68	(10,7)	10	(3,9)	78	(8,8)

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Gegijzeld zijn	22	(3,5)	4	(1,6)	26	(2,9)
Deelname aan inval waarbij vuurwapen-gevaarlijke verdachte betrokken	364	(56,9)	102	(40,6)	467	(52,2)
<b>Confronterende ervaringen (lijden of intens verdriet)</b>						
Betrokkenheid bij verkeersongeval, waarbij volwassene ernstig gewond is geraakt	564	(88,3)	186	(72,7)	750	(83,8)
Het vinden van lijk na natuurlijke dood	543	(84,8)	193	(76,0)	736	(82,3)
Het vinden van lijk na zelfmoord	483	(75,4)	157	(61,8)	640	(71,5)
Als eerste ter plaatse bij geval van seksueel misbruik of mishandeling van volwassene	402	(63,0)	170	(66,4)	572	(64,0)
Verkeersongeval waarbij iemand onder de tram of trein geraakt is	455	(71,8)	104	(40,9)	559	(63,0)
Collega gewond geraakt bij geweld	414	(65,3)	135	(53,8)	549	(62,0)
Reanimatie uitvoeren, die vervolgens mislukt	417	(65,2)	132	(52,6)	549	(61,6)
Opdreggen van lijk	372	(58,5)	95	(37,8)	467	(52,6)
Grote brand met doden en/of gewonden	357	(55,9)	86	(34,3)	443	(49,8)
Politieoptreden bij dodelijk ongeluk waarbij kind betrokken is	373	(58,4)	66	(26,1)	439	(49,2)
Betrokkenheid bij verkeersongeval, waarbij kind ernstig gewond is geraakt	356	(55,8)	72	(28,5)	428	(48,0)
Collega betrokken bij schietincident	325	(50,9)	96	(38,1)	421	(47,3)
Het vinden van lijk na moord	335	(52,7)	73	(28,9)	408	(45,9)
Politieoptreden bij trieste sociale omstandigheden, o.a. het wegbrengen van vluchtelingen	306	(48,0)	93	(36,9)	399	(44,8)
Te laat aankomen en niets kunnen doen bij verdrinking of ander ongeluk	302	(47,5)	87	(34,4)	389	(43,8)
Politieoptreden in geval van agressieve honden	298	(46,5)	72	(28,7)	370	(41,5)
Als eerste ter plaatse bij geval van seksueel misbruik kind of kindermishandeling	236	(36,9)	105	(41,3)	341	(38,1)
Zelfmoord van collega	236	(37,3)	66	(26,1)	302	(34,1)
Politieoptreden in situatie waarin kind op gewelddadige manier is gedood	170	(26,7)	31	(12,2)	201	(22,6)
Assistentie bij rampen	164	(25,9)	32	(12,7)	196	(22,1)
Gewelddadige dood van collega tijdens werk	135	(21,2)	33	(13,0)	168	(18,9)
Strafrechtelijke aanklacht tegen collega agent n.a.v. schietpartij	142	(22,2)	19	(7,5)	161	(18,0)
Zelfmoord van bevriende collega	122	(19,3)	37	(14,6)	159	(17,9)
Gewelddadige dood van 'maat' tijdens werk	73	(11,4)	9	(3,5)	82	(9,2)
Iemand om het leven gebracht tijdens het werk	32	(5,0)	3	(1,2)	35	(3,9)

p: geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen

### *Ingrijpende privé-ervaringen*

Ook in privé-context werden ingrijpende ervaringen gerapporteerd. Bedreiging (36,1%) en auto-ongeluk (32,7%) kwamen het meeste voor. Ongeveer 20% rapporteerde geestelijke mishandeling, 16,3% slachtoffer van lichamelijke mishandeling en 12,6% seksuele mishandeling (voor het volledige overzicht zie tabel 5).

Veel voorkomende confrontaties met lijden of intens verdriet betroffen het verliezen van een naaste aan ongeluk, ramp of zelfmoord (25,4%) of getuige zijn van fysieke of seksuele mishandeling (18,2%). Ongeveer 10% van de politiemedewerkers gaf aan getuige te zijn geweest van zelfmoord. Andere intens trieste gebeurtenissen betroffen een miskraam of een doodgeboren kind (12,4%) of een vergeefse reanimatie (11,9%).

Gemiddeld rapporteerden politiemedewerkers 1,0 (levens) bedreigende gebeurtenis ( $SD=1,1$ ) en 1,6 gebeurtenissen waarin ze werden geconfronteerd met lijden of intens verdriet in hun privéleven ( $SD=1,5$ ).

Bij 70% van alle aangemelde politiemedewerkers is sprake van een kerntrauma, d.w.z. een traumatische ervaring die op de voorgrond staat, zie bijlage III. Deze gebeurtenis komt het meeste terug in herbelevingen of nachtmerries. Dit kerntrauma betreft 9,5% privé-ervaringen, waarin tevens voorgaande militaire uitzending is opgenomen (1,8%). Opeenstapeling van verschillende ervaringen komt regelmatig voor (12,2% werkervaringen, 1,4% privé-ervaringen en 8% combinatie van werk en privé). Bij 4,6% is onbekend of sprake is van een kerntrauma.

Tabel 5. Overzicht van ingrijpende privé-gebeurtenissen

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Bedreigende ervaringen</b>						
Bedreiging	235	(37,2)	92	(33,7)	327	(36,1)
Auto-ongeluk***	233	(36,8)	64	(23,4)	297	(32,7)
Geestelijke mishandeling***	96	(15,4)	85	(31,7)	181	(20,3)
Lichamelijke mishandeling**	90	(14,7)	58	(21,2)	148	(16,3)
Seksuele mishandeling***	38	(6,0)	77	(28)	115	(12,6)
Ramp/grote brand meegemaakt*	89	(14,0)	25	(9,1)	114	(12,5)
Bijna verdrinken geweest	62	(9,7)	24	(8,7)	86	(9,4)
Aanraking met giftige gassen***	74	(11,7)	8	(2,9)	82	(9,1)
Levensbedreigende ziekte gehad	57	(9,2)	17	(6,2)	74	(8,3)
Oorlog meegemaakt maar niet gestreden*	33	(5,3)	2	(0,7)	35	(3,9)
Woning vernietigd door ramp/brand/ ontploffing	22	(3,5)	10	(3,7)	32	(3,5)
Oorlog meegemaakt en gestreden*	30	(4,7)	1	(0,4)	31	(3,4)
<b>Confronterende ervaringen (lijden of intens verdriet)</b>						
Naaste verloren aan ongeluk/ramp/zelfmoord	161	(25,5)	69	(25,1)	230	(25,4)
Getuige van fysieke/seksuele mishandeling	112	(17,7)	53	(19,4)	165	(18,2)
Kind doodgeboren/miskraam	66	(11,0)	39	(15,7)	105	(12,4)
Vergeefse reanimatie**	90	(14,2)	18	(6,6)	108	(11,9)
Getuige van zelfmoord	58	(9,2)	28	(10,3)	86	(9,5)
Geassisteerd na een ramp	45	(7,1)	3	(1,1)	48	(5,3)
Kind lichamenlijk mishandelt	29	(4,9)	11	(4,6)	40	(4,8)
Naaste ontvoerd/vermist/gegijzeld geweest	28	(4,4)	11	(4,0)	39	(4,3)
Kind seksueel misbruikt	22	(3,7)	6	(2,5)	28	(3,4)
Getuige van moord*	21	(3,3)	2	(0,7)	23	(2,5)
* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    ** p < .01    *** p < .001						

### 3.3 Stressvolle omstandigheden in werk en privéleven

Ruim de helft (58,4%) van de politiemedewerkers gaf aan werkstress te ondervinden, dit zijn stressvolle omstandigheden op het werk maar geen traumatische ervaringen. Werkstress werd vaker ondervonden door meer ervaren politiemedewerkers en politiemedewerkers in niet-executieve functies. Voorbeelden van werkstress zijn: een hoge werkdruk (20,1%) en problemen met de leidinggevende (14,6%).

Stressvolle privé-omstandigheden werden gemeld door ruim de helft (54,9%) van de politiemedewerkers, iets vaker door politiemedewerkers in een niet-executieve functie (60,8%). In de meeste gevallen betroffen dit relatieproblemen (21,5%). Eén op de drie aangemelde medewerkers gaf aan zowel werkstress als privé-stress te ervaren. Zie tabel 6 voor het volledige overzicht van de verschillende stressvolle werk- en privéomstandigheden.



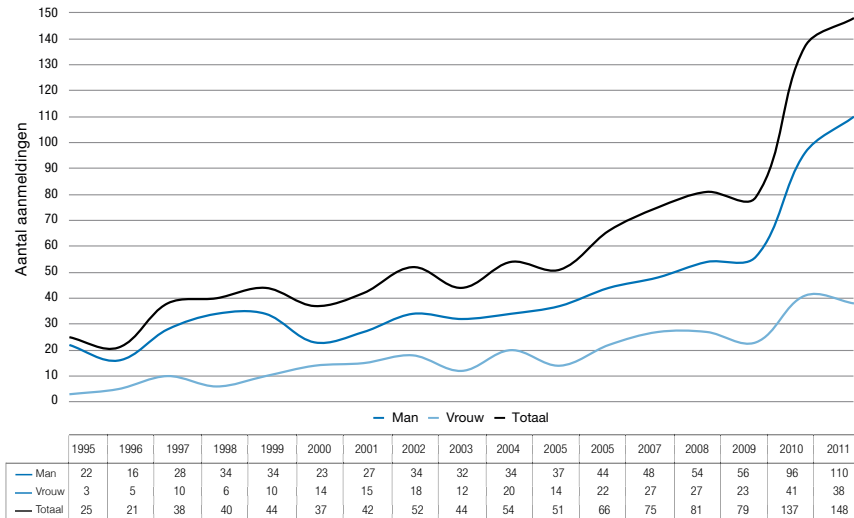
Tabel 6. Ervaren stress in werk- en privé-situaties

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Werkstress, waaronder:</b>						
hoge werkdruk	70	(21,3)	21	(16,9)	91	(20,1)
twee of meer verschillende stressoren	45	(13,7)	22	(17,7)	67	(14,8)
problemen met leidinggevend	56	(17,1)	10	(8,1)	66	(14,6)
moeite met organisatie/omgaan met personeel	32	(9,8)	6	(4,8)	38	(8,4)
reorganisatie	23	(7,1)	10	(8,1)	33	(7,3)
onzekere toekomst	23	(7,0)	6	(4,8)	29	(6,4)
ontevreden over huidige functie	21	(6,4)	9	(7,3)	30	(6,6)
voelt zich niet begrepen/gesteund	12	(3,7)	13	(10,5)	25	(5,5)
problemen binnen team	13	(4,0)	8	(6,5)	21	(4,6)
klachten van angst/verminderd zelfvertrouwen	9	(2,7)	3	(2,4)	12	(2,7)
intern onderzoek gaande	10	(3,0)	0	(0,0)	10	(2,2)
stressvolle baan	7	(2,1)	2	(1,6)	9	(2,0)
slechte werksfeer	3	(0,9)	5	(4,0)	8	(1,8)
voelt zich onveilig	0	(0,0)	4	(3,2)	4	(0,9)
moeizame werkintegratie	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,2)
<b>Privé-stress, waaronder:</b>						
relatieproblemen	75	(24,4)	18	(14,3)	93	(21,5)
problemen binnen het gezin (kinderen)	59	(19,2)	15	(11,9)	74	(15,5)
problemen in familie (ouders/broers/zussen)	35	(11,4)	26	(20,6)	61	(14,1)
twee of meer stressoren op verschillende gebieden	41	13,4	20	(15,9)	61	(14,1)
(ernstig) zieke naaste(n)	33	(10,7)	16	(12,7)	49	(11,3)
overlijden van naaste(n)	21	(6,8)	10	(7,9)	31	(7,2)
scheiding	12	(3,9)	3	(2,4)	15	(3,5)
financiële problemen	7	(2,3)	0	(0,0)	7	(1,6)
psychische problemen	5	(1,6)	1	(0,8)	6	(1,4)
zwangerschap	4	(1,3)	1	(0,8)	5	(1,2)
vruchtbaarheidsproblemen	3	(1,0)	1	(0,8)	4	(0,9)
verhuizing	1	(0,3)	3	(2,4)	4	(0,9)
Privé-stress en werkdruk, frequentie (%)	216	(34,1)	93	(34,2)	309	(34,1)
p geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen						

### 3.4 Instroom per jaar

De instroom bij de politiepoli is in de loop der jaren gestaag toegenomen. In figuur 3 is duidelijk zichtbaar dat steeds meer politiemedewerkers jaarlijks worden doorverwezen naar de politiepoli<sup>11</sup>. In dit onderzoeksrapport zijn dossiers meegenomen tot en met oktober 2011: in totaal waren toen 985 dossiers afgerond met een outtake, waarvan 967 bruikbaar voor analyse (zie beschrijving onder 2.1. Onderzoeksopzet).

*Figuur 3. Instroom aantal mannelijke en vrouwelijke politiemedewerkers bij de politiepoli tussen 1995 en 2011. Dossiers tot en met oktober 2011 zijn meegenomen in de analyses.*



<sup>11</sup> In 2012 werden in totaal 169 agenten aangemeld (126 mannen, 43 vrouwen).

## **Hoofdstuk 4**

# Gestelde diagnosen

# 4

## Gestelde diagnoses

*Dit hoofdstuk beschrijft de diagnoses, de scores op de vragenlijsten en het sociaal functioneren van de aangemelde politiemedewerkers. Mogelijke patronen van de klachten komen aan de orde, gevolgd door de invloed van stress, werkfactoren en de gezondheidstoestand.*

### 4.1 Welke diagnoses werden gesteld?

Bij 98,7% van de aangemelde politiemedewerkers had de bedrijfsarts het vermoeden dat er sprake was van PTSS. Bij 58,8% van de politiemedewerkers werd door de politiepoli ook daadwerkelijk de diagnose PTSS gesteld als hoofddiagnose. Vijf procent voldeed net niet aan de voorwaarden voor de diagnose PTSS en kreeg een partiële PTSS als diagnose. Een PTSS werd vaker vastgesteld bij politiemedewerkers jonger dan 35 jaar en politiemedewerkers die iets hadden meegemaakt waarbij zij in direct levensgevaar waren geweest. Bij de jongere politiemedewerkers kwamen vaker angstgerelateerde PTSS-klachten voor, zoals pijnlijke beelden, nachtmerries, handelen/voelen alsof, fysieke reacties en vermijden van gevoelens/gedachten en activiteiten. Zie tabel 7 voor een volledig overzicht van klachten en diagnoses bij de intake.

Tabel 7. Klachten en diagnoses bij intake

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Hoofddiagnose</b>						
Geen diagnose*	94	(13,8%)	22	(7,8%)	116	(12,1%)
PTSS	385	(56,6%)	181	(64,2%)	566	(58,8%)
Partiële PTSS	33	(4,9%)	15	(5,3%)	48	(5%)
Depressie*	71	(10,4%)	38	(13,5%)	109	(11,3%)
Bipolaire stoornis	3	(0,4%)	0	(0%)	3	(0,3%)
Paniekstoornis	17	(2,5%)	7	(2,5%)	24	(2,5%)
Specifieke fobie	0	(0%)	2	(0,7%)	2	(0,2%)
Angststoornis NAO (niet anders omschreven)	4	(0,6%)	6	(2,1%)	10	(1%)
Gegeneraliseerde angststoornis	5	(0,7%)	0	(0%)	5	(0,5%)
OCD (obsessive-compulsive disorder)	2	(0,3%)	0	(0%)	2	(0,2%)
Beroepsprobleem (burn-out)*	31	(4,6%)	4	(1,4%)	35	(3,6%)
Alcoholafhankelijkheid	1	(0,1%)	0	(0%)	1	(0,1%)
Alcoholmisbruik	1	(0,1%)	0	(0%)	1	(0,1%)
Psychotische stoornis	1	(0,1%)	0	(0%)	1	(0,1%)
Somatoforme stoornis	2	(0,3%)	0	(0%)	2	(0,1%)
Amnestische stoornis	1	(0,1%)	0	(0%)	1	(0,1%)
Aanpassingsstoornis	27	(4%)	7	(2,5%)	34	(3,5%)
<b>Persoonlijheidsproblematiek</b>						
Geen diagnose	230	(34,1%)	87	(31%)	317	(33,2%)
Diagnose uitgesteld	445	(65,9%)	194	(69%)	639	(66,8%)
<b>GAF, M (SD)</b>	<b>61,9</b>	<b>(8,1)</b>	<b>60</b>	<b>(7,1)</b>	<b>61,4</b>	<b>(7,8)</b>
* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    ** p < .01    *** p < .001						

Bij 1,3% gaf de bedrijfsarts bij aanmelding het vermoeden van een andere stoornis dan PTSS aan, waarvan depressie (34%), paniekstoornis (11,4%) en burn-out (6,8%) het meest werden genoemd. In totaal werd bij 11,3% een depressieve stoornis als hoofddiagnose vastgesteld door de politiepoli, hetgeen vaker bij vrouwen en oudere politiemedewerkers voorkwam. Bij 4,4% werd een andere angststoornis dan PTSS gediagnosticeerd. Een burn-out kwam bij 3,6% voor en een aanpassingsstoornis bij 3,5%. Burn-out, een angststoornis anders dan PTSS en aanpassingsstoornis kwamen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Bij 12,1% van de aangemelde politiemedewerkers werd geen diagnose gesteld; dit was vaker het geval bij mannen dan bij vrouwen. Hun klachten waren niet voldoende om een psychische stoornis vast te stellen. Bij 95,3% van deze groep bestond bij de bedrijfsarts wel het vermoeden van een PTSS. Deze medewerkers hadden minder intens trieste gebeurtenissen meegemaakt tijdens het werk of privé en waren minder vaak eerder in behandeling geweest.

Een klein deel van de politiemedewerkers (2,6%) had klachten die niet voldoen aan een officiële diagnose, zoals rouwreactie (20), partner-relatie problemen (3), ouder-kind relatieproblemen (1), identiteitsprobleem (1), studieprobleem (1).

### *Comorbiditeit*

Bij 43% van de politiemedewerkers was sprake van een tweede, bijkomende psychische stoornis, ook wel comorbiditeit genoemd. Van de politiemedewerkers met een PTSS werd bij 46% een comorbide depressieve stoornis vastgesteld en bij 5,4% een andere stoornis, waaronder een andere angststoornis (2,6%), een burn-out (0,9%) of een eetstoornis (0,9%). Van de politiemedewerkers met als hoofddiagnose een depressie, kwam bij 44% een andere stoornis voor. Bij 20% betrof dit PTSS als comorbide diagnose. Politie-medewerkers met een hoofddiagnose aanpassingsstoornis, partiële PTSS of een burn-out hadden in respectievelijk 21,2%, 18,9% en 8,6% van de gevallen een bijkomende diagnose.

### *Persoonlijkheidsproblematiek en sociaal functioneren*

Bij 66,8% van de politiemedewerkers werden tijdens de intake geen aanwijzingen voor persoonlijkheidsproblematiek gevonden. Bij 33% waren er wel aanwijzingen, maar werd geen persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Tijdens de intake wordt namelijk geen gebruik gemaakt van een diagnostisch instrument voor persoonlijkheidsstoornissen, vaststelling van een diagnose volgt eventueel later. De gemiddelde GAF score, een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt geschat, was 61,4 (SD=7,8). Dit reflecteert matige beperkingen in het werk en in de relatie met de omgeving.

### *Eerdere behandeling*

De helft van de aangemelde politiemedewerkers gaf aan eerder in behandeling te zijn geweest. Bij 40% van hen was dit een traumaspecifieke behandeling. In totaal betrof 3,6% een heraanmelding bij de politiepoli (d.w.z. eerder behandeld bij de poli). Politie-medewerkers met meer werkervaring en met een niet-executieve functie waren vaker eerder al in behandeling geweest. Op het moment van aanmelding was 13% van de politiemedewerkers nog elders in behandeling.

### *Behandeladvies*

Het grootste gedeelte van de politiemedewerkers (72,7%) werd BEPP geadviseerd en bij 0,6% EMDR. Daarnaast werd 0,5% medicatie voor depressie geadviseerd en 0,7% werd overige medicatie geadviseerd. Bij 0,8% werd geadviseerd om eerst vanwege de ernst de depressie te behandelen en daarna pas de BEPP. Ongeveer 15% werd behandeling aangeraden van overige klachten zoals depressie, angst, burn-out. Verder werd 0,7% geadviseerd om de huidige behandeling voort te zetten en 0,2% werd doorverwezen in verband met andere problematiek. Bij 2,3% werd steunende/structurende gesprekken met een bedrijfsmaatschappelijk werker geadviseerd. Hieraan kan worden gedacht als er wel sprake is van klachten, maar deze niet voldoen aan een diagnose (bijv. relatieproblemen, werkstress, problemen met opvoeding van kinderen). Bij 5% was geen psychische behandeling nodig.

## **4.2 Lichamelijke klachten, algemene gezondheid en levensstijl**

Naast het psychisch welbevinden is ook de gezondheid en de levensstijl van de aangemelde politiemedewerkers bekeken. In de afgelopen twee jaar was 83,8% één of meerdere keren ziek geweest. Meer dan dertig procent (32,3%) van de politiemedewerkers was ooit een keer overspannen geweest, hetgeen vaker bij mannen voorkwam dan bij vrouwen. Ongeveer 35% had in de afgelopen vier weken contact met de huisarts. De meest voorkomende lichamelijke klachten waren pijn in schouder of nek (55,2%), slapeloosheid (54,7%), rugpijn (44,8%) en hartkloppingen (32,2%). Vrouwelijke politiemedewerkers hadden vaker last van

hartkloppingen dan mannen. Verder rapporteerde 24,6% van de politiemedewerkers dat ze last hadden van migraine of chronische hoofdpijn. Vrouwelijke medewerkers gaven dit vaker aan dan mannen. Een hartaandoening kwam bij 3% voor; vaker bij mannen dan bij vrouwen.

Meer dan één op de drie medewerkers (36,2%) gebruikte medicijnen, het meest voorkomende was medicatie voor psychische klachten. Ongeveer 20% slikte benzodiazepinen, met name voorgeschreven voor angstklachten en slaapproblemen. Daarnaast gebruikte 21% antidepressiva. De medicatie voor lichamelijke klachten betrof vooral bloeddrukmedicatie (11,0%) en ontstekingsremmende pijnstillers (7,3%). Van de politiemedewerkers gebruikte 5,7% medicatie voor zowel lichamelijke als psychische klachten.

Veel politiemedewerkers (67,7%) beoefenden een lichamelijke sport, zoals fitness, hardlopen, zwemmen en tennissen. Meer dan dertig procent (32,7%) sportte niet; als belangrijkste redenen werden genoemd: lichamelijke klachten zoals blessures (26,4%), tijdgebrek (22,9%), geen energie/futloosheid (22,1%) en geen zin (17,4%). Verder had een grote groep van de medewerkers een goede eetlust (85,4%) en 4% rapporteerde overgewicht. Alcoholgebruik werd door 62,3% van de politiemedewerkers gerapporteerd, vaker door mannen dan vrouwen. Dit betekent dat meer dan eenderde aangaf helemaal geen alcohol te drinken. Bijna 36% van de politiemedewerkers rookte, vooral vrouwen (samenhangend met de lagere leeftijd van de vrouwen). Verder gebruikte bijna 20% zenuwkalmerende, verdovende of stimulerende middelen. Zie tabel 8 voor een volledig overzicht van gezondheidskenmerken en levensstijl.



Tabel 8. Overzicht van de gezondheidstoestand en levensstijl

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Lichamelijke klachten:</b>						
Slapeloosheid	330	(56,1)	123	(51,2)	453	(54,7)
Herhaaldelijke rugpijn	268	(45,0)	108	(44,3)	376	(44,8)
Pijn in schouder of nek***	305	(51,3)	158	(64,8)	463	(55,2)
Migraine/chronische hoofdpijn***	125	(21,0)	80	(33,2)	205	(24,6)
Hersenschudding	129	(21,5)	56	(23,0)	185	(22,0)
Duizeligheid*	143	(24,0)	81	(33,3)	224	(26,7)
Verkoudheid	109	(18,2)	53	(21,4)	162	(19,1)
Hoge bloeddruk**	105	(17,6)	24	(9,9)	129	(15,4)
Astma/chronische bronchitis	62	(10,3)	28	(11,3)	90	(10,6)
Hartaandoening*	23	(3,8)	2	(0,8)	25	(3,0)
Hartkloppingen*	179	(30,1)	92	(37,2)	271	(32,2)
Kortademigheid	96	(16,0)	46	(18,8)	142	(16,8)
Benauwdheid**	116	(19,3)	69	(27,9)	185	(21,8)
Herhaaldelijke maagklachten	123	(20,6)	46	(18,7)	169	(20,0)
Overmatig transpireren	182	(30,5)	59	(24,2)	241	(28,7)
Abnormaal doorlopen zwangerschap	-	-	36	(16,3)	36	(16,3)
Medicatie	226	(38,0)	79	(32,0)	305	(36,2)
<b>Levensstijl:</b>						
Beoefenen lichamelijke sport	406	(67,6)	168	(68,0)	574	(67,7)
Goede eetlust	518	(86,6)	198	(82,5)	716	(85,4)
Alcoholgebruik***	405	(68,0)	121	(48,8)	526	(62,3)
Roken*	199	(33,3)	104	(41,9)	303	(35,9)
Verdovende/zenuwkalmerende/ stimulerende middelen	110	(18,7)	47	(19,2)	157	(18,8)
Overgewicht	22	(3,7)	8	(3,3)	30	(3,6)
* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    ** p < .01    *** p < .001						

### 4.3 Verschuivingen in de tijd

Door de jaren is het aantal meldingen gestaag toegenomen, zoals figuur 3 (hoofdstuk 3) duidelijk laat zien. De samenstelling van aangemelde politiemedewerkers is bovendien verschoven: van voornamelijk jonge politiemedewerkers naar jonge en oudere politiemedewerkers en er meldden zich steeds vaker politiemedewerkers met een niet-executieve functie aan (niet samenhangend met leeftijd). Na 2002 kwamen tevens steeds vaker politiemedewerkers met militaire werkervaring bij de politiepoli. Er werd door de jaren heen vaker werkstress, privé-stress en een combinatie van beide gerapporteerd. Bovendien werd in de beginjaren vaker alleen de diagnose PTSS gesteld. Vanaf 2004 kwam het regelmatig voor dat naast de diagnose PTSS een bijkomende stoornis, zoals een depressie, werd vastgesteld. Steeds vaker werd een depressie als hoofddiagnose gegeven.

## **Hoofdstuk 5**

Wat heeft  
de behandeling  
opgeleverd?

# 5

## Wat heeft de behandeling opgeleverd?

*In dit hoofdstuk worden de uitkomsten besproken van de BEPP behandeling die politiemedewerkers ondergingen bij wie de diagnose PTSS was vastgesteld.*

### 5.1 Verloop van en tevredenheid over de traumabehandeling volgens het BEPP protocol

In totaal werd bij 566 politiemedewerkers de diagnose PTSS gesteld; 511 politiemedewerkers keerden na een traumabehandeling volgens BEPP protocol terug op de politiepoli voor een nameting (outtake). Deze outtake vond gemiddeld 44 weken plaats na de intake. In totaal is 9,7% van de politiemedewerkers niet gekomen voor de outtake. Onbekend is in hoeverre deze mensen niet aan de behandeling zijn begonnen, de behandeling hebben gestaakt, of de behandeling hebben afgerond maar niet terug zijn gekeerd voor de outtake.

Het gemiddelde aantal sessies die de behandelde politiemensen ondergingen ( $M=16$ ,  $SD=5$ ), kwam precies overeen met het behandelprotocol van de BEPP welke uit 16 sessies bestaat. Het BEPP protocol kent een aantal onderdelen. Het gedeelte psycho-educatie, waarmee de behandeling start, vond bij 98,2% van de behandelingen plaats. In het protocol wordt aanbevolen tijdens deze eerste sessie de partner mee te nemen, indien men een partner heeft. Bij 77% van de psycho-educatiesessies is een partner aanwezig geweest. Het tweede gedeelte van de behandeling, de imaginaire exposure, is in 93,5% van de behandelingen toegepast. Het derde element, de schrijfopdracht, werd in 85% uitgevoerd. In de BEPP behandeling wordt ook aanbevolen gebruik te maken van memorabilia, ook wel 'geheugenspulletjes' genoemd, die helpen om diverse herinneringen en emoties terug te halen. Hier heeft 51,9% gebruik van gemaakt. Een vierde uitvoerig deel van de behandeling waar circa 10 sessies voor gereserveerd zijn, gaat over het betekenis verlenen aan

de traumatische gebeurtenis op iemands leven en ook op het werk. In 94,9% van de uitgevoerde behandelingen heeft dit plaats gevonden. De behandeling kan worden afgerond met een afscheidsritueel. Dit vond plaats in 57% van de behandelingen. De tevredenheid over de BEPP behandeling blijkt groot te zijn. De behandelaars kregen een gemiddeld rapportcijfer 8 (SD=1), op een schaal van 1 tot 10. De BEPP behandeling, die veel vergt van de cliënt, kreeg een 8,2 (SD=1,1) als rapportcijfer.

## 5.2 Diagnosen na afloop van de behandeling

Na behandeling had slechts 1,3% van de in totaal 511 politiemedewerkers nog steeds de diagnose PTSS. Bij 2,7% werd nog een partiële PTSS geconstateerd. Dit betekent dat 96% van de politiemedewerkers niet langer PTSS of partiële PTSS als diagnose hadden. In totaal was 84,1% van de politiemedewerkers helemaal diagnosevrij. Bij 7,5% werd na afloop van de behandeling een depressieve stoornis geconstateerd. Bij 2,5% was nog sprake van een angststoornis. De gemiddelde GAF-score na behandeling was met 81 (SD=8,4) hoger dan de gemiddelde GAF-score voor de traumabehandeling (61,7; SD=7,8). Na de traumabehandeling werden bijna geen tweede (comorbide) diagnosen gesteld bij de politiemedewerkers. Er is geen sprake van sekseverschillen. Tabel 10 geeft een volledig overzicht van de diagnosen na traumabehandeling.

Tabel 10. Klachten en diagnoses na traumabehandeling

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Diagnose As-I</b>						
Geen diagnose op As-I	305	(84,5)	134	(83,2)	439	(84,1)
PTSS	3	(0,8)	4	(2,5)	7	(1,3)
Partiële PTSS	12	(3,3)	2	(1,2)	14	(2,7)
Depressie	26	(7,2)	13	(8,1)	39	(7,5)
Bipolaire stoornis	0	(0)	1	(0,6)	1	(0,2)
Paniekstoornis	2	(0,6)	0	(0)	2	(0,4)
Agorafobie	5	(1,4)	4	(2,5)	9	(1,7)
Specifieke fobie	1	(0,3)	1	(0,6)	2	(0,4)
Beroepsprobleem (burn-out)	3	(0,8)	1	(0,6)	4	(0,8)
Alcoholafhankelijkheid	1	(0,3)	0	(0)	1	(0,2)
Psychotische stoornis	1	(0,3)	0	(0)	1	(0,2)
Eetstoornis	0	(0)	1	(0,6)	1	(0,2)
Somatoforme stoornis	1	(0,3)	0	(0)	1	(0,2)
Aanpassingsstoornis	1	(0,3)	0	(0)	1	(0,2)
<b>GAF, M (SD)</b>	<b>81</b>	<b>(8,3)</b>	<b>80,7</b>	<b>(8,7)</b>	<b>80,9</b>	<b>(8,4)</b>
p geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen						

### 5.3 Restklachten & werkhervatting na behandeling

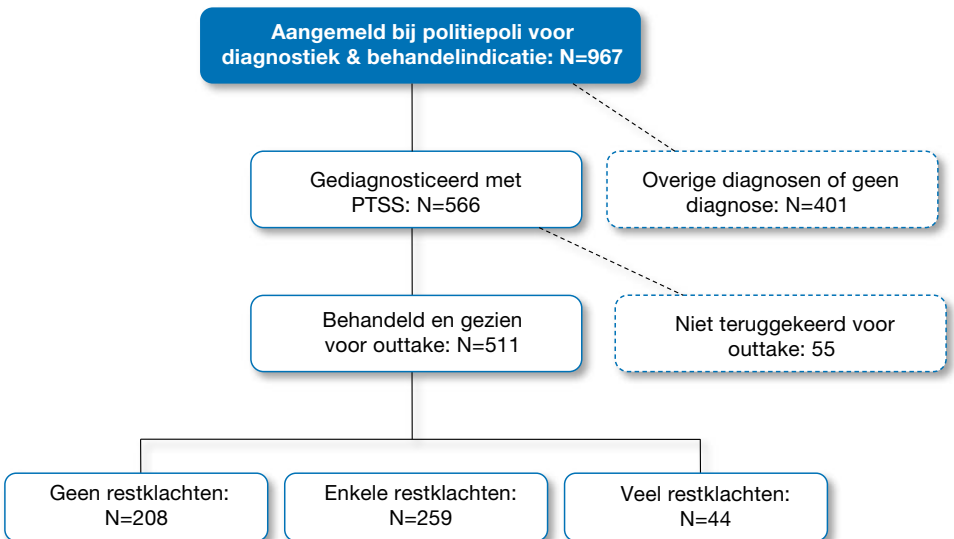
#### *Klachten na behandeling*

Hoewel 96% geen diagnose (partiële) PTSS had na behandeling, rapporteerde bijna 60% nog restklachten. Desgevraagd gaf 50,8% aan nog wel enkele klachten te hebben en 8,6% rapporteerde veel klachten. Klachtenvrij was 40,7% van de politiemedewerkers na behandeling. Voorbeelden van klachten die door de groep met enkele klachten werden genoemd, zijn: concentratieproblemen, nervositeit, waakzaam, schrikachtig, moeheid, geïrriteerdheid, hartkloppingen, slaapproblemen of incidentele nachtmerries. Voorbeelden van de klachten uit de groep met veel last, zijn: slaapproblemen, verhoogde waakzaamheid, kort lontje, vermijding van bepaalde situaties, emotioneel labiel, depressiviteit, gevoel van nutteloos leven, paniekaanvallen of fysieke klachten zoals hoofdpijn, hyperventilatie, pijn in nek of schouders. Politiedede-

werkers die na behandeling nog steeds veel klachten ervaren, werden na behandeling ook vaker nog gediagnosticeerd met een psychische stoornis dan politiemedewerkers die minder klachten ervaren.

De klachten die het meest voorkwamen, zijn: concentratieproblemen (16,4%), vermijding (9%) geïrriteerdheid (7%) en slaapproblemen (7%). Deze klachten kwamen, hoewel in mindere mate, ook voor bij mensen die diagnosevrij waren en zelf aangaven geen restklachten te ervaren.

*Figuur 4. Overzicht aantallen politiemedewerkers met de diagnose PTSS en subjectieve klachtenniveau na behandeling*



Politiedewerkers met een niet-executieve functie, oudere politiedewerkers (> 35 jaar), medewerkers met meer ervaringsjaren en medewerkers die eerder een behandeling hebben ondergaan bij een psychiater of psycholoog, hadden gemiddeld meer PTSS-klachten na een traumabehandeling. Personen die bij de intake veel vermijden, zoals het uit de weg gaan van gedachten, plaatsen of personen die aan het trauma doen denken, hadden ook een grotere kans op restklachten na traumabehandeling. Dit wijst op een meer chronische en meer resistente vorm van PTSS.

### *Werkhervatting*

Bij aanvang van de behandeling was 29% van de politiedewerkers executief werkzaam. Direct na afloop van de traumabehandeling werkte 65% in een executieve functie. Tijdens de outtake gaf 61% van de politiedewerkers aan dat er in de nabije toekomst verandering op zal treden in hun werk bij de politie. Soms was men door het re-integratieproces langzaam de uren aan het opbouwen, al dan niet in een niet-executieve functie (vanuit bijvoorbeeld een tijdelijke administratieve functie). Er waren politiedewerkers die belangstelling hadden voor een andere functie binnen de politie en die bezig waren met een overplaatsing of sollicitatie. Sommigen gaven aan niet meer executief werkzaam te willen zijn om bijvoorbeeld niet meer met geweld geconfronteerd te worden. Enkelen waren van plan zelf ontslag te nemen of gaven aan ontslagen te gaan worden.



## **Hoofdstuk 6**

# Conclusies en aanbevelingen

# 6

## Conclusies en aanbevelingen

*De drie onderzoeksvragen worden hieronder in het licht van de resultaten uitgebreid beantwoord en afgesloten met een aantal concrete aanbevelingen.*

### 6.1 Conclusies

#### *Wie hebben gebruik gemaakt van de politiepoli?*

Met name executieve politiemedewerkers meldden zich bij de politiepoli (84,7%). De niet-executieve functies betroffen bovendien met name operationele functies (bijv. meldkamer, arrestantenzorg). Dit is een sterke aanwijzing dat het risico op PTSS groter is in operationele politieprocessen dan in ondersteunende processen. In lijn met de samenstelling van de totale politieorganisatie, meldden zich vaker mannen dan vrouwen (29%), en was de meest voorkomende rang hoofdagent. De mannen waren aanzienlijk ouder dan de vrouwen (41,6 tegenover 32,8 jaar). Veel andere gevonden sekseverschillen, zoals ervaringsjaren, hingen met dit leeftijdsverschil samen. Wat dit sekseverschil inhoudt, valt niet te zeggen. Vrouwen lijken niet zozeer kwetsbaarder (hun aandeel is naar rato), maar wellicht trekken ze eerder aan de bel als ze klachten ontwikkelen. Het ligt voor de hand dat de toenemende instroom van vrouwen in de afgelopen jaren ook een rol speelt: de gemiddelde politiemans is ouder dan de gemiddelde politievrouw.

De leeftijdssamenstelling van de aangemelde politiemedewerkers bij de politiepoli was opmerkelijk afwijkend van de leeftijdsopbouw in de politieorganisatie. Jongere medewerkers (tot 40 jaar) meldden zich relatief vaak en oudere medewerkers (boven de 50 jaar) relatief weinig. De jongste categorie (tot 30 jaar) werkt relatief veel vaker in executieve functies en dat kan hun oververtegenwoordiging verklaren. Dit zou kunnen betekenen dat de jonge, executieve politiemedewerker meer risico loopt.

Zij kregen inderdaad vaker de diagnose PTSS dan hun oudere collega's die aangemeld werden.

Meer dan de helft van de medewerkers was nog werkzaam op het moment van aanmelding bij de politiepoli. Bijna eenderde had op dat moment nog een executieve functie. Het komt dus geregeld voor dat politiemensen met forse psychische klachten door blijven werken in een executieve functie. Gezien de aard van de politiefunctie is dit een potentieel veiligheidsrisico. Als politiemensen met dergelijke klachten operationeel ingezet worden, dient hier een zorgvuldige afweging aan ten grondslag te liggen.

Aangemelde politiemedewerkers rapporteerden een indrukwekkende rij van veel verschillende ingrijpende werkervaringen, die (levens) bedreigend waren of een confrontatie met leed of intens verdriet inhielden. Omgaan met een psychisch gestoord individu, rel- of menig-tebeheersing, verkeersongevallen en lijkvindingen zijn hiervan veelvoorkomende voorbeelden.

#### *Welke diagnoses werden gesteld bij gebruikers van de politiepoli?*

Bij 12,1% werd geen diagnose gesteld: de klachten waren niet voldoende om een psychische stoornis vast te stellen. Een kwart van de doorverwezen politiemedewerkers had andere problematiek dan PTSS. Bij 58,8% van de politiemedewerkers was PTSS de hoofddiagnose. PTSS werd vaker vastgesteld bij politiemedewerkers jonger dan 35 jaar en politiemedewerkers die iets hadden meegemaakt waarbij zij in direct levensgevaar waren geweest. Relatief veel doorverwezen politiemensen bleek dus een andere stoornis dan PTSS te hebben, of een andere stoornis stond op de voorgrond. Bij 98,7% van de aangemelde politiemedewerkers vermoedde de bedrijfsarts echter dat sprake was van PTSS. Dit beeld blijkt dus redelijk vaak niet te kloppen.

Bij 43% van de politiemedewerkers was sprake van meerdere diagnoses en opvallend vaak kwam depressie voor. Deze, althans bij de politiepoli, toenemende complexe problematiek verdient aandacht. Is er sprake van een toenemende belasting van politiemensen? Of heeft de groeiende bekendheid van de politiepoli tot gevolg dat met name bij complexe pro-

blematiek wordt doorverwezen? Een landelijk systematische registratie van diagnostiek en behandeling zou hier in de toekomst meer duidelijkheid in kunnen geven.

Bovenstaande psychische stoornissen houden een aanzienlijke beperking in van de geschiktheid voor het politiewerk<sup>12</sup> en vormen daarmee een veiligheidsrisico voor de politieorganisatie. Hetzelfde geldt voor medicijngebruik. Opvallend veel politiemensen (36,2%) gebruikten medicijnen, vooral medicatie voor psychische klachten (21% antidepressiva, 20% benzodiazepinen). Dit zijn stoffen die veelal bijwerkingen hebben en belangrijke functies kunnen beïnvloeden, zoals rijvaardigheid maar ook concentratievermogen en oordeelsvorming. Dit is potentieel risicovol in operationele context. Aangezien 29% van de politiemedewerkers bij aanmelding nog executief werkzaam was, vormt dit een serieus veiligheidsvraagstuk voor de organisatie.

#### *Wat heeft de behandeling opgeleverd?*

Na behandeling had 96% van de politiemedewerkers niet langer de diagnose (partiële) PTSS en in totaal was 84% van de politiemedewerkers helemaal diagnosevrij. Dit is in verhouding tot de reguliere GZZ behandeling een hoog succespercentage. Maar diagnosevrij betekent nog niet klachtenvrij: na behandeling rapporteerde 50% nog enkele restklachten en 8,6% veel klachten. Concentratieproblemen werden het meeste genoemd. Restklachten kwamen vaker voor bij politiemedewerkers met een niet-executieve functie, oudere politiemedewerkers, meer ervaren politiemedewerkers en bij hen die eerder in behandeling waren geweest. Politiemedewerkers met veel last van vermijding reageerden eveneens minder goed op de behandeling.

Opmerkelijk is dat de helft van de aangemelde politiemensen elders eerder in behandeling is geweest en dat dit zelfs in 40% een traumaspecifieke behandeling betrof. Behandeling blijkt minder goed aan te slaan bij deze groep van eerder behandelde politiemensen, zij hebben gemiddeld meer last van restklachten. Overigens betrof slechts 3,6% van deze eerder behandelde politiemedewerkers een heraanmelding bij de politiepoli.

<sup>12</sup> Gersons, B. P. R., Burger, N. R. R. (2012). Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie. Diemen: Arq Psychotrauma Expertgroep.

Driekwart van de politiemedewerkers wilde weer terug naar hun executieve functie. In hoeverre restklachten effect hebben op de werkhervatting, is onduidelijk. In ieder geval heeft één op de zes politiemedewerkers na behandeling nog last van concentratieproblemen. Tijdens de re-integratie zal met deze restklachten rekening gehouden moeten worden. Begeleiding terug naar werk betreft zorgvuldig maatwerk en vraagt tijd. Net als bij een fysieke blessure.

Tijdens de outtake was het percentage medewerkers dat executief werkte meer dan verdubbeld ten opzicht van de intake (gemiddeld 44 weken eerder): van 29% naar 65%. Of dit percentage na de outtake nog verder toeneemt, is niet met zekerheid te zeggen. Bij de outtake gaf 60% aan dat hun functie op korte termijn gaat veranderen, soms als gevolg van een langzame terugkeer tijdens de re-integratie. Maar voor sommigen gold dat zij (verplicht) de organisatie gingen verlaten, of reeds verlaten hadden. Er lijken verschillen te bestaan tussen politiemedewerkers in termen van re-integratie en toekomstperspectief na behandeling van PTSS.

### *Verschuivingen in de tijd*

In de 16 jaar dat de politiepoli bestaat, hebben enkele verschuivingen plaats gevonden. Ten eerste is door de jaren heen het aantal aanmeldingen gestaag toegenomen. Verder is de samenstelling van aangemelde politiemedewerkers verschoven van jonge politiemedewerkers naar jonge en oudere politiemedewerkers en steeds meer politiemedewerkers meldden zich met een niet-executieve functie (niet samenhangend met leeftijd). Na 2002 kwamen tevens steeds vaker politiemedewerkers met militaire werkervaring bij de politiepoli. Er werd door de jaren heen vaker werkstress, privé-stress en een combinatie van beide gerapporteerd. Bovendien werd in de beginjaren vaker alleen de diagnose PTSS gesteld. Vanaf 2004 kwam het regelmatig voor dat naast de diagnose PTSS een bijkomende stoornis, zoals een depressie, werd vastgesteld. Steeds vaker werd een depressie als hoofddiagnose gegeven. Het beeld van psychische klachten lijkt in de loop der jaren te zijn verbreed of complexer geworden dan PTSS alleen. Het is niet duidelijk waar deze verschuivingen precies in gelegen zijn. Of het politiewerk een steeds grotere wissel op de politiemedewerkers trekt, valt niet te zeggen op basis van deze gegevens. Waarschijnlijk speelt de toenemende bekend-

heid van de politiepoli ook een rol. Zeker bij complexere problematiek ligt een doorverwijzing naar een inmiddels bekende politiepoli waarschijnlijk steeds meer voor de hand.

## 6.2 Aanbevelingen

In het licht van bovenstaande conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- 1 Hanteer het uitgangspunt van (oorspronkelijke) werkhervatting. Een carrière bij de politie stopt niet met de diagnose PTSS. Wanneer tijdig gesignaleerd en adequaat doorverwezen, is de behandeling vaak zeer succesvol. Cruciaal is een zorgvuldige ondersteuning van de medewerker bij terugkeer na behandeling.
- 2 Maak werk van re-integratie (zie aanbeveling 1.4 uit de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie<sup>13</sup>). Een grote meerderheid wil terugkeren naar het oorspronkelijke werk. Hoe kan dat op een gezonde manier? Dit is maatwerk en vraagt afstemming tussen medewerker, leidinggevende, zorgregisseur en bedrijfsarts. Let op gebruik van medicatie en houd rekening met restklachten, één op de zes politiemensen heeft na behandeling nog problemen met concentratie.
- 3 Hef het verschil op tussen werkgebonden en niet-werkgebonden PTSS bij het aanbieden van psychische zorg via de politie (zie aanbeveling 3 van de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie<sup>13</sup>). In slechts 10% van de gevallen is een (kern)trauma uitsluitend privé-gerelateerd. Dit geldt voor alle aangemelde politiemedewerkers (en dus alle gevonden psychische stoornissen). De beslommingen die gepaard gaan met het uitzoeken van de werkgebondenheid kosten waarschijnlijk meer dan de behandeling van deze personen. Bovendien is psychische problematiek bij medewerkers per definitie risicovol en dus van belang voor de politie, ongeacht waar deze haar oorsprong vindt.

<sup>13</sup> Gersons, B. P. R., Burger, N. R. R. (2012). Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie. Diemen: Arq Psychotrauma Expertgroep.

- 4 Politiewerk brengt mentale gezondheidsrisico's met zich mee: stimuleer bij medewerkers en leidinggevenden bewustwording van deze mentale uitdagingen, de bijbehorende risico's en het alert zijn op signalen. Dit geldt ook voor ervaren politiemensen, die wellicht denken overal tegen te kunnen en alles al gezien te hebben.
- 5 Verhelder de rol van sleutelfiguren en meer specifiek de regisseur van het zorgproces (zie aanbeveling 7 uit de Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie<sup>3</sup>), ook om aan de slag te kunnen met de voorliggende aanbevelingen.
- 6 Ontwikkel eenduidige (kwaliteits)criteria voor adequate diagnostiek en doorverwijzing naar bewezen effectieve behandeling van PTSS. Doorverwijzers dienen goed op de hoogte te zijn van de effecten van ingrijpende omstandigheden (bijv. levensbedreiging), veelvoorkomende comorbiditeit (meerdere diagnoses) en belasting van specifieke groepen, zoals jonge executieve medewerkers.
- 7 Ontwikkel een landelijk eenduidige intake en registratie, van diagnose tot en met re-integratie, zodat aanvullend onderzoek mogelijk wordt. Veel resterende vragen over vóórkomen en behandeling van PTSS en kwetsbaarheid van groepen kunnen daarmee beantwoord worden.

# Referenties



## Referenties

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
- Bemstein EM & Putnam FW. *Development, reliability and validity of a dissociation scale*. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 727-735.
- Bouman TK & De Ruiter C. *De validiteit van de Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R)*. Gedragstherapie 1991; 2: 77-88.
- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS & Keane TM. *The development of a clinician-administered PTSD scale*. J Trauma Stress 1995; 8: 75-90.
- Carlier IVE, Lamberts RD, & Gersons BPR. *Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk: een onderzoek naar de risicofactoren voor verwerkingsproblemen en het effect van een behandelingsprogramma bij politiemensen met een verwerkingsstoornis*. Arnhem/Antwerpen, Gouda Quint/Kluwer Rechts-wetenschappen, 1994.
- Carlier, I.V.E. e.a. (1998). *Herbelevingen en comorbide PTSS bij depressieve patiënten*. Intern rapport, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam. Vakgroep Psychiatrie, Psychotraumagroep.
- Davidson JTR, Smith R, Kudler HS. *Validity and reliability of the DSM-III criteria for post-traumatic stress disorder: Experience with a structured interview*. J Nerv Ment Dis 1989; 177: 336-341.
- De Vries GJ, Olff M. *The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands*. J Trauma Stress 2009; 22:259-67.
- DSP – groep (2011). *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak*.
- Evers A, Frima RM & Vliet-Mulder JC. *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers, 2009.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders Self-Report*. American Psychiatric Association, 1997.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed)*. Guilford Press, 2008.
- Gersons BPR. *Patterns of PTSD among police officers following shooting incidents: A two-dimensional model and treatment implications*. J Trauma Stress 1989; 2: 247-257.
- Gersons BPR. *Intensieve behandeling van de posttraumatische stressstoornis: ervaringen bij politiemensen*. Tijdschrift voor Psychiatrie 1991; 33: 244-261.

- Gersons, BPR, Burger, N. R. R. (2012). *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie*. Diemen: Arq Psycho-trauma Expertgroep.
- Hylar SE, Lyons M, Rieder RO, Young L, Williams JB & Spitzer RL. *The factor structure of self-report DSM-III axis II symptoms and their relationship to clinicians' ratings*. Am J Psychiatr, 1990; 147: 751-757.
- Hylar SE. *PDQ-4 and PDQ-4+ instructions for use*. New York: New York State Psychiatric Institute, 1994.
- Lindauer RJL, Gersons BPR, van Meijel EPM, Blom K, Carliers IVE, Vrijlandt I, Olff M. *Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial*. J Trauma Stress 2005; 18: 205-212.
- Nijdam MJ, Gersons BPR, Reitsma JB, De Jongh A & Olff M. *Brief Eclectic Psychotherapy versus eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial*. Br J Psychiatry 2012; 200: 224-231.
- Seidler GH, Wagner FE. *Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioural therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study*. Psychol Med 2006; 36: 1515-22.
- Sno HN. *Meetinstrumenten bij dissociatieve stoornissen*. Tijdschrift voor Psychiatr 2004; 46: 697-700.
- Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. *The Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID): Part II: multisite test-retest reliability*. Arch Gen Psychiatr 1992; 49: 630-636.

## **Bijlage 1**

# PTSS volgens DSM-IV

# 1

## Bijlage 1

### PTSS volgens DSM-IV

- A. *Betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij het volgende van toepassing is:*
1. Betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich mee bracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkenen of van anderen.
  2. Tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B. *De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op een (of meer) van de volgende manieren:*
1. Recidiverende en zich opdringende herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen
  2. Recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis
  3. Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaats vindt
  4. Intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of er op lijken
  5. Fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of er op lijken

*C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit:*

1. Pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
2. Pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
3. Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
4. Duidelijk verminderde belangstelling voor deelneming aan belangrijke activiteiten
5. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
6. Beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
7. Gevoel van een beperkte toekomst te hebben

*D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid:*

1. Moeite met inslapen of doorslapen
2. Prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen
3. Moeite met concentreren
4. Overmatige waakzaamheid
5. Overdreven schrikreacties

## **Bijlage 2**

# Afgenomen vragenlijsten

# 2

## Bijlage 2

### Afgenomen vragenlijsten

#### *Achtergrondgegevens:*

- Algemeen screeningsformulier bij intake. De psychodiagnostisch medewerker neemt deze vragenlijst bij de politiemedewerkers af om kwalitatieve gegevens over de persoonlijke achtergrond, zoals burgerlijke staat en het aantal kinderen en werkervaring, zoals huidige functie, dienstverband, korps, aantal ervaringsjaren, de aard van de functie, tevredenheid over huidige functie, ziekmelding, stressoren op de werkvloer of in het privéleven, te verzamelen. De vragenlijst is ontwikkeld door de politiepoli.

#### *Traumageschiedenis en lichamelijke en psychische klachten:*

- VSE: Vragenlijst Schokkende Ervaringen (Carlier et al., 1998). Met deze vragenlijst worden de traumatische ervaringen in het privéleven van de politiemedewerkers uitgevraagd door de psychodiagnostisch medewerker. De vragenlijst somt 22 schokkende gebeurtenissen op die men mogelijk meegemaakt kan hebben waarbij de mogelijke invloed hiervan op het leven wordt uitgevraagd. Per gebeurtenis wordt gevraagd of men deze wel of niet heeft meegemaakt. Bij een positief antwoord wordt gevraagd wat er precies gebeurd is, wanneer, hoe vaak, hoe lang het duurde en of men dacht dood te gaan. Ook wordt de negatieve invloed op het leven uitgevraagd op een 5-puntsschaal van 'geen' tot 'erg veel'. Door middel van de som van het aantal meemaakte schokkende gebeurtenissen, kan gekeken worden wat een politiemedewerker in zijn of haar privé leven meegemaakt heeft.
- PLES: Police Life Event Scale (Carlier et al., 1994). Door middel van deze zelfinvulvragenlijst worden een veertigtal traumatische werkervaringen in kaart gebracht, bijvoorbeeld persoonlijke betrok-

kenheid bij een schietincident. Per gebeurtenis kan aangekruist worden of men deze wel of niet heeft meegemaakt tijdens werk. Bij een positief antwoord wordt gevraagd naar het aantal keer, het jaartal en de negatieve invloed op het leven (op een schaal van 'geen' tot 'erg veel').

- ADIS-R (Di Nardo & Barlow, 1988; De Ruiter, 1989). Het Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised werd in de periode tussen 1997-1998 afgenomen om overige DSM diagnosen op de As-I vast te stellen. Dit betrof zowel de huidige toestand als de toestand in het verleden. Uit onderzoek blijkt dat de ADIS-R een betrouwbaar meetinstrument is, dat wil zeggen dat herhaald gebruik telkens hetzelfde resultaat zal opleveren (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1994).
- SCID-I/P: Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axis I (First et al., 1997). Dit klinisch diagnostisch interview wordt door de psychodiagnostisch medewerker afgenomen om DSM-IV-psycho-pathologie op As-I vast te stellen. De vragen die betrekking hebben op de criteria van het betreffende klinische stoornis, zoals bijvoorbeeld angst of stemmingsstoornis worden gescoord van 1 tot 3 op aanwezigheid van het symptoom of een vraagteken voor ontbrekende of onduidelijke informatie. Aan het eind van het interview worden de scores opgeteld voor de uiteindelijke classificatie. De SCID-I kan in het algemeen in één tot anderhalf uur worden afgenomen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is voldoende (Williams et al., 1992).
- Gestructureerd interview voor de diagnose PTSS (Davidson et al., 1989; NL vertaling en bewerking door Carlier, 1990). Het gestructureerd diagnostisch interview be vraagt gedetailleerd de 17 PTSS-symptomen volgens de DSM-IV. Voor de diagnose PTSS zijn zowel het aantal als de intensiteit van de symptomen van belang om te voldoen aan de diagnose PTSS. Men dient aan minimaal 1 symptoom van het herbelevingscluster, minimaal 3 symptomen van het vermijdingscluster en minimaal 2 symptomen van het hyperactivatiecluster te voldoen. De betrouwbaarheid van zowel de afzonderlijke items als de symptoomclusters is hoog bevonden (Carlier,



Lamberts, & Gersons, 1994).

- CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1998). De CAPS wordt beschouwd als de gouden standaard om een PTSS diagnose te stellen (CAPS; Blake et al., 1995). Het is een 30 items tellend interview dat overeenkomt met de DSM-IV criteria voor PTSS. De CAPS kan gebruikt worden om een huidige of lifetime diagnose te stellen of om symptomen over de afgelopen week te bepalen. De totaalscore wordt berekend door de frequentie en intensiteit (beide van 0 tot 4) van herbelevings-, vermijdings- en hyperarousalsymptomen op te tellen. De interne consistentie van de Nederlandse vertaling is goed tot uitstekend met alpha's van .63 voor herbeleving, .78 voor vermijding, .79 voor hyperarousal en .89 voor alle 17 kernsymptomen van PTSS (Hovens et al., 1994). Dit meetinstrument heeft rond 2008 het gestructureerd PTSS interview (Davidson et al., 1989; NL vertaling en bewerking door Carlier, 1990) vervangen.
- PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire Revised; Hyler et al., 1990; vertaling Dingemans). De PDQ-R is een zelfinvulvragenlijst en bestaat uit 155 vragen. De politiemedewerker dient aan te geven of de vraag van toepassing is op de laatste paar jaren door de vraag te beantwoorden met juist (score 0) of onjuist (score 1). De PDQ-R is goed in staat om mogelijk aanwezige persoonlijkheidsstoornissen te screenen, dit betekent dat er met de PDQ-R weinig persoonlijkheidsstoornissen worden gemist, daarentegen kan de vragenlijst wel vaker een 'positieve uitkomst' geven, en zo ten onrechte op een persoonlijkheidsstoornis wijzen.
- PDQ-4+: Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (Hyler, 1994). Deze vragenlijst met 99 items wordt door de politiemedewerker zelf ingevuld om aanwijzingen voor een mogelijke persoonlijkheidsstoornis vast te stellen. De vragen kunnen met juist (score 0) of onjuist (score 1) beantwoord worden. Er is geen informatie over de betrouwbaarheid en de validiteit van de vragenlijst. De PDQ-4+ is in 1999 in de plaats gekomen van de PDQ-R (Hyler et al., 1990) die in de periode 1997 t/m 1999 werd afgenomen bij de politiemedewerkers.

- Inlichtingenformulier Gezondheid (Rijks Bedrijfsgezondheids- en Bedrijfsveiligheidsdienst, aangepast door Carlier, Lamberts en Gersons, 1994). Om de lichamelijke gezondheid en eventueel medicijngebruik vast te stellen wordt tijdens de intake een vragenlijst bestaande uit 80 items voor mannen en 84 items voor vrouwen met betrekking tot de algemene gezondheidstoestand ingevuld door de politiemedewerker. Op basis van deze informatie kon worden overwogen alsnog een lichamenlijk onderzoek uit te voeren op het AMC, of bijvoorbeeld informatie bij huisarts en/of specialist op te vragen over een politiemedewerker. Een voorbeeldvraag is of men zich gezond voelt, waarbij ja of nee omcirkeld kan worden en eventuele bijzonderheden opgeschreven kunnen worden.
- DES-II: Dissociative Experiences Scale-II (Bernstein, 1986). Deze zelfinvulvragenlijst bestaat uit 28 items die op een schaal van 0% tot 100% omcirkeld moeten worden. Een voorbeeldvraag is: "Sommige mensen realiseren zich soms ineens, als ze autorijden of ergens naartoe onderweg zijn, dat ze niet meer precies weten wat er onderweg gebeurd is." De totaalscore bestaat uit de som van de percentages voor alle vragen gedeeld door het aantal vragen. De cutoffscore voor een dissociatieve stoornis is 25, dat wil zeggen dat patiënten met een score op de DES van 25 of meer een grotere kans hebben op het bestaan van een dissociatieve stoornis. De validiteit en betrouwbaarheid van de DES-II is door verschillende onderzoeken bevestigd (Sno, 2004).
- PES-28 (Kleijn & Mook, 1992). Enkel op indicatie van een psychiater wordt deze vragenlijst afgenomen om dissociatieve stoornissen in kaart te brengen. Tot 2009 gebeurde dit door middel van de DES-II: Dissociative Experiences Scale-II (Bernstein, 1986).
- UBOS: Utrechtse Burn Out Schaal (Schaufeli, 2000). De UBOS is een zelfinvulvragenlijst bestaande uit 16 items welke op een schaal van 0 (nooit) tot 6 (dagelijks) werkbeleving uitvragen. De vragenlijst wordt gescoord op drie verschillende schalen, te weten: de uitputtingsschaal, de distantieschaal en de competentieschaal. Voor elke schaal wordt een eigen score berekend door de som te delen door het aantal items van de schaal. Bij een hoge score op de

U-schaal, een hoge score op de D-schaal en een lage score op de C-schaal kan de diagnose burn-out vastgesteld worden. De test-hertest betrouwbaarheid is hoog. De convergente en discriminante validiteit worden bevestigd in relatie met andere indicatoren voor vermoeidheid of andere indicatoren voor organisatie betrokkenheid en arbeidssatisfactie en de interne consistentie van de Nederlandse vertaling is goed (Brenninkmeijer et al., 2003). Enkel op indicatie van een psychiater wordt deze vragenlijst afgenomen om een burn-out vast te stellen.

- Hamilton Depression Rating Scale vragenlijst (Hamilton, 1960). De HDRS is een vragenlijst die de ernst van een depressie meet. De HDRS is een vragenlijst met 21 items, optelling van de eerste 17 items geeft een maat voor de ernst van een al vastgestelde depressie, de overige vier items dienen voor andere doelen (onder andere voor het vaststellen van het type depressie). Er wordt gescoord over de afgelopen week. Score van de eerste 17 items: mild = 10 - 13; mild tot matig = 14-17; >17 = matig tot ernstig. Enkel op indicatie van een psychiater wordt deze vragenlijst afgenomen om ernst van depressie vast te stellen. De betrouwbaarheid en begripsvaliditeit werden door de beoordeeld door de COTAN (2009) als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding, de normen en de criteriumvaliditeit zijn als onvoldoende beoordeeld.
- Vragenlijst Rouw (Prigerson et al., 1995). De zelfinvulvragenlijst bestaande uit 19 items welke op een 5 puntsschaal van 'nooit' tot 'altijd' ingevuld kunnen worden. Een voorbeeldvraag is: "Ik denk zo vaak aan deze overleden persoon dat het moeilijk voor me is om de dingen te doen die ik normaal doe." De score per vraag (waarbij nooit 0 is, etc.) wordt bij elkaar opgeteld en door de som van het totaal aantal vragen gedeeld. Bij een score van 25 of hoger kan de diagnose gecompliceerde rouw gesteld worden. De onvertaalde vragenlijst heeft een hoge interne consistentie, deze gegevens zijn onbekend voor de Nederlandse vertaling. Enkel op indicatie van een psychiater wordt deze vragenlijst afgenomen om gecompliceerde rouw vast te stellen.

*Uitkomsten van behandeling:*

- Outtake formulier. De psychodiagnostisch medewerker neemt deze vragenlijst bij de politiemedewerkers af om kwalitatieve gegevens te verzamelen over de inhoud van de traumabehandeling, de tevredenheid over de behandeling, de subjectieve klachtenbeleving en een mogelijke verandering van huidige functie bij de politie. De vragenlijst is ontwikkeld door de politiepoli.

## **Bijlage 3**

# Overzicht kerntraumatische gebeurtenissen

## 3

## Bijlage 3

## Overzicht kerntraumatische gebeurtenissen

N=967	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<b>Werkgebeurtenis(sen):</b>						
Bedreigende ervaringen	221	(31,1)	88	(31,3)	309	(31,2)
Confrontatie met geweld tijdens uitoefening politiewerk	40	(5,6)	16	(5,7)	56	(5,6)
Bedreiging (Ernstig) ongeluk dienstauto/-motor/ -helikopter	25	(3,7)	13	(4,6)	38	(3,8)
Mishandeling	17	(2,4)	9	(3,2)	26	(2,5)
Arrestatie met geweld	11	(1,6)	10	(3,5)	21	(2,1)
Brand/explosie	13	(2,0)	5	(1,8)	18	(1,8)
Tijdens politiewerk geschoten op dader	13	(2,0)	4	(1,4)	17	(1,7)
In vuurlinie gestaan tijdens werking	14	(2,1)	3	(1,1)	17	(1,7)
Bedreiging en gevecht met menigte tijdens werk	13	(2,0)	2	(0,7)	15	(1,6)
Achtervolging gewapende verdachte waarbij (waarschuwings-)schoten afgevuurd zijn	10	(1,5)	2	(0,7)	12	(1,2)
Schietincident	8	(1,2)	3	(1,1)	11	(1,1)
Met opzet overreden/aangereden door mobilist	8	(1,2)	2	(0,8)	10	(1,0)
Worsteling met gewapende dader	6	(0,9)	3	(1,1)	9	(0,9)
Ingezet tijdens rellen	5	(0,7)	2	(0,7)	7	(0,7)
Neergestoken	4	(0,6)	3	(1,1)	7	(0,7)
Bedreigd met vuurwapen	6	(0,8)	0	(0,0)	6	(0,6)
Bedreigd met messen	5	(0,7)	1	(0,4)	6	(0,6)
Bloed op bloed contact met HIV positief bloed	3	(0,4)	3	(1,1)	6	(0,6)
Achtervolging gewapende verdachte	4	(0,5)	0	(0,0)	4	(0,4)
Beschoten na moord op Van Gogh	2	(0,3)	2	(0,7)	4	(0,4)
Achtervolging en/of bedreiging in politiewerk	3	(0,4)	0	(0,0)	3	(0,3)
Feyenoordrellen 1999	2	(0,3)	1	(0,4)	3	(0,3)
Beschoten	1	(0,1)	2	(0,7)	3	(0,3)
Gijzeling	3	(0,4)	0	(0,0)	3	(0,3)
Ernstig letsel a.g.v. dienstongeval	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,2)
Infiltrant	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Bedreigd door gewapende verdachte	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)

N=967	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Familie onder beveiliging gezet na bedreiging arrestant	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Geconfronteerd met psychisch gestoord individu	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
<i>Confronterende ervaringen (lijden of intens verdriet)</i>	<i>202</i>	<i>(28,0)</i>	<i>85</i>	<i>(30,3)</i>	<i>287</i>	<i>(29,3)</i>
Verkeersongeluk waarbij perso(o)n(en) overleden	32	(4,4)	11	(3,9)	43	(4,4)
Vinden van een lijk na zelfmoord	27	(4,0)	13	(4,6)	40	(4,1)
Betrokken bij (mislukte) reanimatie	18	(2,6)	9	(3,2)	27	(2,8)
Verkeersongeluk waarbij kind(eren) overleden	15	(2,2)	5	(1,8)	20	(2,1)
Vinden van een lijk	14	(2,1)	5	(1,8)	19	(1,8)
Incident waarbij kinderen waren betrokken/overleden	13	(1,9)	3	(1,1)	16	(1,6)
Collega(s) omgekomen als gevolg van politieoptreden	9	(1,4)	5	(1,8)	14	(1,4)
Problemen/ onenigheid met leidinggevende	7	(1,0)	4	(1,4)	11	(1,1)
Verkeersongeluk waarbij niemand overleden	8	(1,2)	2	(0,7)	10	(1,0)
Persoon overleden a.g.v. politieactie	8	(1,2)	0	(0,0)	8	(0,8)
Aanwezig bij/meegewerkt aan sectie op lijk	5	(0,7)	3	(1,1)	8	(0,8)
Moordzaak	2	(0,3)	5	(1,8)	7	(0,7)
Ouders opgevangen na overlijden kind	3	(0,4)	3	(1,1)	6	(0,6)
Betrokken bij rampen	3	(0,4)	1	(0,4)	4	(0,4)
(Mislukte) reanimatie van collega	5	(0,7)	0	(0,0)	5	(0,5)
Vuurwerkramp Enschede	2	(0,3)	3	(1,1)	5	(0,5)
Beschuldigd van mishandeling	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,4)
Persoon aangetroffen na zelfmoordpoging	1	(0,1)	3	(1,1)	4	(0,4)
Schorsing of ontslag	3	(0,4)	0	(0,0)	3	(0,3)
Aangifte door verdachte met rechtszaak tot gevolg	2	(0,3)	0	(0,0)	3	(0,3)
Arrestant tijdens politieactie in levensgevaarlijke situatie	2	(0,2)	2	(0,7)	3	(0,3)
Binnen korps verdacht van drugshandel	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Gezinsmoord aangetroffen	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Gebeten door politiehond	1	(0,1)	1	(0,4)	2	(0,2)
Cafébranden Volendam	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Herculesramp	0	(0,0)	2	(0,7)	2	(0,2)
Bijlmerramp	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Aanslag Koninklijke Familie 2009	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Schietincident Alphen aan den Rijn	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Rellen strandfeest Hoek van Holland	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Diensthond aangereiden en laten inslapen	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Intimidatie door leidinggevende	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Aangifte opnemen naaste familie vermist persoon	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,1)

N=967	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aangerand door collega	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,1)
Kinderen opgevangen na overlijden ouder(s)	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,1)
Politieoptreden bij trieste sociale omstandigheden	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Bewerken aangrijpend beeldmateriaal	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Onderhandeld met gijzelnemer tijdens gijzeling	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Klokkenluider bij corruptie in korps	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Savanna zaak	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,1)
Kindermoord Hoofddorp 1997	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Combinatie van gebeurtenis(sen) in werk en privéleven:	61	(9,0)	16	(5,7)	77	(8,0)
Door iemand beschoten in privé-tijd n.a.v. politiewerk	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Suicide van collega politieagent	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Collega vermoordt persoon met dienstwapen	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,1)
Onder werk eigen kind naar EHBO gebracht	0	(0,0)	1	(0,4)	1	(0,1)
Opeenstapeling van incidenten tijdens politiewerk	92	(13,5)	25	(8,9)	117	(12,2)
Geen (kern)trauma	30	(4,4)	10	(3,5)	40	(4,2)
Geïsoleerd trauma***	195	(28,8)	115	(41,2%)	310	(32,5)
Meemaken van een 'trigger' met betrekking tot trauma	82	(12,1)	45	(16,2%)	127	(13,3)
<b>Privé-gebeurtenis(sen):</b>						
<i>Directe bedreiging:</i>	28	(4,1)	27	(9,6)	55	(5,9)
Militaire uitzending	17	(2,5)	0	(0,0)	17	(1,8)
(poging tot) verkrachting	1	(0,1)	6	(2,1)	7	(0,7)
Aanranding	3	(0,4)	4	(1,4)	7	(0,7)
Langdurig seksueel misbruik	2	(0,3)	4	(1,4)	6	(0,6)
Lichamelijk en geestelijk mishandeld in jeugd	1	(0,1)	5	(1,8)	6	(0,6)
Plotselinge ziekenhuisopname, angst voor dood	1	(0,2)	2	(0,7)	3	(0,3)
Slachtoffer huiselijk geweld	0	(0,0)	2	(0,7)	2	(0,2)
Privé ingegrepen bij geweld	0	(0,0)	2	(0,7)	2	(0,2)
Beschoten in privé-context	0	(0,0)	2	(0,7)	2	(0,2)
Verkeersongeluk	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Bedreigd met wapen	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
<i>Confrontatie met lijden of intens verdriet:</i>	23	(3,3)	11	(3,8)	34	(3,6)
Naaste verloren door ongeval/ kortdurende ziekte	14	(2,0)	8	(2,7)	21	(2,3)



N=967	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Suicide (poging) naaste	3	(0,4)	1	(0,4)	4	(0,4)
Miskraam/kind bij geboorte overleden	2	(0,3)	1	(0,4)	3	(0,3)
Naaste verloren na lang ziekbed	2	(0,3)	0	(0,0)	2	(0,2)
Oorlogsvluchteling	1	(0,1)	1	(0,4)	2	(0,2)
Plotseling overlijden onbekende	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
Opeenstapeling van incidenten in privéleven	6	(0,9)	7	(2,5)	13	(1,4)

\* p < .05 (betekent significant verschil tussen mannen en vrouwen)    \*\* p < .01    \*\*\* p < .001

*Uitgave*

**Politieacademie**

*ISBN*

**9789079149605**

*Datum*

**mei 2013**

*Oplage*

**300 exemplaren**

*Productiebegeleiding:*

**Communicatie & Marketing Politieacademie**

*Fotografie*

**Flickr, Hollandse Hoogte, Beeldbank Nationale Politie  
Beeldbewerking: Mixed Media, Bussum**

*Vormgeving*

**Bureau Xtens, Apeldoorn**

*Drukwerk*

**TotDruk Apeldoorn**

*Voor vragen of reacties:*

**[annika.smit@politieacademie.nl](mailto:annika.smit@politieacademie.nl)**

©2013 POLITIEACADEMIE

BEHOUDENS DE DOOR DE WET GESTELDE UITZONDERINGEN  
MAG NIETS UIT DEZE UITGAVE WORDEN VERVEELVONDIGD EN/OF  
OPENBAAR GEMAAKT ZONDER SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE  
POLITIEACADEMIE, DIE DAARTOE DOOR DE AUTEURS MET UITSLUITING  
VAN IEDER ANDER ONHERROEPELIJK IS GEMACHTIGD.

Sinds de oprichting in 1995 zijn meer dan 1000 politiemensen met mogelijke PTSS aangemeld voor uitgebreide diagnostiek en behandelindicatie bij de politiepoli. Dit beschrijvende dossieronderzoek betreft alle dossiers die in november 2012 beschikbaar waren voor data-analyse: in totaal 967.

De analyse biedt relevante inzichten over PTSS bij de politie. Op basis hiervan worden concrete aanbevelingen gedaan voor leidinggevend en het HRM-beleid van de politieorganisatie. De aanbevelingen hebben betrekking op strategische thema's binnen de politie zoals goed werkgeverschap, vakmanschap en weerbaarheid.



13-043