

Vervolgonderzoek omtrent de psychosociale gesteldheid van politiepersoneel

Prof. dr. W.B. Schaufeli (Universiteit Utrecht)

en

Prof. dr. T.W. Taris (Universiteit Utrecht)

Samenvatting

In 2013 is in opdracht van het WODC een uitvoerig onderzoek verricht naar de psychosociale gesteldheid van politiepersoneel in Nederland (Van Beek, Taris & Schaufeli, 2013). Daartoe zijn vragenlijstgegevens verzameld bij een steekproef van 1.535 politiemedewerkers (response 41%). Deze politiemedewerkers waren afkomstig uit zes verschillende taakgebieden: (1) Leiding ($n=162$); (2) Handhaving & Noodhulp ($n=308$); (3) Opsporing ($n=445$); (4) Intake & Service ($n=185$); (5) Ondersteuning ($n=250$); en In Opleiding ($n=185$). Alhoewel dit onderzoek veel belangrijke informatie heeft opgeleverd, zijn er ook enkele punten waarop een nadere verdieping gewenst is. Daarover gaat dit vervolgonderzoek.

Vraagstelling

Het onderhavige vervolgonderzoek biedt op drie punten een verdere verdieping van het oorspronkelijke onderzoek. In de eerste plaats is nagegaan in hoeverre de gevonden verschillen in psychosociale gezondheid tussen politieambtenaren en relevante vergelijkingsgroepen, zoals die in het eerdere onderzoek zijn vastgesteld, te maken hebben met verschillen in demografische achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Ten tweede is nagegaan in hoeverre de gevonden verschillen in psychosociale gezondheid tussen politieambtenaren uit de verschillende taakgebieden te maken hebben met verschillen in werkkenmerken en/of demografische kenmerken. En ten derde zijn met het oog op eventueel te nemen maatregelen per taakgebied de meest relevante werkkenmerken voor de psychosociale gezondheid van politieambtenaren geïdentificeerd, daarbij rekening houdend met sociobiografische verschillen.

Deze drie punten van verdere verdieping geven aanleiding tot de onderstaande onderzoeksvragen, die in afzonderlijke deelonderzoeken beantwoord worden:

- 1. Hoe scoort politiepersoneel op psychosociale gezondheid wanneer er (per taakgebied) een onderscheid wordt gemaakt naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau?*
- 2. In hoeverre blijven verschillen in psychosociale gezondheid tussen de taakgebieden bestaan wanneer er gecontroleerd wordt voor werk- en demografische kenmerken afzonderlijk, en voor de combinatie van beide?*
- 3. Wat zijn voor ieder taakgebied de meest relevante werkkenmerken als het gaat om het verbeteren van de psychosociale gezondheid?*

Opzet

Het theoretische kader van het onderzoek werd gevormd door het zogenoemde *Job-Demands Resources* (JD-R) model. Dit model gaat er vanuit dat er twee typen werkkenmerken zijn: (1) spanningsbronnen (*job demands*), oftewel factoren in het werk die inspanning vereisen en (2) energiebronnen (*job resources*), oftewel factoren in het werk die de motivatie bevorderen. Spanningsbronnen, zoals administratieve belasting, taakonduidelijkheid en werk-privé conflict hebben volgens het JD-R model

een negatief effect op de psychosociale gezondheid en energiebronnen, zoals autonomie, afwisseling en sociale steun hebben een positief effect.

Psychosociale gezondheid is een complex begrip en daarom zijn er in het onderzoek verschillende indicatoren opgenomen die verwijzen naar dit begrip: (1) burnout (emotionele uitputting, cynisme); (2) bevlogenheid (vitaliteit, toewijding); (3) depressieve klachten; (4) angstklachten; (5) posttraumatische stressklachten (herbeleven, vermijden); (6) suïcidaliteit (gedachten over de dood, doodswens, suïcide gedachten, suïcidepoging); (7) ervaren gezondheid; (8) overgewicht (Body Mass Index); en (9) zelf-gerapporteerd ziekteverzuim.

Deelonderzoek 1: Psychosociale gezondheid in perspectief

Het eerste deelonderzoek behelst de vergelijking van de psychosociale gezondheid van politiepersoneel met die van de Nederlandse (werkende) bevolking. Voor zover mogelijk is er per indicator van psychosociale gezondheid een onderscheid gemaakt naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau. Er is gebruik gemaakt van betere en meer recente referentiegroepen dan in het eerder uitgevoerde onderzoek. Het gaat daarbij met name om het LISS-panel uit 2013 ($N = 2.253$) van de Universiteit van Tilburg, dat een representatieve afspiegeling vormt van de Nederlandse beroepsbevolking, en de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden van TNO uit 2013 ($N = 23.303$), die representatief is voor de Nederlandse werkende bevolking. Alleen voor burnout en posttraumatische stressklachten kon niet van een alternatieve referentiegroep gebruik worden gemaakt

Het blijkt dat de psychosociale gezondheid van het politiepersoneel over het algemeen goed is in vergelijking met andere Nederlandse werknemers. Zo zijn politieambtenaren aanzienlijk meer bevlogen dan andere Nederlandse werknemers. Bijna de helft van alle politieambtenaren kan als zeer bevlogen worden aangemerkt, tegen slechts 5% van de Nederlandse beroepsbevolking. In dit gunstige beeld past ook dat depressie- en angstklachten minder voorkomen bij politieambtenaren dan bij de Nederlandse beroepsbevolking. Wel denken politieambtenaren veel vaker aan de dood dan andere Nederlanders, maar dat heeft hoogstwaarschijnlijk meer met hun beroepsuitoefening te maken dan met eventuele suïcideneigingen. Het meest in het oog springende negatieve gezondheidsaspect is overgewicht dat 12% meer aanwezig is bij politiepersoneel in vergelijking met andere Nederlandse werknemers (55% versus 43%). Het gaat daarbij overigens om matig overgewicht, ernstig overgewicht (obesitas) komt even vaak bij de politie voor als bij andere Nederlandse werknemers (ongeveer 10%). Politieambtenaren verzuimen naar eigen zeggen wel meer dan de gemiddelde Nederlandse werknemer.

Alhoewel de *man-vrouw verschillen* met betrekking tot psychosociale gezondheid over het algemeen niet heel erg groot zijn, lijkt het er op dat vrouwelijke politieambtenaren wat gezonder zijn dan hun mannelijke collega's. Zo hebben ze

minder last van depressie- en angstklachten, zijn ze minder bezig met suïcide, en hebben ze minder overgewicht dan hun mannelijke collega's. Dat is des te opvallender omdat dit bij andere Nederlandse werknemers precies andersom is. Alleen voor verzuim is het beeld hetzelfde als in de beroepsbevolking; vrouwelijke politieambtenaren verzuimen meer dan hun mannelijke collega's. Er kan slechts worden gespeculeerd waarom vrouwen bij de politie gezonder lijken te zijn dan hun mannelijke collega's. Wellicht is er sprake van een positief selectie-effect waarbij de meest gezonde vrouwen voor een loopbaan bij de politie kiezen, terwijl dit niet voor mannen geldt.

Voor wat betreft *leeftijd* blijkt dat slechts bij twee gezondheidsindicatoren de in de beroepsbevolking aanwezige trend gevolgd wordt: de ervaren gezondheid van politieambtenaren neemt af, terwijl het overgewicht toeneemt naarmate de leeftijd stijgt. Voorts verzuimen jongere politieambtenaren naar eigen zeggen *meer* dan hun oudere collega's, terwijl dit in de werkende bevolking juist andersom is. Dit is opvallend omdat jongere politieambtenaren niet minder gezond zijn – en zich ook niet minder gezond voelen – dan hun oudere collega's.

Ten aanzien van *opleidingsniveau* van politieambtenaren blijkt niet, zoals vaak in de werkende bevolking, dat de gezondheid beter is naarmate het opleidingsniveau stijgt. Dat lijkt alleen zo te zijn voor de ervaren gezondheid, al gaat het daarbij slechts om zeer bescheiden verschillen. De meest in het oog springende bevinding is dat matig overgewicht het meest frequent voorkomt bij politieambtenaren met een lagere opleiding (MAVO/VMBO of MBO).

Politieambtenaren in de *taakgebieden* Leiding en In Opleiding zijn in vergelijking met hun collega's in andere taakgebieden relatief gezond. Dit blijkt met name uit hun zeer hoge scores op bevlogenheid, hun lage scores op angst en depressie en hun geringe ziekteverzuim. Het feit dat de taakgroep Leiding er in gunstige zin uitspringt is wellicht te verklaren door een positief selectie-effect. Het is immers aannemelijk dat de meest energieke en gezonde politieambtenaren worden bevorderd en in een leidinggevende positie terecht komen. Bij de groep In Opleiding gaat het vooral om jonge, enthousiaste politieambtenaren die aan het begin van hun loopbaan staan. De taakgroep Intake & Service is het minst gezond in psychosociaal opzicht. Dat komt niet alleen tot uitdrukking in de relatief geringe ervaren gezondheid in vergelijking met andere taakgroepen, maar ook in relatief hoge depressie- en angstscores, suïcidaliteit en ziekteverzuim.

Geconcludeerd kan worden dat het gunstige beeld dat in het eerdere onderzoek werd opgeroepen ook na het vervolgonderzoek blijft bestaan; de gemiddelde Nederlandse politieambtenaar beschikt over een goede psychosociale gezondheid. Wel zijn er op grond van deelstudie 1 een viertal nuanceringen in dit beeld aan te brengen: (1) vrouwelijke politieambtenaren zijn gezonder dan hun mannelijke collega's; (2) oudere werknemers voelen zich minder gezond en hebben vaker overgewicht dan

hun jongere collega's, maar jongeren verzuimen daarentegen meer dan ouderen; (3) politieambtenaren met een lagere opleiding hebben vaker last van overgewicht dan hun collega's met een hogere opleiding; (4) de politieambtenaren in de taakgebieden Leiding en In Opleiding zijn relatief gezond, terwijl hun collega's in het taakgebied Intake & Service in psychosociaal opzicht relatief ongezond zijn.

Deelonderzoek 2: Psychosociale gezondheid, werk- en demografische kenmerken

Het tweede deelonderzoek behelst de vraag in hoeverre verschillen in psychosociale gezondheid van politieambtenaren uit de diverse taakgebieden te maken hebben met negatieve werkkenmerken (spanningsbronnen), positieve werkkenmerken (energiebronnen) en/of demografische kenmerken.

Over het algemeen levert correctie voor werk- en demografische kenmerken andere resultaten op dan wanneer daar niet voor wordt gecorrigeerd. In de regel neemt het aantal significante verschillen tussen die taakgebieden af. Dat wijst er op dat het gaat om verschillen in psychosociale gezondheid die "eigenlijk" niet bestaan, maar omdat de werk- en/of demografische kenmerken van de taakgebieden verschillen treden die toch op.

Wordt er alleen voor *energiebronnen* gecontroleerd dan daalt het aantal aanvankelijke verschillen tussen taakgebieden aanzienlijk voor *alle* indicatoren van gezondheid. Het meest opvallend is dat het geval voor bevolegenheid, waarbij het aantal verschillen daalt van 7 naar 1. (Let wel, het totale aantal mogelijke verschillen tussen 6 taakgebieden bedraagt 15). Dat betekent dus dat de verschillen voor bevolegenheid – evenals overigens voor burnout, depressieve klachten en ervaren gezondheid – nagenoeg geheel voor rekening komen van verschillen in de mate waarin energiebronnen in de diverse taakgebieden aanwezig zijn. Zijn er meer energiebronnen, dan is er van meer bevolegenheid (en minder burnout, depressieve klachten en ervaren gezondheid) sprake, onafhankelijk van het taakgebied.

Correctie voor *spanningsbronnen* heeft het tegenovergestelde effect; het aantal significante verschillen *neemt toe* ten gevolge van suppressie effecten. Maar omdat dit om een statistisch artefact gaat, dat wil zeggen dat de toename van de verschillen het gevolg zijn van de gebruikte statistische methode. Derhalve is hier verder geen aandacht aan besteed.

Correctie voor *demografische kenmerken* (leeftijd en opleiding) leidt ertoe dat het aantal aanvankelijke verschillen in psychosociale gezondheid tussen taakgebieden afneemt, en wel voor *alle* indicatoren. Angstklachten, suïcidaliteit en overgewicht worden zelfs *helemaal* verklaard door verschillen in leeftijd en opleiding.

Wordt voor *alle* werk- en demografische kenmerken *gelijktijdig* gecontroleerd dan blijft er ofwel geen enkel verschil meer over tussen de taakgebieden (zoals bij

angstklachten, suïcidaliteit en overgewicht), of slechts één enkel verschil (zoals bij bevlogenheid, burnout, depressieve klachten en ervaren gezondheid). Alleen voor posttraumatische stressklachten blijven er verschillen tussen meerdere taakgebieden bestaan. Zo hebben de taakgebieden Leiding en In Opleiding het minst last van posttraumatische stressklachten, en de taakgebieden Intake & Service en Ondersteuning het meest.

De conclusie die uit deelstudie 2 getrokken kan worden is dat verschillen in psychosociale gezondheid tussen de taakgebieden bij de politie voor een groot deel te maken hebben met verschillen in werk- en demografische kenmerken (met name energiebronnen en leeftijd en opleiding). Wordt hiervoor gecontroleerd dan verdwijnen de gezondheidsverschillen tussen de taakgebieden voor het grootste deel.

Wat betekent dit voor de praktijk? In de eerste plaats is het inzicht belangrijk dat verschillen in posttraumatische stressklachten, angstklachten, suïcidaliteit en overgewicht tussen de taakgebieden geheel of gedeeltelijk worden veroorzaakt door demografische kenmerken en *niet* door werkkenmerken. Daarmee zijn de mogelijkheden tot interventie dus beperkt; immers, demografische kenmerken zijn als zodanig niet te veranderen. Daar staat tegenover dat verschillen in bevlogenheid, burnout, depressieve klachten en ervaren gezondheid juist wel geheel of gedeeltelijk worden verklaard door werkkenmerken, met name energiebronnen die wel degelijk te beïnvloeden zijn.

Deelonderzoek 3: Psychosociale gezondheid en relevante werkkenmerken

Het derde deelonderzoek betreft het identificeren van de relevante werkkenmerken die een rol spelen bij de psychosociale gezondheid van politieambtenaren. Er dient aan twee criteria te worden voldaan wil een bepaalde spannings- of energiebron in een bepaald taakgebied “relevant” zijn: (1) de spannings- of energiebron dient op betekenisvolle wijze samen te hangen met psychosociale gezondheid en (2) de spannings- of energiebron dient significant naar boven of naar beneden af te wijken van de gemiddelde waarde in de gehele onderzoeksgroep. Relevante spannings- en energiebronnen bieden aanknopingspunten voor maatregelen om de psychosociale gezondheid van politieambtenaren te verbeteren.

Voorafgaand aan de identificatie van dergelijke relevante werkkenmerken is het aantal indicatoren van psychosociale gezondheid van 11 tot 3 “ingedikt” (met behulp van factoranalyse). Deze drie nieuwe componenten zijn: (1) *energie* (bestaande uit burnout en bevlogenheid); (2) *psychische klachten* (bestaande uit angst- en depressie- en posttraumatische klachten, alsmede suïcidaliteit); en (3) *fitheid* (overgewicht en ervaren gezondheid). Bij alle analyses is gecontroleerd voor demografische kenmerken.

In de onderstaande overzichtstabel zijn alle relevante werkkenmerken per taakgebied weergegeven. Daarbij is omwille van de overzichtelijkheid geen uitsplitsing gemaakt naar elk van de drie bovengenoemde componenten van psychosociale gezondheid.

De meeste relevante werkkenmerken zijn echter gevonden voor de energiecomponent en veel minder voor de psychische klachten component, terwijl er nauwelijks relevante werkkenmerken voor fitheid zijn geïdentificeerd. Een leeg vakje in de overzichtstabel betekent dat er geen relevante spannings- of energiebronnen zijn gevonden voor het betreffende taakgebied.

In deze tabel zijn twee soorten maatregelen weergegeven: behouden en aanpakken. Bij behouden gaat het om gezondheidsbeschermende aspecten van het werk. Dat kan zowel de aanwezigheid betreffen van bepaalde energiebronnen die positief samenhangen met psychosociale gezondheid, als de afwezigheid van bepaalde spanningsbronnen die negatief samenhangen met psychosociale gezondheid. Het komt er dus op neer dat het huidige hoge niveau van energiebronnen dan wel het huidige lage niveau van spanningsbronnen gehandhaafd zou moeten blijven. Dat wil zeggen dat er in eerste instantie actief gemonitord wordt om na te gaan of dit inderdaad het geval is. Zodra de betreffende energiebronnen verminderen of de spanningsbronnen toenemen is gerichte actie geboden.

Bij aanpakken gaat het om de gezondheidsbedreigende aspecten of risicofactoren van het werk. Het betreft de afwezigheid van bepaalde energiebronnen die positief samenhangen met psychosociale gezondheid, dan wel de aanwezigheid van bepaalde spanningsbronnen die positief samenhangen met psychosociale gezondheid. De energiebronnen moeten worden versterkt en de spanningsbronnen moeten worden verminderd om zodoende de psychosociale gezondheid te verbeteren.

Overzichtstabel van mogelijke maatregelen per taakgebied om de psychosociale gezondheid te verbeteren

	Leiding	Handhaving & Noodhulp	Opsporing	Intake & service	Ondersteuning	In Opleiding
<i>Energiebronnen</i>						
Afwisseling in het werk		<i>behouden</i>	<i>aanpakken</i>			
Arousal	<i>behouden</i>	<i>behouden</i>	<i>aanpakken</i>	<i>aanpakken</i>	<i>aanpakken</i>	<i>behouden</i>
Autonomie	<i>behouden</i>		<i>behouden</i>		<i>behouden</i>	<i>behouden</i>
Bekendheid met sterke/zwakke punten van collega's	<i>behouden</i>					
Beloning						
Betekenisvolheid werk	<i>behouden</i>			<i>behouden</i>		
Feedback			<i>behouden</i>			<i>behouden</i>
Leer- en ontwikkelingsmogelijkheden	<i>behouden</i>		<i>aanpakken</i>	<i>aanpakken</i>	<i>aanpakken</i>	<i>behouden</i>
Professionaliteit			<i>behouden</i>			
Sociale steun collega's		<i>behouden</i>				<i>behouden</i>
Sociale steun leidinggevenden	<i>behouden</i>		<i>behouden</i>			<i>behouden</i>
<i>Spanningsbronnen</i>						
Administratieve belasting/bureaucratie			<i>aanpakken</i>	<i>behouden</i>		
Belemmering door anderen binnen de politie	<i>aanpakken</i>					
Belemmering door instanties buiten de politie						
Emotionele belasting				<i>behouden</i>		
Intimidatie, geweld en pesten			<i>behouden</i>	<i>behouden</i>	<i>behouden</i>	<i>behouden</i>
Lichamelijke belasting						
Mentale belasting						
Onduidelijkheid over taak						
Onvrede over OM en strafrecht (Sociale) media						
Technostress						
Toekomstonzekerheid						
Verandering in taak	<i>aanpakken</i>					
Werk en privé conflict	<i>aanpakken</i>	<i>aanpakken</i>	<i>behouden</i>	<i>behouden</i>	<i>behouden</i>	<i>behouden</i>
Werkdruk						
Wisselende diensten		<i>aanpakken</i>		<i>behouden</i>		<i>behouden</i>

Noot: *behouden* heeft betrekking op het huidige hoge niveau van energiebronnen of het huidige lage niveau van spanningsbronnen; ***aanpakken*** heeft betrekking op het huidige lage niveau van energiebronnen of het huidige hoge niveau van spanningsbronnen.

Uit de overzichtstabel blijkt dat het totale aantal geïdentificeerde relevante werkkenmerken tamelijk gering is. Het gaat daarbij hoofdzakelijk om energiebronnen en in veel mindere mate om spanningsbronnen. Klaarblijkelijk zijn energiebronnen belangrijker wanneer het om psychosociale gezondheid van politieambtenaren gaat dan spanningsbronnen.

Met uitzondering van het taakgebied In Opleiding zouden in elk van de overige vijf taakgebieden minstens twee werkkenmerken aangepakt dienen te worden om de psychosociale gezondheid te verbeteren. Ieder van deze taakgebieden heeft een eigen profiel daar waar het om aanpakken gaat, waarbij opvalt dat het bij Opsporing, Intake & Service en Ondersteuning gaat om het verhogen van de *arousal* en het bieden van meer leer- en ontwikkelingsmogelijkheden.

Op basis van deelstudie 3 kan geconcludeerd worden dat er voor ieder taakgebied een specifieke verzameling van relevante werkkenmerken bestaat, die ofwel behouden ofwel aangepakt zouden kunnen worden om zodoende de psychosociale gezondheid van politieambtenaren te bevorderen.

Slotconclusie

De psychosociale gezondheid van Nederlands politiepersoneel is goed te noemen. Dat geldt in het bijzonder voor vrouwen, jongeren, diegenen met een hogere opleiding en diegenen die werkzaam zijn in de taakgebieden Leiding en In Opleiding.

Nadere analyse wijst overigens uit dat verschillen in psychosociale gezondheid tussen taakgebieden voor het grootste deel op het conto geschreven moeten worden van verschillen in demografische kenmerken en energiebronnen. De gezondheid van politieambtenaren hangt dus niet zozeer samen met het taakgebied waarin ze werken, maar met het feit of ze jong of oud, hoog of laag zijn opgeleid, en of ze over veel of weinig energiebronnen op hun werk kunnen beschikken.

Voor ieder van de zes taakgebieden zijn specifieke energiebronnen geïdentificeerd die verstrekt zouden kunnen worden om zodoende de psychosociale gezondheid van politieambtenaren te vergroten. Overigens is de ruimte voor verdere verbetering beperkt omdat het niveau van psychosociale gezondheid van politiepersoneel reeds relatief hoog is.