

Vergaderjaar 2013–2014

**29 628**

**Politie**

**Nr. 437**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 maart 2014

Naar aanleiding van vragen die aan mij zijn gesteld in het vragenuur van afgelopen dinsdag 18 februari 2014 over PTSS (Handelingen II 2013/14, nr. 55, mondelinge vragen van het lid Kooiman over het bericht dat er meer politieagenten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) zijn dan gedacht), informeer ik u hierbij nader over de aanpak van PTSS bij de politie. Ik ga daarbij achtereenvolgens in op de omvang van klachten, de werking van de commissie, de inrichting van de mentale zorglijn als onderdeel van Veilig en Gezond Werken (VGW) bij de Nationale Politie, en de reactie op het advies de <sup>1</sup>Blauwdruk van professor Gersons (Kamerstuk 29 628, nr.366).

De (voormalige) politiekorpsen zijn in het verleden niet goed omgegaan met politiemedewerkers die PTSS opliepen. Het ontbreken van de benodigde aandacht voor politiemedewerkers met PTSS heeft voor sommigen van hen betreurenswaardige gevolgen gekregen. Van die les heeft de politie geleerd. Iedereen mag erop vertrouwen, dat de politie elk PTSS-sigitaal serieus neemt.

Voor mij is het belangrijkste dat er geen medewerkers rond blijven lopen met PTSS of met PTSS-achtige klachten. Dat vraagt maatregelen op zowel preventief als curatief niveau. De drempel voor het bespreekbaar maken van psychische problematiek moet zo klein mogelijk zijn. Dit vergt onder andere een open cultuur, kwalitatief hoogstaande zorg en een goede toegankelijkheid van het meldpunt PTSS. Adequate zorg is de eerste prioriteit.

### *Omvang PTSS-klachten*

Als eerste wil ik ingaan op de aantallen en cijfers die regelmatig in de media opduiken. In de media wordt gesuggereerd dat 4000 politieagenten

<sup>1</sup> Advies «Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie» van prof. dr. Berthold P.R. Gersons; december 2012

aan PTSS lijden. Dit zou uit internationaal wetenschappelijk onderzoek blijken. Dit internationale onderzoek is mij niet bekend. Mij is wel bekend dat het hiervoor genoemde advies van Gersons refereert aan onderzoek door het bureau AEF uit 2011. AEF heeft de schatting gemaakt dat in totaal 4500 politiemedewerkers gebruik maken van geestelijke zorg in welke zin dan ook. Dat varieert van hulp door een eerstelijnspsycholoog tot gespecialiseerde hulp van GGZ. Deze cijfers zijn van vergelijkbare grootte, echter betreft het AEF-onderzoek een breder zorggebruik dan uitsluitend vanwege «symptomen van PTSS».

Zelf heb ik via het WODC onderzoek laten doen naar de psychosociale gezondheid van het politiepersoneel in het algemeen. Uit dat onderzoek, <sup>2</sup>«De psychosociale gezondheid van politiepersoneel» (Kamerstuk 29 628, nr. 415), blijkt dat de scores van Nederlandse politiemensen op burn-out, en angst- en depressieklachten niet of nauwelijks afwijken van die van de in het onderzoek benoemde vergelijkingsgroepen.

Daarnaast ben ik bekend met het onderzoek <sup>2</sup>«PTSS bij de politie – een beter beeld. 16 jaar politiepoli, 1.000 gebruikers». Het betreft een dossieronderzoek naar 967 dossiers van politiemedewerkers die zich in de periode van 1995 tot en met 2012 bij de politiepoli van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam hebben gemeld met verschijnselen van PTSS. Uit het dossieronderzoek blijkt dat bij 566 politiemedewerkers de diagnose PTSS is vastgesteld. Van deze groep is 96 procent succesvol behandeld.

De politie houdt er op basis van alle genoemde onderzoeken rekening mee, dat 1500 tot 2500 politiemensen per jaar psychosociale klachten zouden kunnen hebben en moeten worden doorverwezen naar gespecialiseerde poli's ten behoeve van een diagnose. Hieronder kunnen alle vormen van psychosociale klachten vallen zoals depressie, angst en burn-out. De politie houdt er rekening mee dat bij een deel van hen uiteindelijk de diagnose PTSS zal worden gesteld. Zoals eerder aangegeven kunnen deze medewerkers in de meeste gevallen met succes worden behandeld, mits de diagnose tijdig wordt gesteld en de behandeling snel aanvangt.

#### *Commissie PTSS*

De Commissie PTSS beoordeelt momenteel of eerder vastgestelde PTSS-diagnoses werkgerelateerd zijn. Er zijn over de afgelopen jaren 320 dossiers opgebouwd die momenteel in behandeling zijn bij deze commissie.

De commissie PTSS is inmiddels verdubbeld in capaciteit om de aangemelde zaken versneld te kunnen beoordelen. Eind 2014 zal 95% van de 320 aangemelde zaken zijn beoordeeld.

Voor deze beoordeling heeft de commissie inzicht nodig in de dossiers van de medewerkers. Daarvoor wordt de medewerkers gevraagd om een machtiging af te geven aan de commissie. Zonder inzicht in de dossiers kan de werkgeversverantwoordelijkheid voor de beoordeling van beroepsgelateerde PTSS niet worden uitgevoerd.

De medische deskundigen van de commissie zijn BIG- geregistreerd, dit in verband met ervaring op gebied van diagnostiek en behandeling. Voor de

<sup>2</sup> De psychosociale gezondheid van politiepersoneel; universiteit Utrecht; oktober 2013

<sup>2</sup> Onderzoek «PTSS bij de politie – een beter beeld. 16 jaar politiepoli, 1.000 gebruikers.»; Politieacademie, Arq Psychotrauma Expertgroep en Academisch Medisch Centrum; mei 2013

volledigheid geef ik aan dat de commissieleden geheimhoudingsplicht hebben.

### *Inrichting zorglijn en de adviezen uit de Blauwdruk*

De perikelen die de reorganisatie met zich meebrengt, laat onverlet dat politiemensen met wie het niet goed gaat, het verdienen om goed opgevangen en begeleid te worden. Ik zal er samen met de korpschef op toezien dat dat ook gebeurt. Dat geldt ook voor de afhandeling van zaken, nadat PTSS bij een medewerker is erkend als beroepsziekte.

De 17 aanbevelingen uit de Blauwdruk van Professor Gersons zijn afgezet tegen de inrichting van Veilig en Gezond Werken (VGW) bij de politie. Hieruit blijkt dat zowel de Blauwdruk als de inrichting VGW beide beogen voorwaarden te scheppen om de medewerker in staat te stellen gedurende zijn hele loopbaan bij het korps duurzaam inzetbaar te zijn; gezonde politiemedewerkers die effectief en professioneel kunnen handelen. Onderstaand ga ik in op hoe ik de inrichting van de zorglijn zie en hoe ik de aanbevelingen uit de Blauwdruk in de praktijk breng. Volledigheidshalve heb ik in de bijlage de aanbevelingen uit de Blauwdruk weergegeven.

De komst van de Nationale Politie is een kans om voor het eerst een landelijke visie te ontwikkelen gericht op de psychische hulp- en zorgverlening en deze in praktijk te brengen. De ontwikkeling van deze visie en de implementatie daarvan is geborgd door de aanwezige expertise in de directie HRM van de politie en de portefeuillehouder HRM in de korpsleiding. Het maakt voor mij aan de voorkant geen verschil of de oorzaak van de zorgvraag van de medewerker – zowel mentaal als fysiek – in het werk is gelegen of dat deze privé-gerelateerd is.

Bij de inrichting van de zorglijn is gekozen voor een zorgmodel dat een mix kent van interne deskundigheid en extern ingehuurd deskundigheid. De medewerker krijgt via het korps toegang tot de beste zorg.

Binnen iedere eenheid zal een zorgloket worden ingericht in de vorm van een zorgregisseur in een coördinerende rol. De zorgregisseur zoekt bij de zorgvraag de beste interventie. Voor het bepalen van de beste interventie is per eenheid een team beschikbaar waarin de verschillende benodigde kwaliteiten en functionaliteiten zijn belegd. Op eenheidsniveau is een interne Bedrijfsmaatschappelijk Werker (BMW) beschikbaar en een interne bedrijfsarts, waarvan er (gemiddeld) 1 per eenheid in de formatie is opgenomen. Bij psychische klachten werkt de bedrijfsarts samen met de psycholoog. Er zijn voor de behandeling van klachten interne psychologen en externe psychologen beschikbaar. De interne psychologen worden ingezet op diagnostiek en werkzaamheden op het gebied van preventie zoals het geven van voorlichting en het bespreekbaar maken van psychische problematiek. Er is voorzien in 0,5 fte psycholoog per eenheid, dus in totaal 6 fte's bij de politie. Voor de behandeling van de medewerkers door externen worden uitsluitend behandelaars via het korps ingezet, waarmee vaak al langdurige relaties bestaan, zoals de Politiepoli bij het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. Zo borg ik dat er continu volgens de laatste medische inzichten behandeling plaats kan vinden en dat erkende psychologen worden ingezet die kennis hebben opgebouwd van de politiepraktijk. Bovendien maak ik zo de toegankelijkheid tot de psycholoog zo groot mogelijk. De ervaring leert dat medewerkers gemakkelijker naar een externe psycholoog gaan dan naar een interne psycholoog.

Bij ernstige incidenten in de politiepraktijk vindt debriefing plaats om ervaringen te kunnen delen en om te evalueren. Bij de debriefing kan het Team Collegiale Ondersteuning (TCO) worden ingezet. Dit team heette

voorheen het Bedrijfsopvangteam. Dit Team Collegiale Ondersteuning draagt bij aan de eerste ondersteuning van de medewerkers.

De bovengenoemde interne BMW is tevens coördinator Team Collegiale Ondersteuning en heeft tot taak de werkwijze van het team te stroomlijnen en te coördineren en intervisie te geven aan de leden van de teams collegiale ondersteuning. In het plan van VGW is een Korps BMW/coördinator TCO opgenomen die op korpsniveau de uitvoering en afstemming tussen de eenheidscoördinatoren inricht.

Naast het aanbieden van zorg heeft de medewerker zelf de verantwoordelijkheid voor het hebben en behouden van een optimale eigen inzetbaarheid. Daarbij past dat hij zelf de regie neemt bij zijn fysieke en mentale gezondheid en het monitoren daarvan. Een proactieve houding van medewerkers die zelf een duidelijke hulpvraag richting hun leidinggevende stellen, helpt om de klachten tijdig in behandeling te kunnen nemen.

De leidinggevende heeft daarmee ook een belangrijke rol in dit proces. Immers de leidinggevende dient op adequate wijze in gesprek te zijn met degenen die klachten hebben of die mogelijk klachten kunnen krijgen om die medewerkers zo goed mogelijk te kunnen begeleiden. De leidinggevende wordt intensief gecoacht en ondersteund door de arbeidsdeskundige die focust op inzetbaarheid en herkenning van problematieken. De focus hierbij ligt op gedrag. De arbeidsdeskundigen in de eenheden helpen de leidinggevende met de signalering van risico's op uitval en van mogelijke psychische klachten. In totaal zijn 57 (coördinerende) arbeidsdeskundigen in het inrichtingsplan opgenomen. Faciliteiten worden op verzoek van de leidinggevende door de zorgregisseur aangeboden.

Met bovenstaande maatregelen beoog ik dat er voldoende zorg beschikbaar is voor medewerkers met psychische klachten en dat leidinggevendend ondersteund worden in de begeleiding van de medewerkers. Zoals ik in het begin van mijn brief heb aangegeven, vind ik het belangrijkste dat er geen medewerkers rond blijven lopen met PTSS of PTSS-achtige klachten. Daarom wil ik bovengeschetste werkwijze bij de politie zowel kwalitatief als kwantitatief kritisch volgen en periodiek monitoren, met name op het aspect of de maatregelen tot voldoende en adequate behandeling van de medewerkers met psychische klachten leiden.

Aanvullend op de bovenstaande meer organisatorisch gerichte maatregelen is van belang om het ondersteunend instrumentarium rond de inrichting van de zorglijn goed in te richten.

Het ontwikkelen van het instrumentarium om de (psychische) inzetbaarheid van de medewerkers te bevorderen is een onderdeel van het risicomanagement. Er wordt een digitaal Gezondheidsplein ingericht waar medewerkers met vragen over hun welzijn en gezondheid terecht kunnen. In dit Gezondheidsplein worden ook tools rondom psychische zorgklachten opgenomen.

Er komen gevalideerde screeningslijsten en zelfhulptools ter beschikking van de medewerker. Na inwerkingtreding zullen de resultaten hiervan periodiek worden geëvalueerd. Onderzocht zal worden of dit ook leidt tot een tijdige hulpverlening aan de medewerker.

Correcte cijfers over het bestaan van psychische klachten zijn cruciaal voor het goed kunnen volgen van de werking van de zorglijn, om de effectiviteit van het beleid te volgen en de ingezette interventies te

bepalen. Op dit moment mist de VGW-organisatie nog veel gegevens. Een verbeterde registratie van (onder meer) zorgvraag, zorgaanbod en resultaten is voor de inrichting van VGW een harde randvoorwaarde. Met de inrichting van de zorgteams in de eenheden, zal eveneens de registratie ter hand worden genomen zodat over de jaren heen een steeds beter beeld ontstaat over de aard en het type psychosociale klachten van de medewerkers. Dit beeld zal input opleveren voor de verdere beleidsontwikkeling.

Een bewustwordingscampagne zal dit jaar worden gestart om de drempel voor het melden van klachten zo klein mogelijk te maken en te werken aan een goed toegankelijk zorgstelsel.

Zowel in het kader van de vroegsignalering als in het curatieve deel kan het wenselijk zijn om het thuisfront te betrekken bij de aanpak van PTSS. Met betrekking tot de vroegsignalering is al geleerd van de ervaringen die Defensie heeft opgedaan met het betrekken van familieleden. Zo is het 24/7 hulploket bij de politie ook toegankelijk voor familieleden die zich zorgen maken. Zij kunnen het hulploket raadplegen of melding maken van bepaalde signalen.

De wijze waarop het thuisfront betrokken kan worden in de fase dat sprake is van behandeling van klachten, dient zorgvuldig op de mogelijkheden te worden bezien. Om op korte termijn uitsluitel te geven over de mogelijke toepassingen om familieleden te betrekken, organiseert de politie dit voorjaar een expertmeeting.

Met deze principes en actiepunten ben ik van mening dat nu een goede basis wordt gelegd voor de inrichting van Veilig en Gezond Werken bij de politie. Zoals eerder gezegd zal ik de werking hiervan nadrukkelijk periodiek monitoren.

De Minister van Veiligheid en Justitie,  
I.W. Opstelten