

Veteranen: onze zorg!

Inleidingen over ontwikkelingen in de zorg voor Nederlandse veteranen

Marten Meijer (redactie)

© 2004 Stichting Veteraneninstituut Doorn

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. De meningen en opvattingen die in deze publicatie zijn beschreven zijn en blijven voor de verantwoording van de desbetreffende auteur.

ISBN 90 - 809046 - 2 - 7

Inhoudsopgave

INLEIDING , MARTEN MEIJER.....	6
HOOFDSTUK 1. ZORGBEHOEFTE VAN VETERANEN, JOS M.P. WEERTS	8
INLEIDING.....	8
ONDERZOEK NAAR ZORGBEHOEFTE.....	9
HET ZOEKEN EN VINDEN VAN HULP.....	10
INTERNATIONAAL ONDERZOEK NAAR ZORGBEHOEFTE.....	12
VETERANENZORG IN NEDERLAND.....	13
HIËRARCHIE VAN BEHOEFTE.....	14
AANWIJZINGEN VOOR DE TOEKOMST VAN DE VETERANENZORG.....	16
HOOFDSTUK 2. MAATSCHAPPELIJK WERK ALS ONDERDEEL VAN HULP- EN DIENSTVERLENING VOOR VETERANEN, JAN C. BURGER, MARTEN MEIJER	17
INLEIDING.....	17
ERVARINGEN VAN VETERANEN EN AARD EN OMVANG VAN DE DOELGROEPEN VAN VETERANEN.....	18
PROBLEEMVELDEN IN DE ZORG VOOR VETERANEN EN WERKZAAMHEDEN VAN MAATSCHAPPELIJK WERKERS.....	20
DE SAMENWERKING IN DOORN EN DE FORMATIE VAN DE BNMO	21
ENKELE RESULTATEN VAN ONDERZOEK NAAR HULPVERLENING EN NAZORG VOOR MILITAIRES EN VETERANEN.....	24
AANBEVELINGEN VOOR HERKENBAARHEID VAN MAATSCHAPPELIJK WERK, PREVENTIE EN PARTNERS.....	25
HOOFDSTUK 3. PERSPECTIEF OP VETERANENZORG, BAVO HOPMAN	30
TER INLEIDING: WAAROM OOK WEER HET VETERANENINSTITUUT?	30
DE BETEKENIS VAN HET VETERANENINSTITUUT.....	30
KNELPUNTEN IN DE VETERANENZORG.....	31
OPVATTINGEN OVER ZORG NA VREDESMISSIES.....	32
VETERANENZORG BEGINT BIJ UITZENDING	32
ENKELE VOORBEELDEN	33
PERSONEELSZORG VOOR, TIJDENS EN NA UITZENDING	33
INTERNATIONAAL PERSPECTIEF OP NAZORG	34
NIEUWE KANSEN EN UITDAGINGEN VOOR DE NEDERLANDSE KRIJGSMACHT.....	34
MAATSCHAPPELIJKE EN POLITIEKE STEUN VOOR VETERANENZORG	35
NAAR EEN INTEGRAAL ZORGCONCEPT VOOR VREDESOPERATIES	37

HOOFDSTUK 4. POSITIEVE ASPECTEN EN EFFECTEN VAN VREDESMISSIES, JUDITH BOS, JOANNE MOUTHAAN, JOS M.P. WEERTS	38
INLEIDING.....	38
POSITIEVE GELUIDEN	38
RELATIE TUSSEN TERUGBLIK EN DE GEZONDHEID NA UITZENDING	38
“SUNNY SIDE UP”	39
MOGELIJKE GEVOLGEN VAN VREDESMISSIES	40
BETEKENIS EN VOORDELEN VAN DE UITZENDING.....	40
TERUGBLIK EN BEHOEFTE.....	41
BREDERE BLIK OP ASPECTEN EN EFFECTEN	41
HOOFDSTUK 5. KLACHTEN NA UITZENDING, RAMPEN EN CALAMITEITEN. MAAIKE DE VRIES	43
INLEIDING.....	43
GEBREK AAN ERKENNING	43
ONAFHANKELIJK ONDERZOEK NAAR DE AARD VAN DE GEZONDHEIDSKLACHTEN	43
HET POST-DEPLOYMENT SYNDROME	43
HET VOORKOMEN VAN ONNODIG LEED.....	43
HOOFDSTUK 6. HET POST-DEPLOYMENTSyndroom, DIAGNOSE EN ZORG IN ONTWIKKELING, ERIC VERMETTEN, WOLTER S. DE LOOS.....	46
INLEIDING.....	46
BEGRIPSafbakening.....	48
BEHANDELING	49
EVALUATIE DOOR DE DEELNEMERS AAN DE BEHANDELING	51
EVALUATIE DOOR HET BEHANDELTEAM	52
PSYCHOMETRISCHE RESULTATEN.....	53
LICHAMELIJK FUNCTIONEREN EN KLACHTEN HIEROVER	54
CONCLUSIES OVER DE BEHANDELING VAN HET POST DEPLOYMENT SYNDROME	55
HOOFDSTUK 7. NEDERLANDS ONDERZOEK NAAR ONTSPORINGEN VAN JONGE VETERANEN EN MILITAIREN. MARTEN MEIJER, GIELT ALGRA.....	59
INLEIDING.....	59
GEWELDDADIG GEDRAG VAN MILITAIREN EN VETERANEN.	60
RESULTATEN VAN ONDERZOEK NAAR MORTALITEIT BIJ DE KONINKLIJKE MARINE.....	64
RESULTATEN VAN ONDERZOEK NAAR MORTALITEIT BIJ DE KONINKLIJKE LANDMACHT.....	66

DISCUSSIE AAN DE HAND VAN DE "POOL OF ERRORS" IN ONTSPORINGEN.....	68
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	70
HOOFDSTUK 8. HET BEREIKEN VAN ONGEMOTIVEERDE, MAAR ZORGBEHOEVENDE VETERANEN, WILLEM VELDKAMP, JAN BURGER	72
INLEIDING.....	72
HET GEBREK AAN MOTIVATIE OM HULP TE GAAN ZOEKEN.....	72
KENMERKEN VAN KLANTGERICHTE HULPVERLENING BIJ TRAUMAGERELATEERDE PROBLEMEN.....	73
EPILOOG, MARTEN MEIJER.....	74
INLEIDING.....	74
ENIG COMMENTAAR OP DE STELLINGEN VAN HET SYMPOSIUM.....	74
EEN VOORLOPIGE CONCLUSIE.....	76
OVER DE AUTEURS	74

Inleiding , Marten Meijer

Op 27 november 2003 vond in het Veteraneninstituut in Doorn een symposium plaats met als titel: "Veteranen: onze zorg! " Veteranen zijn gewezen militairen die zijn ingezet in oorlogsgebieden of vredesmissies¹. Dit symposium had tot doel om de uitwisseling van informatie en de overdracht van kennis op het gebied van de zorg voor veteranen en hun gezinsleden te bevorderen. Subdoelen daarbij waren het bevorderen van de kennismaking van een breed publiek met het werk van het Kennis- en onderzoekscentrum en van het Veteraneninstituut en het bevorderen van interactie en samenwerking tussen hulpverleners, onderzoekers en beleidsmakers. De doelgroep voor dit symposium bestond uit hulpverleners in de specifieke sector, hulpverleners in de algemene sector, onderzoekers, beleidsmakers, vakbonden voor Defensiepersoneel en veteranenorganisaties.

In het ochtendprogramma werd in een drietal plenaire lezingen ingegaan op de stand van zaken in de zorg voor veteranen en het onderzoek naar de situatie waarin veteranen verkeren. Tijdens het middagprogramma werd in workshops aandacht besteed aan specifieke thema's, zoals positieve aspecten en gevolgen van vredesmissies, ontsporingen van veteranen, het Post Deployment Syndrome en het bereiken van ongemotiveerde zorgbehoevende veteranen, waarna de afsluiting plaatsvond met een plenaire discussie over een vijftal stellingen.

Inmiddels is de inhoud van een aantal lezingen en workshops bewerkt tot afzonderlijke hoofdstukken voor deze symposiumbundel. In het eerste hoofdstuk wordt de zorgbehoefte van veteranen geschetst. Deze zorgbehoefte is richtinggevend voor de organisatie van de hulp- en dienstverlening aan veteranen, zoals die in het tweede hoofdstuk van deze symposiumbundel wordt beschreven. Maatschappelijk werk blijkt als belangrijk onderdeel van deze hulp- en dienstverlening van kwalitatief goed niveau, maar is in kwantitatieve zin voor verbetering vatbaar. In hoofdstuk drie volgt een perspectief op veteranenzorg, dat tijdens het symposium is verwoord in een plenaire lezing en een workshop. In dit perspectief wordt onder andere de samenhang tussen zorg voor actief dienend militairen en veteranen bepleit en wordt Defensie opgeroepen de uitdaging voor een goede veteranenzorg verder aan te nemen. Een integraal zorgconcept voor vredesoperaties zou de neerslag moeten vormen van het aannemen van deze uitdaging. Medio juli 2004 heeft de voormalig Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht, luitenant-generaal buiten dienst C.J.M. de Veer, zijn perspectief op de zorg voor veteranen aangeboden aan de staatssecretaris van Defensie. In dit advies wordt aanbevolen om continuïteit aan te brengen in de zorg voor actief dienend militairen en veteranen, veteranen actief te registreren en een frontoffice in te stellen voor veteranenzorg. Via een expertisecentrum voor onderzoek van veteranenzorg dient de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor veteranen te worden bewaakt, evenals de samenhang in onderzoek naar veteranen. Tevens moet de financiering van de veteranenzorg worden gestroomlijnd. De staatssecretaris van Defensie heeft dit advies in september 2004 vrijwel integraal overgenomen in zijn Personeelsbrief

¹ Onder veteranen worden verstaan: - Gewezen militairen met de Nederlandse nationaliteit die het Koninkrijk hebben gediend onder oorlogsomstandigheden of overeenkomstige situaties. - Gewezen militairen die bij vredesmissies betrokken zijn geweest, zowel binnen als buiten het verband van de Verenigde Naties. - Gewezen militairen van het voormalige Koninklijk Nederlands-Indische Leger (KNIL). - Vaarplichtig personeel uit de Tweede Wereldoorlog en Gouvernementsmarine. Bron: Handboek Veteraan, 5^e druk, p. 11. Doorn: Veteraneninstituut.

aan de Tweede Kamer, die dient als toelichting op de Defensiebegroting en waarmee Defensie haar verantwoordelijkheid voor veteranen opneemt.

Tot slot wordt in de laatste vier hoofdstukken van deze symposiumbundel ingegaan op specifieke onderwerpen in de zorg voor veteranen. Het eerste onderwerp betreft de positieve aspecten en gevolgen van vredesmissies. Naast mogelijke positieve gevolgen van de missie als zodanig, kijken ook de uitgezonden militairen en veteranen op positieve gevolgen van de missie terug. Kameraadschap, voldoening over het geleverde werk en vergroting van de professionele vaardigheden maken deel uit van deze positieve gevolgen. Het tweede specifieke onderwerp in de zorg voor veteranen heeft te maken met ontsporingen van veteranen. Op basis van verkennend onderzoek naar deze ontsporingen blijkt dat slechts een zeer kleine minderheid van militairen en veteranen hier mee te maken krijgt en dat het mogelijk is om risicogroepen voor deze ontsporingen te identificeren. Het derde specifieke onderwerp in de zorg voor veteranen is het Post Deployment Syndrome, dat zich eveneens voordoet bij een kleine minderheid van militairen en veteranen. Zowel het ontstaan van het Post Deployment Syndrome als de behandeling ervan worden beschreven, elk in een apart hoofdstuk. Het hoofdstuk over de behandeling van het Post Deployment Syndrome is mede geschreven door dr. W. de Loos, die in januari 2004 aan een ernstige ziekte is overleden. Ondanks zijn ziekte heeft hij nog wel aan het symposium op 27 november 2003 deelgenomen en dit hoofdstuk is in dat opzicht een postuum eerbetoon aan hem en zijn werk voor veteranen. Het bereiken van ongemotiveerde, maar zorgbehoevende veteranen vormt het laatste, maar zeker niet onbelangrijke specifieke onderwerp in de zorg voor veteranen.

Een korte epiloog vormt het sluitstuk van deze symposiumbundel. Daarin worden de stellingen, die tijdens de plenaire discussie van het symposium zijn gepresenteerd, gecontrasteerd met de inhoud van de verschillende hoofdstukken van deze bundel, hetgeen uitmondt in een voorlopige conclusie.

Hoofdstuk 1. Zorgbehoefte van veteranen, Jos M.P. Weerts

Inleiding

De titel van dit hoofdstuk, 'Zorgbehoefte van veteranen', vraagt om een verduidelijking. Het veronderstelt dat er bij veteranen een behoefte is aan zorg. Deze veronderstelling leidt tot twee vragen:

- Wat houdt de behoefte in?
- Wat houdt de zorg in?

De begrippen 'behoefte' en 'zorg' verdienen derhalve een andere analyse. Het eerste deel van deze bijdrage geeft een aanzet tot een dergelijke analyse. Daarna volgt een schets op hoofdlijnen van hetgeen bekend is over de behoeften van veteranen, gebaseerd op eerder verricht onderzoek. Vervolgens worden de uitgangspunten die aan de veteranenzorg ten grondslag liggen samengevat. Dit geheel wordt afgerond met een beschouwing naar aanleiding van het voorafgaande.

Zorgbehoefte kan opgevat worden als een behoefte om te zorgen. Militairen in een uitzending verlenen zorg aan de bevolking ter plaatse. Bij elke missie gebeurt dat op een algemeen abstract niveau, door te zorgen voor vrede, of voor omstandigheden die humanitaire hulp mogelijk maken voor de bevolking die getroffen is door oorlogsgeweld. Soms gebeurt dat op een directe en concrete manier, bijvoorbeeld doordat militairen in directe contacten hulp, steun of troost bieden. In algemene zin staat de inzet van militairen tegenwoordig in het teken van deze zorgbehoefte: militairen zorgen voor handhaving van de vrede, van de internationale rechtsorde en voor verlichting in het lot van mensen in crisis- en conflictgebieden. Hoe relevant dit aspect verder ook moge zijn, deze bijdrage richt zich op de behoefte aan zorg die militairen kunnen ondervinden nadat zij de dienst hebben verlaten.

In het woord 'zorg' zitten twee componenten: er is sprake van inspanningen die geleverd worden en er is sprake van een doel waar die inspanningen op gericht zijn. Toegepast op het thema van deze bijdrage betekent zorg dan ook het geheel van inspanningen om de situatie van veteranen zo goed mogelijk te doen zijn. Darbij gaat het niet alleen om de psychische of lichamelijke gezondheid van veteranen, maar ook om hun maatschappelijke en sociale positie, en om de vragen die hun persoonlijke functioneren raken.

Het begrip 'behoefte' kan op twee manieren worden ingevuld. Aan de ene kant is er een consensus, een gedeelde opvatting over hetgeen nodig is. Deze consensus is verwoord in het vigerende veteranenbeleid. Aan de andere kant staat het woord 'behoefte' voor hetgeen men nodig acht. Verschillende groepen die ieder op hun manier betrokken zijn bij veteranenzorg, zullen dit ieder vanuit hun eigen perspectief invullen. Wij hebben het dan over veteranen zelf en hun organisaties, over professionals die werkzaam zijn in de zorg en over beleidsmakers. Het moge duidelijk zijn dat daarbij niet altijd a-priori sprake zal zijn van consensus. Zo gebeurt het met een zekere regelmatig dat veteranen zelf, of hun belangenbehartigers, te kennen geven dat de zorg te kort schiet, ondanks alle inspanningen van beleidsmakers en zorgverleners.

Onderzoek naar zorgbehoeften

In eerder onderzoek vinden wij een aantal aanwijzingen die iets zeggen over de zorgbehoefte van veteranen. Onderzoekers van de Vrije Universiteit in Amsterdam hebben studie gemaakt van de gevolgen die mensen ondervinden van oorlogservaringen in de Tweede Wereldoorlog 2 3 Vijftig jaar na afloop van deze oorlog gaf de helft van de mensen die ingrijpende ervaringen hadden meegemaakt te kennen, dat zij behoefte hebben gehad aan professionele hulp bij de verwerking van deze ervaringen. Van hen gaf eenderde te kennen dat zij die hulp niet hebben gekregen. Overigens ging het daarbij om verschillende soorten problemen, financiële problemen, praktische problemen, lichamelijke klachten en psychische problemen.

Acht jaar daarvoor hebben hulpverleners van de Koninklijke Landmacht studie gemaakt van het soort problemen waarvoor ex-UNIFIL-ers hulp zochten^{4 5}. Opvallend was het aantal veteranen dat hulp zocht in verband met sociaal-maatschappelijke problemen. Dit wordt treffend geïllustreerd in de woorden van een maatschappelijk werker van de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en dienstslachtoffers (BNMO), in de jaren negentig, toen uit de groep UNIFIL-ers de eerste aanmeldingen kwamen voor het lidmaatschap. Zij vertelde hierover: "De problemen van de nieuwe generatie veteranen hebben een andere kleur van die van de oudere generatie. Jonge veteranen hebben veel meer problemen op het maatschappelijk vlak, huisvesting, inkomen, arbeid, maar ook verslaving en justitiële problemen. Dit vraagt een andere houding van mij als hulpverlener en tevens vraagt het om andere hulpverleningsinterventies". Zij had een vooruitziende blik, zoals wij inmiddels weten. In Engeland bijvoorbeeld is één op de vier daklozen veteraan, en meestal verslaafd aan drugs of drank. Het Britse Ministerie van Defensie heeft samen met hulpverleningsinstellingen voor daklozen speciale opvangprogramma's voor deze veteranen opgezet. Interventie betekent dan, dat je toegangen of ingangen moet zien te krijgen in deze wereld. Vertaald naar de Nederlandse situatie betekent dit dat twee vragen essentieel zijn en een noodzakelijke voorwaarde vormen om goede zorg te bieden, afgestemd op de behoeftes die veteranen hebben. In de eerste plaats is er de vraag: Wie zijn dit, onze veteranen, waar wonen, werken en leven zij? Welke kenmerken en behoeftes hebben zij? De daarop volgende vraag is dan: En hoe kunnen wij met hen in contact komen? Hoe kunnen wij zij bereiken?

Het beeld dat de BNMO-maatschappelijk werker schetste was niet nieuw, het is daarna niet wezenlijk veranderd, eerder bevestigd. In zijn dagelijkse werkzaamheden komt het Veteraneninstituut, direct of indirect, in contact met veteranen die sociaal-maatschappelijk ontspoord zijn. De meest schrijnende

² Bramsen, I. (1995). *The long-term psychological adjustment of World War II survivors in the Netherlands*. Delft: Eburon.

³ Bramsen, I., Klaarenbeek, M.T.A. en Van der Ploeg, H.M. (1995). *Militaire gevechtservaringen in de jaren 1940 – 1950. Klachten en gezondheidsbeleving van oorlogsveteranen vijftig jaar later*. In: Van der Ploeg, H.M. en Weerts, J.M.P. (red.) *Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen – Tweede Wereldoorlog – Politioele acties – Korea*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.

⁴ Van der Beek, J.C., Van Onzenoort, A.G.L.V. en Verkuyl, J. (1987). *Een evaluatie-onderzoek naar de zorgbehoefte van ex-Unifilmilitairen*. Den Haag: Directie Personeel Koninklijke Landmacht, Afdeling Gedragwetenschappen.

⁵ Knoester, J.P. (1989). *Traumatische ervaringen en ex-Unifil militairen. Een literatuur- en dossieronderzoek*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Doctoraalscriptie Vakgroep Klinische Psychologie en Conflictologie.

verhalen zijn de verhalen over zelfdoding. Deze verhalen dan ook aanleiding om gericht en zo nauwkeurig mogelijk hierover meer informatie te verzamelen. Nederlandse onderzoeksgegevens hierover zijn schaars en maar moeilijk te verkrijgen. Overigens is dit veel meer een gevolg van technische complicaties op administratief gebied, dan van gebrek aan medewerking. Behalve om aantallen gaat het, en misschien wel in eerste instantie, om de vraag, hoe een dergelijk drama zich voltrekt, hoe wij dit kunnen of moeten begrijpen. Kan dit een gevolg zijn van niet verwerkte uitzendervaringen, of zijn er andere risico's? De weinige gegevens die wij hierover hebben kunnen analyseren, wijzen in elk geval in de richting van een significant verhoogd risico op zelfdoding bij een bepaalde groep militairen, namelijk de Beroeps Bepaalde Tijd (BBT) militairen van de Koninklijke landmacht. De verhalen van achtergebleven relaties en het gebrek aan cijfers zijn voor ons aanleiding om ook in de toekomst gericht aandacht aan dit onderwerp te besteden en daarbij dan met name ook te kijken naar de groepen veteranen.

Het zoeken en vinden van hulp

De vaak complexe sociale en psychische problematiek leidt tot een volgende vraag: wanneer spreken wij van een zorgbehoefte? Alleen als degene die zorgt hoeft dit zelf zo ervaart en op zoek gaat naar hulp? Of ook als naar min of meer objectieve maatstaven vastgesteld kan worden dat iemand zorg heeft? Met andere woorden: hoe zit het met een veteraan die zelf niet aangeeft dat hij zorg nodig heeft, maar van wie de omgeving, hulpverleners of belangenbehartigers er wel van overtuigd zijn dat hij dit nodig heeft. Als een veteraan wel op zoek gaat naar hulp kan hij in elk geval rekenen op een uitstekend zorgsysteem van toegewijde en deskundige hulpverleners. Aansluitend op de zorgvoorzieningen voor elke Nederlander, zijn er voor veteranen speciale voorzieningen, zowel in de civiele als in de militaire sfeer. Maar wat te doen, als dit laatste het geval is, als iemand zorg nodig heeft, maar geen hulp zoekt? Eerder onderzoek wijst uit, dat vijftig procent van de veteranen die aan vredesmissies hebben deelgenomen en problemen heeft, geen hulp zoekt⁶ 7. Hieraan kunnen verschillende redenen ten grondslag liggen. De Israëlische militaire psychologe Zahava Solomon heeft de vraag, waarom Israëlische veteranen geen hulp zoeken nader geanalyseerd⁸. Zij onderscheidt vijf stappen, die ertoe kunnen leiden dat iemand al dan niet hulp zoekt:

- 1) mensen moeten ernstige nood, ernstige problemen ervaren,
- 2) zij moeten zelf ervan overtuigd dat deze nood aanleiding vormt om hulp te zoeken,
- 3) een kosten-baten analyse moet duidelijk maken dat zij winst kunnen behalen,
- 4) zij moeten daadwerkelijk besluiten om hulp te zoeken, en tenslotte
- 5) zij moeten kiezen waar en bij wie zij hulp zoeken.

⁶ Bramsen, I., Dirkzwager, J.E. en Van der Ploeg, H.M. (1987). Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen. Amsterdam: Vrije Universiteit, EMGO.

⁷ Van Esch, S.C.M., Bramsen, I., Sonnenberg, G.P, Merlijn, V.P.B.M. en Van der Ploeg, H.M. (1998): Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek. Het welbevinden van Cambodja-gangers en hun behoefte aan hulp en nazorg. Amsterdam: Vrije Universiteit, EMGO.

⁸ Solomon, Z. (1993). Combat Stress Reaction. The Enduring Toll of War. New York: Plenum Press.

Zo ontstaat een ingewikkelde weg, met veel opstoppingen, sluiproutes en andere obstakels, die ertoe leiden dat veel mensen ervan afzien om hulp te zoeken. In de Geestelijke Gezondheidszorg kennen wij een groep, die wordt aangeduid als “Zorgbehoevende zorgmijders”. De vraag, hoe de deze mensen bereikt kunnen worden en wat een zorgsysteem hen kan bieden is ook in de huidige context in de veteranenzorg actueel.

Overigens werd bij één van deze onderzoeken wel duidelijk, dat er een behoefte was aan contact met vroegere collega's. Dit onderzoeksresultaat was een nevenproduct van het onderzoek, zonder dat dit onderdeel vormde van de vraagstelling. Het is namelijk goed gebruik om bij wetenschappelijk onderzoek over zaken die mensen persoonlijk raken, aan te bieden dat er een persoonlijk contact mogelijk is, als mensen behoefte hebben aan steun of hulp. Bij de mensen die aangaven dat zij naar aanleiding van het onderzoek behoefte hadden aan een persoonlijk contact, bleek evenwel dat het niet ging om een behoefte aan contact met een hulpverlener, maar aan contact met de kameraden van vroeger. Men was nieuwsgierig, hoe het hen sindsdien was vergaan en hoe hun leven er nu uitzag. Daarbij gaat het ook om de vraag, hoe mensen terugkijken op hun uitzending. Het BNMO-Centrum kent inmiddels een lange traditie met het aanbieden van programma's op het gebied van begeleid lotgenotencontact, die aan deze behoefte tegemoet komen.

Het lijkt er sterk op dat het tot nu toe verrichte onderzoek over zorgbehoefte vooral gericht is op gezondheidsproblemen en – klachten, en op de hulpverlening daarbij. Als zodanig is dit overigens terecht en noodzakelijk. De klachten die veteranen presenteren zijn reëel en verdienen alle aandacht, zowel in wetenschappelijk opzicht als van de zijde van de hulpverlening. De vraag die hierbij opkomt gaat echter verder: Hoe zit het met andere behoeftes, bijvoorbeeld de behoefte aan maatschappelijke erkenning, of de behoefte aan laagdrempelige gelegenheden om elkaar al dan niet onder professionele begeleiding te ontmoeten? Zorg is immers meer dan hulpverlening, het gaat om het bevorderen van een zo goed mogelijke lichamelijke, psychische en sociale conditie van en voor veteranen. Wat de maatschappelijke erkenning betreft is baanbrekend werk verzet door de oudere generatie veteranen. Wat de nieuwe generatie veteranen als erkenning ervaart begint langzaam duidelijk te worden, maar vooralsnog is dit een onderwerp dat nog nader in kaart gebracht moet worden.

Wat betreft de behoefte aan erkenning, is er meer dat vaak maar moeilijk scherp in beeld is te krijgen. Een citaat kan dit verduidelijken “Het ergste wat mij is overkomen, is dat toen ik thuis kwam na mijn uitzending, ik met niemand ergens over kon praten. Niemand die het begreep of zich ervoor interesseerde. Na een tijdje probeerde ik het ook niet meer en zweeg ik maar liever.”⁹ Uit dit citaat spreekt een behoefte aan contact, aan begrip en respect, aan belangstelling. Hierachter ligt een behoefte aan verbondenheid met mensen in de omgeving. Veteranen missen vaak deze verbondenheid, een verbondenheid die er wel was toen men nog militair was, en die voor velen juist een van de positieve

⁹ Bramsen, I., Klaarenbeek, M.T.A. en Van der Ploeg, H.M. (1995). Psychische aanpassing van oorlogsveteranen op lange termijn. Het vervolgonderzoek onder leden van de BNMO. In: Van der Ploeg, H.M. en Weerts, J.M.P. (red.): Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen – Tweede Wereldoorlog – Politioele acties – Korea. Lisse, Swets & Zeitlinger Publishers (pag. 128).

aspecten is van het militaire beroep. Vaak blijft deze behoefte onvervuld en trekt men zich in stilzwijgen terug.

Internationaal onderzoek naar zorgbehoeften

In Australië vinden wij een buitengewoon interessant voorbeeld van deze behoefte aan verbondenheid. Een aanzienlijk aantal Australische militairen heeft deelgenomen aan de Eerste Wereldoorlog. Het over de hele wereld bekende lied "Waltzing Mathilda" heeft in die dagen zijn betekenis gekregen die later verloren is gegaan: kom op, laten wij dienst nemen en erop uittrekken, waarbij de militaire plunjezak de bijnaam "Mathilda" kreeg. Ten westen van Melbourne loopt de Ocean Road Boulevard langs de kust, dat is de officiële naam, maar iedereen kent die weg onder de naam "Veterans' Highway". Na de demobilisatie was het voor de veteranen en voor de overheid de vraag, hoe nu verder? Voor de overheid was er het probleem hoe deze veteranen aan werk en huisvesting geholpen konden worden. De groep zelf wilde niets liever dan bij elkaar blijven. Dat heeft ertoe geleid dat zij als groep in dienst bleven van de overheid en tegen dezelfde voorwaarden als toen zij nog militair waren te werk gesteld werden bij het aanleggen van wegen, waar toentertijd grote behoefte aan was. De 'Veterans Highway' getuigt nog heden ten dage van die behoefte aan lotsverbondenheid. Aan de tijd en context aangepaste middelen om aan die behoefte te voorzien vormen een wezenlijk onderdeel van de zorg voor veteranen.

Kennelijk is het vinden van aansluiting tussen het militaire leven tijdens de inzet, en het leven in een civiele maatschappij altijd een probleem geweest. Ook nu, getuige een artikel in de International Herald Tribune van 13 september 2003.¹⁰ Dit beschrijft de terugkeer van Amerikaanse militairen uit Irak. Aan teruggekeerde militairen is gevraagd wat voor hen het meeste en het minste prettig was aan de terugkeer. Het meeste prettig waren twee dingen: het weerzien met de geliefde en met de personen die hen dierbaar zijn, en de mogelijkheid om in het kader van dit feestelijk weerzien een biertje te kunnen drinken. Als uitgesproken onprettig noemen de geïnterviewde militairen ook hier weer: het gebrek aan verbondenheid met de omgeving. Het gebrek aan begrip van en voor hetgeen zij hadden meegemaakt riep irritatie en agressie op, maar ook het gebrek aan aansluiting bij of verbondenheid met de omgeving. Eén van hen verwoordde dit als volgt: "Ik erger mij mateloos aan domme mensen om mij heen, die domme dingen doen". Anderen zeiden, min of meer overeenkomend hiermee: "Ik heb geen geduld meer met andere mensen", en "Ik wil geen andere mensen meer om mij heen". Natuurlijk kan dit geduid worden als "arousal", of als "numbing" of "avoidance", kortom, als symptomen van posttraumatische stress. Daarmee wordt echter voorbijgegaan aan de sociale en existentiële nood, die achter deze woorden schuilgaat.

Een klassiek onderzoek dat de overgang van de status als actieve militair in oorlogstijd naar de status van veteraan in de burgersamenleving heeft bestudeerd, is het onderzoek van Grinker en Spiegel, 'Men under Stress', uit 1945.¹¹ Zij bestudeerden onder andere de reïntegratie van Amerikaans luchtmacht personeel van gevechtsvliegtuigen, en de aanpassingsproblemen die daarbij kunnen optreden. Zij hebben op een voorbeeldige en ook vandaag nog actuele manier de behoeften van veteranen in de samenleving

¹⁰ Myers, S.L.. (2003). For U.S. soldiers, homecoming after Iraq is no easy task. International Herald Tribune, 13 september 2003.

¹¹ Grinker, R. en Spiegel, J. (1945). Men under Stress. Philadelphia: Blakiston.

beschreven, en daarbij gaat het niet in eerste instantie om hulp bij klachten en problemen. Problemen deden zich vooral op het valk van de aanpassing aan de civiele samenleving, aan het geordende, individualistische en – in het licht van hetgeen deze veteranen kort daarvoor hadden meegemaakt – oppervlakkige leven. Zij hadden vooral behoefte aan morele steun uit hun omgeving, aan sociaal-economische steun van de samenleving en de overheid, en aan erkenning. Ook deze behoefte laat zich niet samenvatten in diagnostische termen en een klinisch zorgaanbod schiet hierbij zijn doel voorbij.

Veteranenzorg in Nederland

De Nederlandse veteranenzorg berust op een aantal uitgangspunten die in de nota “Zorg voor veteranen in samenhang” van de toenmalige Minister Ter Beek in 1990 zijn geformuleerd. Veteranenzorg kent drie deelterreinen: maatschappelijke erkenning, hulp bij materiële problemen en hulp bij niet-materiële problemen. Aan deze nota ging het advies vooraf, dat is opgesteld door de Vertrouwensman Oud-Indiëgangsters, de heer Van der Mei. Dat in 1990, voor het eerst in de Nederlandse geschiedenis een veteranenbeleid werd geformuleerd, is in belangrijke mate mede te danken aan de inzet van de generatie veteranen die in het voormalig Nederlands Indië hebben gediend. Het ontbreken van maatschappelijke erkenning vormde voor hen een sterke drijfveer om zich te verenigen in een Veteranenplatform. Dit platform werd zo tot belangrijke maatschappelijke en politieke factor. Ook de eerdere genoemde Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en dienstslachtoffers mag in deze summiere schets niet onvermeld blijven. Deze bond is lange tijd, vanaf zijn oprichting in 1945 tot in de jaren negentig, de enige professionele organisatie geweest die systematisch zorg bood voor beschadigde veteranen en die als belangenbehartiger voor deze veteranen en hun partners optrad. Dat gebeurde overigens geheel op particuliere basis en met particuliere financiering, al die jaren, tot en met de dag van vandaag.

Met de publicatie van deze veteranennota was het vervolgens zaak om een structuur te creëren, die het aldus geformuleerde beleid kon uitwerken en uitvoeren. Een belangrijk nieuw aspect hierbij was dat voor het eerst in de Nederlandse geschiedenis aan veteranen bijzondere rechten en voorzieningen zijn toegekend, waarvan niet het minst belangrijke het recht op maatschappelijke erkenning is. Wat maatschappelijke erkenning inhoudt, was toen – en vaak ook nu nog – echter de vraag. Aan de Commissie Thoenes is gevraagd om de Minister van Defensie te adviseren hoe deze maatschappelijke erkenning tot stand kon komen. Erkenning zou bevorderd moeten worden door drie activiteiten: voorlichting, een actief mediabeleid en onderzoek¹². De eerste twee adviezen werden als taken opgedragen aan de nieuw opgerichte Stichting Dienstverlening Veteranen, een stichting die inmiddels is opgenomen in het Veteraneninstituut. Het derde advies, nader onderzoek naar de behoeften aan en de inhoud van maatschappelijke erkenning werd door het Ministerie niet nodig geacht. Datzelfde lot was eerder ook ten deel gevallen aan een vergelijkbaar advies van de Vertrouwensman Oud-Militairen Indiëgangsters, om onderzoek in te stellen naar de aard en omvang van de problematiek van de Indië-

¹² Commissie Thoenes (1991). Veteranen. Een nieuwe dialoog met overheid en samenleving. Den Haag, Ministerie van Defensie.

veteranen¹³. Hierbij zij aangetekend dat de BNMO in de vroege jaren negentig dit initiatief heeft overgenomen en ervoor heeft gezorgd, dat met particuliere middelen het onderzoek naar aard en omvang van de problemen die onder andere Indië-veteranen ervaren, wel is uitgevoerd¹⁴. Recent heeft het Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut hier een reeks van onderzoeken en publicaties aan toegevoegd.

Dit proces van beleidsontwikkeling vindt zijn voorlopige afronding in de adviezen van de Commissie Tiesinga en de uitwerking die daaraan is gegeven. Op hoofdlijnen samengevat komen deze adviezen neer op drie punten: 1) de inrichting van een centraal adres waar veteranen zich in voorkomende gevallen terecht kunnen, 2) een actieve benadering van veteranen, en 3) militair-civiele samenwerking als basis en als middel om veteranenzorg tot stand te brengen. ¹⁵ Deze commissie baseerde zich bij haar adviezen op het wetenschappelijk onderzoek van de Vrije Universiteit, naar de gevolgen, opvang en nazorg na vredesmissies. De oprichting van het Veteraneninstituut in 2000 is een concreet resultaat van deze adviezen.

Een voorlopige conclusie luidt dan ook dat, met erkenning van hetgeen in de afgelopen tien jaar tot stand is gebracht, zorg voor veteranen breder is en meer omvat, dan alleen het verlenen van hulp bij problemen. Naar behoeftes van veteranen is betrekkelijk weinig onderzoek gedaan. De grote onderzoeken die in de afgelopen tien jaar in Nederland zijn uitgevoerd, waren gericht op psychische en lichamelijke problemen bij veteranen en op de zorg die daarbij werd geboden.

Hiërarchie van behoeften

Analoog aan de hiërarchie van behoeften, die wij kennen uit de algemene psychologie, kunnen wij ook een hiërarchie in de behoeften van veteranen construeren. In een schematische piramide treffen we de behoefte aan respect en waardering aan als meest basale behoefte. Dit komt overeen met het begrip 'erkenning'. Dit is een behoefte die door vrijwel elke veteraan wordt gedeeld. Specifieker en niet zonder meer een behoefte die bij iedereen leeft, is de behoefte aan informatie en steun of begrip. Nog specifiek en voor een kleine groep actueel is de behoefte aan een of andere vorm van begeleiding of advies. Hiertoe dient zeer zeker ook het begeleid lotgenotencontact gerekend te worden, zoals het BNMO-Centrum sinds tientallen jaren verzorgt voor oudere veteranen, BNMO-leden, en sinds 1996 ook voor veteranen die gediend hebben in vredesoperaties. En tenslotte, aan de top van piramide, vinden we de behoefte aan gespecialiseerde hulp of zorg in engere zin.

¹³ Mei, van der, D.F. (1989). Dienstvervulling onder buitengewone en zeer moeilijke omstandigheden. De verantwoordelijkheid van de overheid voor de speciale problematiek van de oud-militairen Indiëgangsters. Eindadvies van de vertrouwensman oud-militairen Indiëgangsters drs. D.F. van der Mei. Den Haag, Ministerie van Defensie.

¹⁴ Ploeg, H.M. van der, Weerts, J.M.P. (1995): Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen – Tweede Wereldoorlog – Politionele acties – Korea. Lisse, Swets & Zeitlinger Publishers.

¹⁵ Commissie Tiesinga (1997). Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Aanbevelingen van de Commissie Tiesinga. Beleidsaanbevelingen naar aanleiding van een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen.

Hiërarchie van behoeften



Figuur 1.1. Hiërarchie van behoeften van veteranen.

Nog anders gezegd, en eveneens schematisch. Als wij nu aan een grote groep veteranen zouden vragen: “Hoe gaat het met u?” dan krijgen wij een scala aan antwoorden, variërend van “heel goed” via “gewoon” tot “heel slecht”. Met verreweg de grootste groep gaat het gewoon goed. Ruim tachtig procent van alle veteranen kijkt met goede gevoelens op de inzet terug. Hoewel hierbij wel aangetekend dient te worden dat de uitspraak: “ik had het niet willen missen, maar ik wil het ook nooit meer overdoen”, tot nadenken stemt. Met een kleine minderheid gaat het slecht tot zeer slecht. Hieruit kunnen belangrijke consequenties voor goede veteranenzorg worden afgeleid.

Ook voor veteranen zou, net als in de actieve dienst en in de inzet, het principe moeten gelden: wij laten niemand achter. Te vaak is er nog sprake van een stigmatisering van degenen met wie het niet goed gaat, of van een houding, dat problemen altijd en per definitie iets zijn dat alleen anderen aangaat. In dit verband kan lering getrokken worden uit de ervaringen van het BNMO-centrum met de zogeheten Gespreks- en ontmoetingsweekenden en terugkomdagen voor specifieke groepen veteranen. Dergelijke groepen zijn gemengd samengesteld en kennen deelnemers die soms ernstige problemen hebben of hebben gehad, en anderen die niet alleen nooit problemen hebben gehad, maar die het bestaan van problemen soms volstrekt ontkennen. De onderlinge verbondenheid en het wederzijdse begrip, die tijdens zo'n weekend kunnen groeien, zijn niet alleen hartverwarmend, maar meer nog van grote waarde voor de veteranen die behoefte hebben aan een vorm van zorg, en die vaak niet weten wat die behoefte of die zorg inhoudt, of die om andere redenen niet ertoe komen de stap te zetten om daadwerkelijk hulp te zoeken.

Veteranenbeleid dient dan ook een meervoudige inhoud te hebben. De opgave waarvoor wij staan is het bieden van zorg die aansluit op de verschillende behoeftes die tegelijkertijd en naast elkaar aanwezig zijn in de groep van veteranen als zodanig en in specifieke subgroepen van veteranen. Een aanpak, alleen

gericht op problemen, zal tot gevoelens van vervreemding leiden bij de meerderheid van de veteranen. Een aanpak die alleen gericht is op erkenning, zal tekort schieten voor hen bij wie het vooral om hulp bij problemen gaat.

Aanwijzingen voor de toekomst van de veteraneenzorg

Uit dit alles tekenen zich enkele perspectieven af, aanwijzingen voor beleid en aanwijzingen voor de toekomst. Kort samengevat en op hoofdlijnen komen ze neer op het volgende. Wat bovenal nodig is, is een creatieve en flexibele benadering. Voor activiteiten als de terugkomdagen waren geen bestaande modellen aanwezig. Andere voorbeelden van recente initiatieven zijn het gezamenlijk deelnemen aan de Nijmeegse Vierdaagse, outdoor-activiteiten, weekenden en zeiltochten. Voor de deelnemende veteranen is dit een goede en heilzame ervaring, die de onderlinge verbondenheid sterk stimuleert.

Eerder genoemd zijn de terugkomdagen. Het BNMO-Centrum heeft sinds 1996 meerdere series terugkomdagen voor Dutchbat III veteranen georganiseerd. Uit de evaluatie van die bijeenkomsten blijkt dat de deelnemers dit zeer op prijs stellen en dat zij door deelname aan deze bijeenkomsten tot een beter inzicht komen in hun ervaringen en in hun persoonlijke situatie.

Sleutelwoorden bij dit alles zijn een brede oriëntatie, een vraaggestuurd aanbod, aandacht voor positieve aspecten van uitzendervaringen, een pro-actieve benadering, een laagdrempelig, samenhangend pakket van diensten, programma's en voorzieningen, en erkenning als uitgangspunt voor dit alles.

Met twee citaten die zijn ontleend aan de internationale context sluit ik deze bijdrage af. Onlangs heeft een groep experts van de International Society for Traumatic Stress Studies een boek gepubliceerd over interventies gericht op trauma in de context van oorlog en vrede. Daaraan ontleen ik het volgende citaat. "Zorgverleners moeten hun aandacht verbreden. Alleen behandeling van groepen of individuen is niet genoeg. Zij kunnen samen met anderen ertoe bijdragen dat het maatschappelijk, democratisch draagvlak voor zorg in ruimere zin wordt versterkt". De auteurs voegen hieraan toe, dat hierbij geen sprake is voor zwart-wit posities. Het gelijk ligt hierbij niet exclusief bij de ene of de andere partij. Om wegen te zoeken, strategieën en modellen te zoeken, is een open discussie nodig. Daarbij is een open blik op de realiteit en de vraagstukken die zich daarin aandienen onontbeerlijk. Wat telt is dat het zorgaanbod gestuurd wordt door de vraag, door de behoefte om bij het thema van deze bijdrage te blijven. ¹⁶

Tot slot een laatste citaat van de United Nations Department of Peacekeeping Operations UN-DPKO. "Uiteindelijk komt het de samenleving als geheel ten goede als zij haar veteranen steunt bij de reïntegratie en goede zorg biedt". ¹⁷

¹⁶ Engdahl, B., De Silva, P.L., Solomon, Z. and Somasundaram, D. (2003). Former Combattants. In: Green, B.L. et al. (eds.). Trauma Interventions in War and Peace. Prevention, Practice and Policy. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

¹⁷ United Nations Department of Peacekeeping Operations (1999). Disarmament, demobilization and reintegration of ex-combattants in a peacekeeping environment: Principles and Guidelines.

Hoofdstuk 2. Maatschappelijk werk als onderdeel van hulp- en dienstverlening voor veteranen, Jan C. Burger, Marten Meijer

Inleiding

In de zorg voor veteranen neemt maatschappelijk werk een belangrijke plaats in. Naast de lichamelijke zorg, die gewonde veteranen en militaire oorlogs- en dienstslachtoffers ook behoeven, is er in belangrijke mate behoefte aan psychosociale zorg, zoals maatschappelijk werkers die verlenen. In geval van psychische behandelingen verwijzen de maatschappelijk werkers naar gespecialiseerde psychologen en psychiaters. Zodoende bevinden de maatschappelijk werkers zich in de eerste lijn van de geestelijke gezondheidszorg voor veteranen. Dit wil overigens niet zeggen dat veteranen zich altijd als eerste tot een maatschappelijk werker wenden. Uit bijgaande foto blijkt dat veteranen zich ook rechtstreeks wenden tot de minister van Defensie, of de minister van Oorlog, zoals dat eertijds heette.

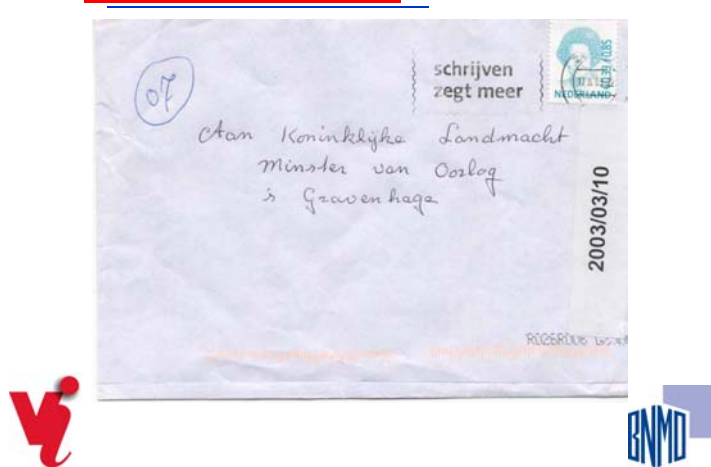


Foto 2.1. Brief van een veteraan aan de Minister van Oorlog.

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal onderwerpen die voor veteranen belangrijk zijn en maken we onderscheid in de verschillende doelgroepen van veteranen naar aard en omvang. Daarna gaan we in op de probleemvelden van de zorg voor veteranen en werkzaamheden van maatschappelijk werkers voor veteranen. Vervolgens beschrijven we de samenwerking in Doorn tussen het BNMO-centrum en de andere partners in het Veteraneninstituut en geven we een overzicht van de formatie van maatschappelijk werk. Enkele resultaten van onderzoek naar de kwaliteit en kwantiteit van maatschappelijk werk voor militairen en veteranen passeren ook de revue. We sluiten af met een aantal aanbevelingen, waarin bekendheid van het maatschappelijk werk voor veteranen en hun partners en de preventie van psychosociale problemen volop aandacht krijgen.

Ervaringen van veteranen en aard en omvang van de doelgroepen van veteranen.

Veteranen hebben gedurende hun uitzendingen als actief dienend militair een veelheid aan ervaringen opgedaan. Daarbij kwamen zij in aanraking met geheel andere culturen en moesten zij leven in geheel andere en vaak primitieve omstandigheden. Gevaar voor eigen leven gaf aan hun ervaringen een ingrijpend karakter, evenals het verlies van kameraden. Na de uitzending en het verlaten van de actieve dienst vragen die ervaringen nog steeds om aandacht. Verbondenheid met hen die vielen brengt hen bij monumenten en herdenkingen. Van de kameraadschap van toen wordt genoten met hen die overleefden en tot op de dag van vandaag een oor hebben voor wat eens was en werd gedaan. Reünies en lotgenotencontact, al dan niet georganiseerd door het BNMO-centrum, worden door hen op hoge prijs gesteld. Inmiddels zijn ook onderzoeksgegevens bekend over de waardering van veteranen voor dergelijk contact. Verderop in dit hoofdstuk zal daar aandacht aan worden besteed.

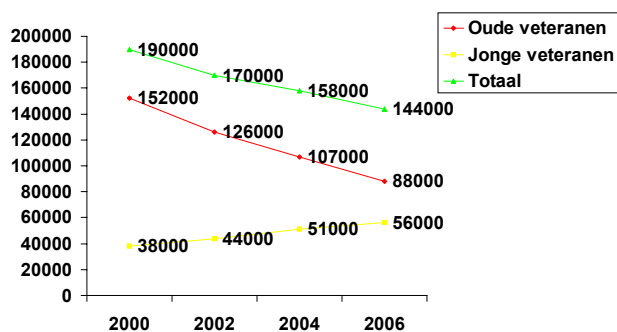


Omgaan met ervaringen



Foto 2.2. Veteranen maken ook verbinding met hun gesneuvelde kameraden, zoals hier bij het Indië monument in Roermond.

De vraag dient zich daarbij aan of de ervaringen die verschillende groepen veteranen hebben opgedaan een eigen vorm van maatschappelijk werk vereisen. Oude veteranen, zij die zijn ingezet in de Tweede Wereldoorlog, het voormalig Nederlands Indië, Korea en Nieuw Guinea, zouden andere behoeften kunnen hebben dan jonge veteranen, die bijvoorbeeld zijn ingezet in Libanon, Cambodja, Afrika of Irak. In figuur 2.1 zijn schattingen weergegeven van de aantallen oude en jonge veteranen, het totaal aantal veteranen en de ontwikkelingen in deze aantallen in de periode van 2000 tot en met 2006.



Figuur 2. 1. Prognose van aantallen oude en jonge veteranen en totaal aantal veteranen in de periode 2000-2006. Bron: KOC Nieuwsbrief mei 2001 en september 2001.

Uit figuur 2.1 blijkt dat het totaal aantal veteranen in de periode van 2000 tot en met 2006 gestaag afneemt. Oude veteranen raken op leeftijd en komen te overlijden, terwijl de aanwas van jonge veteranen achterblijft bij deze demografische ontwikkeling. Naar verwachting zijn er in 2010 evenveel oude als jonge veteranen. Medio 2003 zijn de oude veteranen nog veruit in de meerderheid. In figuur 2.2 zijn deze doelgroepen onderling vergeleken.

Aard en omvang doelgroepen

- Ca. 100.000 veteranen uit periode 1940-1962
- Ca. 40.000 veteranen uit periode 1963-2003
- BNMO: chronisch zieke of gehandicapte oud-militairen
- Partners, kinderen, ouders



Figuur 2.2. Aard en omvang van de doelgroepen van oude en jonge veteranen, chronisch zieke of gehandicapte oud militairen en hun partners, kinderen en ouders.

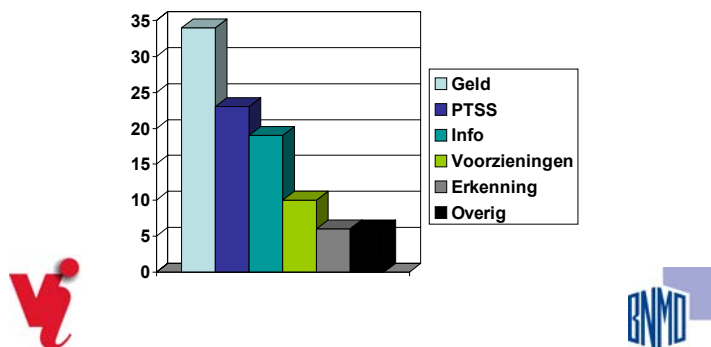
Uit figuur 2.2 blijkt dat er in 2003 ruim twee keer zoveel oude als jonge veteranen zijn. Er waren in 2003 bijna 7000 chronisch zieke of gehandicapte oud-militairen, die lid zijn van de BNMO. Naar schatting komt het totaal van partners, kinderen en ouders van veteranen uit boven de 400.000 mensen. Daarmee hebben bijna een half miljoen mensen in Nederland direct te maken met veteranenproblematiek. Hierna zullen we aangeven waar deze problematiek mee te maken heeft en hoe maatschappelijk werk in de bijbehorende behoeften kan voorzien.

Probleemvelden in de zorg voor veteranen en werkzaamheden van maatschappelijk werkers.

Vanaf de oprichting van het Veteraneninstituut in 2000 is er een Centraal Aanmeldings Punt (CAP) voor veteranen ingesteld, waar zij hun hulpvragen kunnen stellen. In mei 2002 is een inventarisatie gemaakt van de aard van deze hulpvragen¹⁸. In figuur 2.3 is het aantal hulpvragen ingedeeld naar onderwerp van de hulpvraag.

Probleemvelden

- Percentages hulpvragen – onderzoek P. Wokke



Figuur 2.3. Hulpvragen naar onderwerp, uitgedrukt in percentages van het totaal aantal hulpvragen bij het CAP vanaf mei 2000 tot en met mei 2002. Bron: P. Wokke, 2002.

Uit figuur 2.3 blijkt dat in de periode van mei 2000 tot en met mei 2002 de meeste hulpvragen betrekking hadden op geld en financiële vergoedingen. Een groot deel daarvan had te maken met uitkeringen vanuit een Militair Invaliditeitspensioen, maar ook met de eenmalige vergoedingen, die voor veteranen ter beschikking zijn gesteld. Een eveneens aanzienlijk deel van de hulpvragen had te maken met de Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Dit is een chronische angststoornis, die zich uit in verhoogde prikkelbaarheid, flashbacks en nachtmerries en het zoveel mogelijk vermijden van prikkels die herinneren aan het levensbedreigende trauma dat men heeft meegemaakt. Wanneer de percentages van

¹⁸ Wokke, P. (2002): Het Centraal Aanmeldings Punt van het Veteraneninstituut. Den Helder: Koninklijk instituut voor de marine.

hulpvragen uit figuur 2.3 worden onderverdeeld naar oude en jonge veteranen, blijkt dat hulpvragen van jonge veteranen het meeste betrekking hebben op PTSS⁴⁹.



Mensenwerk



Foto 2.3. Zorg voor veteranen is mensenwerk en komt ook tussen veteranen onderling tot stand.

Voorgaande vergelijking maakt duidelijk dat oude veteranen andere hulpvragen hebben dan jonge veteranen. Ook bevinden oude veteranen zich in een andere levensfase dan jonge veteranen. In het slechtste geval is sprake van een generatiekloof tussen oude en jonge veteranen. De praktijk van het maatschappelijk werk voor oude en jonge veteranen laat echter zien dat het allemaal om mensenwerk gaat. Hierin is een goed onderling contact mogelijk, vooral als de genoemde verschillen tussen oude en jonge veteranen worden overbrugd door een gezonde aandacht voor hetgeen hen verbindt. Ook oude veteranen waren jong toen ze werden uitgezonden en jonge veteranen worden ouder en moeten met hun ervaringen leren omgaan. Oude en jonge veteranen hebben het verschil tussen de wereld van de uitzending en de wereld van thuis ervaren en ondervinden dezelfde drempels om over hun uitzendervaringen te spreken. Oude en jonge veteranen hebben behoefte aan erkenning voor datgene dat ze tijdens hun uitzendingen meemaakten. Ondanks de geconstateerde verschillen tussen oude en jonge veteranen bereikt het maatschappelijk werk beide groepen, vooral als ook aandacht wordt besteed aan hun gemeenschappelijke behoeften en aan de vraag hoe beide groepen kunnen samenwerken.

De samenwerking in Doorn en de formatie van de BNMO

Net als de samenwerking tussen oude en jonge veteranen is deze samenwerking in Doorn eveneens van belang tussen de BNMO, die direct na de Tweede Wereldoorlog uit particulier initiatief werd opgericht en het Veteraneninstituut, dat pas in mei 2000 op overheidsinitiatief werd opgericht.

⁴⁹ Meijer, M., Wokke, P., Weerts, J.M.P. (2002): Stand van zaken en ontwikkelingen in de zorg voor veteranen. *Qua Patet Orbis, Mededelingenblad van het Hoofdkwartier van het Korps Mariniers, no 2,*

Samenwerking in Doorn

- Oud-militair heeft recht op best mogelijk zorg en nazorg
- Veteraneninstituut geeft invulling aan deze (na)zorg
- Publiek-private samenwerking
- BNMO en BNMO-Centrum sturen (na)zorg aan



Figuur 2.4. De uitdaging van samenwerking in Doorn tussen BNMO en Veteraneninstituut vertoont overeenkomsten met de uitdaging van samenwerking tussen oude en jonge veteranen.

Ook hier doet zich in het slechtste geval een generatiekloof voor tussen een organisatie als de BNMO die in 2005 haar zestigjarig bestaan viert en het Veteraneninstituut, dat in mei 2005 het vijfjarig bestaan hoopt te vieren.



Foto 2.4. In 2005 viert de BNMO haar 60 jarig bestaan. Op de foto bewondert de Amerikaanse filmster Audrey Hepburn, het straatnaambord van de laan bij het BNMO-centrum die naar haar werd genoemd.

Voor de uitvoering van het maatschappelijk werk voor veteranen heeft de BNMO 15 maatschappelijk werkers in dienst, die regionaal worden ingezet. De Stichting Veteraneninstituut (Svi) heeft aan dit team 3 formatieplaatsen voor maatschappelijk werk toegevoegd en vanuit de Maatschappelijke Dienst Defensie is een officier bedrijfsmaatschappelijk werk voor dit werk beschikbaar. Zij worden in hun werk bijgestaan door twee sociaal juridisch adviseurs en twee secretariaatsmedewerkers. De afdeling maatschappelijk werk van de BNMO staat onder leiding van een hoofd en een praktijkbegeleider voor maatschappelijk werk.

Formatie

- 19 maatschappelijk werkers (15 BNMO, 3 Svi, 1 officier)
- 2 sociaal-juridisch raadvrouwen
- 2 part-time medewerkers secretariaat
- 1 praktijkbegeleider, 1 hoofd



Figuur 2.5. De formatie van het maatschappelijk werk van de BNMO en het Veteraneninstituut in 2003.

Naast het maatschappelijk werk, dat met de hiervoor beschreven formatie wordt geleverd, kunnen leden van de BNMO en veteranen in het algemeen ook gebruik maken van de faciliteiten van het BNMO-centrum.

Formatie BNMO-Centrum

- Multidisciplinair team van ca. 20 fte
- Geestelijk verzorger, arts, fysiotherapeut
- Psycholoog, (groeps)maatschappelijk werker
- Creatief therapeut, activiteitenbegeleider



Figuur 2.6. Formatie van het BNMO-centrum in 2003.

De activiteiten van het BNMO-Centrum, dat in 1984 officieel is geopend, bestaan voornamelijk uit begeleid lotgenotencontact. Jaarlijks maken duizenden leden van de BNMO en andere veteranen gebruik van de faciliteiten van het BNMO-centrum. In hoofdstuk 3 van deze bundel wordt aangegeven hoe de waardering is voor deze faciliteiten. Vooralsnog concluderen we dat zowel de BNMO als het BNMO centrum volop in actie zijn voor leden van de BNMO en veteranen.



In actie



Foto 2. 5. Militairen zijn in actie voor Defensie en de Nederlandse samenleving. Via de BNMO, het BNMO-centrum en het Veteraneninstituut zijn Defensie en de Nederlandse samenleving in actie voor veteranen.

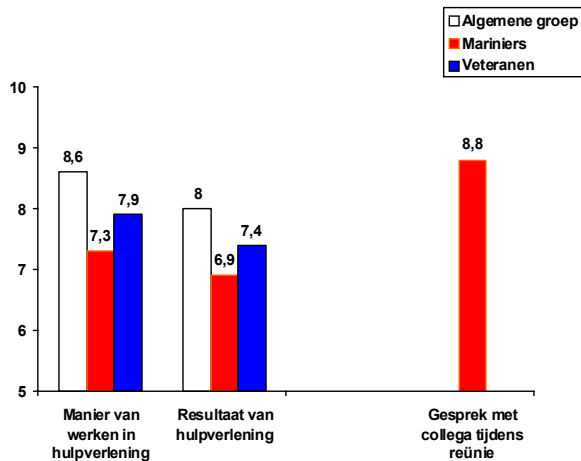
Enkele resultaten van onderzoek naar hulpverlening en nazorg voor militairen en veteranen.

In 1999 heeft de Staatssecretaris van Defensie in een brief aan de Tweede Kamer nogmaals aangegeven dat militairen nadat zij de actieve dienst hebben verlaten, dus als veteraan, ook recht hebben op psychosociale nazorg van Defensie. Deze zorg bestaat onder andere uit het na afloop van een missie toezenden van een uitgebreide nazorgvragenlijst aan de uitgezonden militair, waarmee men een inschatting probeert te maken van de geestelijke gezondheid van de militair. Tevens is de hulp vanuit de Maatschappelijke Dienst Defensie en de Geestelijke Gezondheidszorg van Defensie voor veteranen gratis toegankelijk. Hiervoor kan men zich vanaf 2000 aanmelden bij het Centraal Aanmeldings Punt (CAP) van het Veteraneninstituut. Ook worden er gratis toegankelijke reünies georganiseerd, waar men collega's van de uitgezonden eenheid kan ontmoeten. Zoals hiervoor aangegeven gebeurt dit in het BNMO-centrum vooral in de vorm van begeleid lotgenotencontact.

Vanaf 1999 is uit een aantal onderzoeken gebleken hoe militairen een aantal aspecten van deze zorg waarderen²⁰. In 1999 en 2000 is de waardering van een algemene groep van militairen en een groep mariniers onderzocht voor de hulpverlening vanuit de Maatschappelijke Dienst Defensie (MDD). Tijdens de

²⁰ Meijer, M., Wokke, P., Weerts, J.M.P. (2002): Veteranenzorg bij het korps mariniers: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen. *Qua Patet Orbis, mededelingenblad van het hoofdkwartier van het korps mariniers, jaargang 2002, no 2.*

Bosnië- en Haïti-reünie op 20 september 2001 bij de Van Braam Houckgeest Kazerne te Doorn is nagegaan hoe de daar aanwezige militairen de gesprekken met collega's waardeerden. In 2002 is de waardering van veteranen onderzocht voor de hulp- en dienstverlening vanuit het Centraal Aanmeldings Punt van het Veteraneninstituut²¹. In figuur 2.7 is de waardering weergegeven voor de manier van werken, het resultaat van de hulpverlening en de gesprekken met collega's per onderzochte groep in een schoolcijfer dat oploopt van 1, zeer slecht, tot 10, uitmuntend.



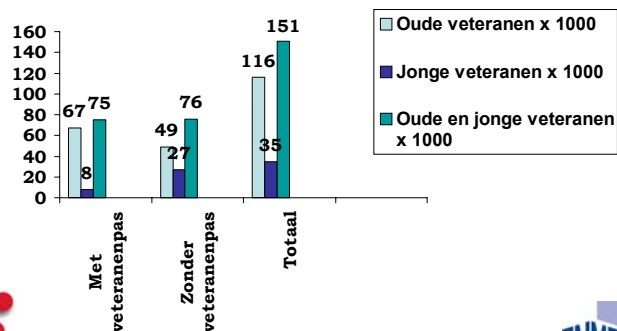
Figuur 2.7. Waardering van militair personeel in het algemeen, van militairen van het korps mariniers en van veteranen voor de manier van werken in de hulpverlening, het resultaat van de verleende hulp en gesprekken met collega's tijdens een reünie.

Uit figuur 2.7 blijkt dat gesprekken met collega's tijdens een reünie het meest worden gewaardeerd. In hoofdstuk 3 van deze bundel zal blijken dat dit ook het geval is voor de verschillende vormen van begeleid lotgenotencontact vanuit het BNMO-centrum. Verder is er meer waardering voor de manier van werken in de hulpverlening vanuit de MDD en het CAP dan voor het resultaat van deze hulpverlening. Mogelijk komt dit omdat de problemen, waarvoor men hulp vraagt niet zonder meer opgelost kunnen worden, zoals bij het verlies van een partner of blijvende persoonlijke schade na een ernstig ongeluk. De waardering voor de hulpverlening varieert over het algemeen van 6,9, ruim voldoende, tot 7,9, zeer goed.

Aanbevelingen voor herkenbaarheid van maatschappelijk werk, preventie en partners.

Uit het voorgaande blijkt dat er ruime waardering is voor de kwaliteit van de hulpverlening vanuit het Veteraneninstituut. Aanbevelingen voor de toekomst moeten zich dan ook niet zozeer richten op de kwaliteit van deze hulpverlening, maar op de kwantiteit. Bereikt het Veteraneninstituut, met daarin het Maatschappelijk werk van de BNMO en de faciliteiten van het BNMO-centrum, de doelgroep in voldoende mate? Gezien het aantal veteranenpashouders van het Veteraneninstituut per medio 2003 kan worden afgeleid dat er ruimte voor verbetering is, al blijkt uit de aanmeldingscijfers van het Centraal Aanmeldings Punt dat jonge veteranen het Veteraneninstituut wel weten te vinden.

²¹ Wokke, P. (2002): Het Centraal Aanmeldings Punt van het Veteraneninstituut. Den Helder: Koninklijk instituut voor de marine.



Figuur 2.8. Aantallen oude en jonge veteranen, met en zonder veteranenpas in september 2003. Bron: Management Rapportage Veteraneninstituut Doorn.

Uit figuur 2.8 blijkt dat in september 2003 67.000 oude veteranen beschikten over een veteranenpas. Dit is meer dan de helft van het totaal aantal oude veteranen. Slechts 8.000 jonge veteranen beschikten in september 2003 over een veteranenpas. Dit is nog geen derde deel van het totale aantal jonge veteranen op dat moment. Uit deze cijfers blijkt dat de naamsbekendheid van het Veteraneninstituut, inclusief het gebruik van de daar beschikbare hulp- en dienstverlening, voor verbetering vatbaar is. Op basis van deze gegevens komen we tot aanbevelingen om deze naamsbekendheid te vergroten en die rechtstreeks betrekking hebben op de praktijk van het maatschappelijk werk van de BNMO en het Veteraneninstituut.

Werk in uitvoering

- Vi: herkenbaar nationaal informatie- en adviescentrum
- Algemene bekendheid binnen de krijgsmacht
- Algemene bekendheid in Nederland
- Algemene erkenning binnen gezondheidszorg



Figuur 2.9. Overzicht van aanbeveling ter vergroting van de kwantiteit van hulp- en dienstverlening vanuit het Veteraneninstituut en de BNMO.

In de eerste plaats is de kwantiteit van het gebruik van de hulp- en dienstverlening vanuit het Veteraneninstituut en de BNMO gediend met de herkenbaarheid van het Veteraneninstituut als Nationaal Informatie- en Adviescentrum. Deze herkenbaarheid betreft zowel de herkenbaarheid binnen de Nederlandse samenleving, waarin meer dan 70.000 veteranen het Veteraneninstituut nog niet hebben gevonden, als binnen de Defensie-organisatie, die in dit verband is op te vatten als kraamkamer van jonge veteranen. Verder is de kwantiteit van het gebruik van deze hulp- en dienstverlening gebaat bij een goede erkenning binnen de algemene gezondheidszorg. Daarmee is vooral de tijdige en gerichte verwijzing van veteranen naar het Veteraneninstituut door zorgverleners in de geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg gediend. Naast deze aanbevelingen zijn er ook aanbevelingen te formuleren die de kwaliteit van de hulp-en dienstverlening voor veteranen betreffen. Het gaat hierbij dan met name om het invoeren van casemanagement en een cliëntregistratie- en -volgsysteem, een drietal regioteams achter het Centraal Aanspreekpunt en de regionale en landelijke netwerkvorming tussen civiele en militaire zorgverleners.

Nieuwe vormen

- Voorkomen is beter dan genezen: preventieve zorgverlening
- Meer nadruk op de gezinnen van militairen
- Steun- en dienstverlening onderlinge contacten cliënten
- Informatie naar diverse doelgroepen, vooral huisartsen



Figuur 2.10. Opsomming van enkele belangrijke aanbevelingen aangaande de kwaliteit van de veteranenzorg.

Met het uitvoeren van de hiervoor genoemde aanbevelingen, zowel aangaande de kwantiteit als de kwaliteit van de veteranenzorg, worden belangrijke stappen voorwaarts gezet. Voor de BNMO zijn de stappen voorwaarts vooral van belang om de expertise die in de loop van vele jaren is opgedaan met de zorg voor oude veteranen, ook ten nutte te maken voor de jonge veteranen. Voor het Veteraneninstituut zijn deze stappen voorwaarts van belang om tijdig een brug te slaan naar zowel oude als jonge veteranen. Deze brug bestaat niet alleen uit hulpverlening voor veteranen met een uitgesproken hulpvraag, maar ook uit het bevorderen van de maatschappelijke erkenning van de gehele populatie van veteranen. In het

verlengde van deze erkenning verdient het aanbeveling om meer nadruk te leggen op preventie, gezinnen van veteranen, onderling contact tussen veteranen en om meer informatie over veteranen en verwerkingsproblemen aan te bieden aan huisartsen.



Voorwaarts



Foto 2.6. Jonge veteranen maken in toenemende mate gebruik van de expertise die bij de BNMO en het BNMO-centrum in de loop van vele jaren is opgedaan.

Deze maatschappelijke erkenning lijkt de laatste jaren toe te nemen, zowel in het herdenken van de offers van de oude veteranen als ook in de maatschappelijke aandacht voor het werk van jonge veteranen. De onthulling van het monument voor jonge veteranen in Roermond op 24 oktober 2003 is daarvan een voorbeeld, evenals de instelling van een landelijke veteranendag, die voor het eerst op 29 juni 2005 zal worden gehouden. Tevens maakt de instelling van een dergelijke dag duidelijk dat zorg voor en erkenning van veteranen niet vanzelf tot stand komt, maar wel een nationale erezaak betreft.



Een nationale erezaak



Foto 2.7. De Nationale dodenherdenking bij het monument op de Dam vormt ook een belangrijke uiting van de maatschappelijk erkenning van veteranen en hun omgekomen collega's.

Hoofdstuk 3. Perspectief op veteranenzorg, Bavo Hopman

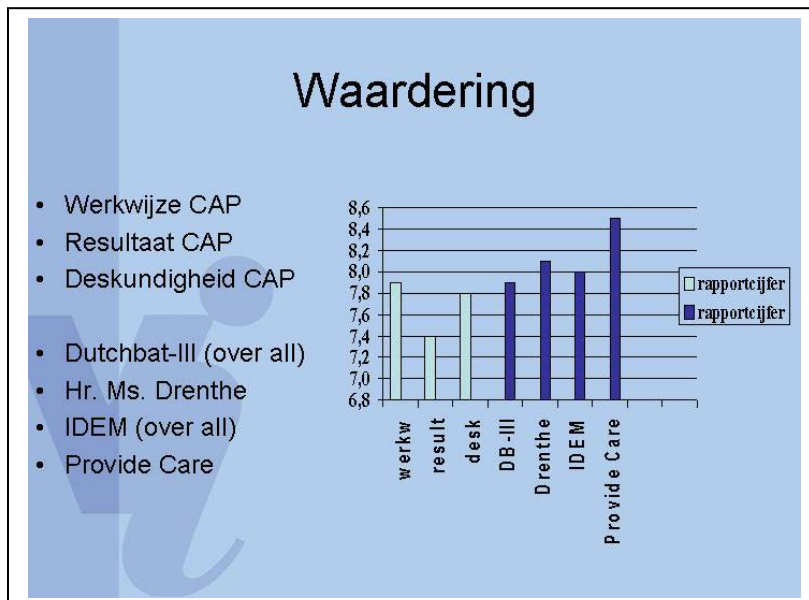
Ter inleiding: waarom ook weer het Veteraneninstituut?

De oprichting van het Veteraneninstituut in Doorn in het jaar 2000 is een rechtstreeks gevolg van de aanbevelingen van de commissie Tiesinga uit 1997²². Deze aanbevelingen volgden op het onderzoek van de Vrije Universiteit van Amsterdam onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen²³. De commissie ging er in 1997 van uit dat "militairen recht hebben op het beste wat de Nederlandse samenleving te bieden heeft". De aanbevelingen hadden betrekking op erkenning en waardering, op immateriële hulp en op de zorgstructuur. Zo vond de commissie onder andere dat er een veteranenadministratie ingevoerd moest worden, dat er meer aandacht en waardering getoond moest worden voor veteranen en hun partners en dat de zorg tijdens en na uitzending en na dienstverlating naadloos op elkaar aan zou moeten sluiten. Voor de actief dienenden zou een meer pluriform en preventief zorgaanbod moeten komen, met aandacht voor lotgenotencontact en zorg voor familieleden.

Ook over de zorgstructuur doet de commissie belangrijke aanbevelingen. Zo zou er een herkenbaar instituut voor veteranenzorg moeten komen, met lotgenotencontact, thuisfrontzorg, dienstverlening en nazorg en met actieve aandacht voor partners.

Deze aanbevelingen worden hier opnieuw aan de orde gesteld. Hoe staat het er nu mee, nu we een aantal jaren verder zijn?

De betekenis van het Veteraneninstituut



Het Veteraneninstituut is in sneltreinvaart opgericht en van start gegaan en in haar prille bestaan is er een aantal resultaten te noemen: er wordt een pluriform aanbod gerealiseerd, gericht op erkenning en zorg, maatschappelijk werkers gaan bij veteranen en hun thuisfront op huisbezoek, groepen uitgezonden van zogenaamde ernst-missies houden er succesvolle bijeenkomsten en er

wordt kennis gegenereerd en gedocumenteerd. Er is een toenemende samenwerking met de eerste- en tweedelijns civiele en militaire hulpverlening en er worden, bijvoorbeeld als coproductie met het Centraal

²² Begeleidingscommissie Onderzoek Veteranenzorg, *Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Aanbevelingen van de commissie Tiesinga*. Den Haag, 1997.

²³ Bramsen, I., J.E. Dirkzwager en H.M. van der Ploeg, *Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen*. Amsterdam: Vrije Universiteit (EMGO), 1997.

Militair Hospitaal (CMH), ambulante ondersteuningsgroepen opgestart. De tevredenheid van de jongere generatie over het Centraal Aanmeldings Punt en over de bijeenkomsten in het BNMO-Centrum, het nazorgcentrum van de Bond voor Nederlandse Militaire Oorlogs- en dienstslandtoffers, is hoog. De snelle start en de eerste resultaten sinds mei 2000 kunnen echter niet verhullen dat de bestuurlijke en operationele slagkracht van het Veteraneninstituut gering is. Hoe is dat zo gekomen? Waren dit de gebruikelijke aanloopproblemen die eigen zijn aan een ambitieus project of speelden ook andere factoren een rol?

De veteranenzorg in Nederland is ontstaan in 1945, vanuit het particulier initiatief (BNMO), gedragen door de veteranen zelf, vanuit het niets, en het heeft zich stap voor stap ontwikkeld tot wat het nu is. Je zou kunnen zeggen: 'er is veel om trots op te zijn'. Er is veel vooruitgang geboekt, er zijn wetten aangenomen, voorzieningen gerealiseerd, er is erkenning gekomen, er is een veteranenplatform en er is veteranenbeleid. Voor wie het zoekt is hulp en zorg beschikbaar. En toch moeten we hier constateren dat de Nederlandse veteranenzorg niet is voortgekomen uit zorg van Defensie voor haar voormalig personeel, en dat het zwaartepunt ligt bij financiële compensaties zoals het militair invaliditeitspensioen. Als zodanig is die zorg nog steeds een product van de vorige eeuw. Er is hard aan gewerkt, veel aan vertimmerd, het ziet er best indrukwekkend uit, maar de levenscyclus loopt ten einde en dat geldt natuurlijk ook voor de BNMO als vereniging van de oudere generatie veteranen en partners.

Ter illustratie dient het volgende voorbeeld. Nog steeds, tot op de dag van vandaag, worden Indië-veteranen lid van de BNMO. Ze zijn al 55 jaar terug uit Indië, ze zijn de 75 al ruim gepasseerd, en ze hadden tot op heden nog nooit van de BNMO gehoord, laat staan van het Veteraneninstituut. Zo is het met de jongeren ook: van de 45.000 jonge veteranen sinds 1963²⁴ heeft nog geen 25% een veteranenpas. Het Veteraneninstituut weet de overigen dus niet te vinden, en wat misschien nog erger is: zij weten het Veteraneninstituut niet te vinden!

Knelpunten in de Veteranenzorg

De voorstellen van de commissie Tiesinga zijn dus nog lang niet allemaal ingevuld. Er is geen veteranenadministratie, geen continuïteit van en samenhang in de zorg voor actieven en post-actieven, geen naadloze aansluiting tussen de krijgsmacht en het Veteraneninstituut. Daar zijn we het wel over eens: de zorg voor veteranen is versnipperd, ondoelmatig en bereikt de nieuwe generatie veteranen onvoldoende. Zorg is nog steeds een sluitpost. De veteranenzorg in Nederland is geen kind om trots op te zijn, geen gezonde Hollandse jongen. Het is een kindje van de hongerwinter.



Vanuit de definitie van wie in Nederland veteraan is, begint veteranenzorg formeel op het moment van dienstverlating. Tot nu toe ontbrak het aan een visie op de inhoud en organisatie van de zorg. Dit kan

leiden tot schimmige discussies over doelgroepen en al dan niet vermeende klachten en tot vreemde taferelen op het vlak van public relations en marketing. Het Veteraneninstituut weet de veteranen, voor wie het instituut is opgericht, niet te vinden. Het verkeert in een soort concurrentiepositie met de hulpverlening binnen de krijgsmacht en is voor zijn beleidsontwikkeling en financiën afhankelijk van het ministerie van Defensie. Voeg daarbij de lage organisatiegraad van met name jonge veteranen vanaf UNIFIL 1979 en het problematische hulpzoekgedrag van hen die problemen ervaren of veroorzaken, en we zien de verklaring voor de kloof tussen wenselijkheid en werkelijkheid. Nazorg is nog teveel vrijblijvend, voor de militair, de veteraan en voor Defensie.

Opvattingen over zorg na vredesmissies

Het onderzoek "Deelname aan vredesmissies" geeft een aantal opvattingen weer over zorg. "Zorg is ook erkenning, personeelszorg, onderling contact". De zorgactiviteiten kunnen worden onderverdeeld in vier niveaus: basiszorg (erkenning, contacten met collega's/lotgenoten en 'nuldlijnszorg'), primaire preventie (het daadwerkelijk voorkómen van verwerkingsproblemen), secundaire preventie (vroegge signalering en vroegtijdige behandeling) en curatieve zorg (eerste/tweedelijnszorg, algemeen/specifiek, binnen/buiten Defensie).

Van de uitgezonden militairen heeft bij benadering 20% behoefte aan hulp voor psychische en/of lichamelijke klachten. Voor wat betreft de curatieve zorg ligt het in de verwachting dat veteranen eerder een beroep zullen doen op specifieke dan op algemene voorzieningen. Vrijwel alle veteranen vinden een hulpverleningsinstelling noodzakelijk, die geheel gericht is op veteranen en hun gezinsleden. Bij de zorgstructuur voor veteranen behoort ook de zorg voor gezinsleden van veteranen en van uitgezonden of nog uit te zenden militairen. De zorg voor gezinsleden van veteranen zou verder geïntegreerd kunnen worden in het gehele begeleidingstraject rondom uitzendingen".²⁵

Veteranenzorg begint bij uitzending

De Commissie Tiesinga houdt in feite een pleidooi voor optimale ondersteuning voor alle terugkerende militairen en voor veteranen en hun thuisfront. Militair zijn is een risicoberoep, en nu in toenemende mate iedere militair erop kan rekenen in zijn militaire loopbaan één, twee of meermalen uitgezonden te worden, is een risicobenadering voor alle militairen gerechtvaardigd. We weten dat zo'n 20% van de uitgezondenen vroeger of later nadelige gevolgen ondervindt van die uitzending, alleen weten we niet wie precies die nadelige gevolgen zal ondervinden en wanneer. In een risicobenadering kan men focussen op casefinding of op (educatieve) interventies voor risicogroepen. In de nazorg voor uitgezondenen zijn beide strategieën relevant.

Verder valt de vraag naar optimale zorg in twee delen uiteen: Wat is optimale zorg vóór, tijdens en na uitzending? En wat is optimale zorg na dienstverlating? Het onderzoek van de Vrije Universiteit van Amsterdam in 1997 zegt daarover: "Een zorgstructuur voor veteranen zou moeten worden ingebed in de gehele zorgstructuur voor uitgezonden of nog uit te zenden militairen"²⁶.

²⁴ Nieuwsbrief KOC Jaargang 3, nr 2, p.8, december 2003.

²⁵ Bramsen e.a. (1997). Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg.

²⁶ Bramsen e.a. (1997). Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg.

De militaire hulpverlening tijdens en na uitzendingen is de laatste jaren sterk verbeterd en toegankelijker geworden voor militairen en veteranen, die actief op zoek gaan. Dat geldt zowel voor de eerstelijns- als voor de tweedelijnsvoorzieningen. Relatieve beperkingen hierbij zijn de reactieve opstelling en de eenzijdige focus op de individuele militair. Daarin zijn nog grote verbeteringen mogelijk. In welke richting die verbeteringen moeten worden gezocht, wordt in belangrijke mate aangegeven door de veteranen en



hun thuisfront. Zij signaleren dat de nazorg meer op het thuisfront gericht zou moeten zijn, actief en meer dan eenmalig aangeboden moet worden en blijkt moet geven van oprechte belangstelling en betrokkenheid. Het toesturen van een nazorgvragenlijst, waarop de betrokkene na terugzending vervolgens geen feedback krijgt, voldoet daar niet aan. Verder blijkt er bij verschillende personen en op verschillende momenten

behoefte te zijn aan allerlei laagdrempelige vormen van steun, begeleiding, opvang, nazorg en hulp.

Enkele voorbeelden

Zo vindt bijvoorbeeld 15-25% van de partners de periode van terugkeer moeilijk. Er is sprake van een verschil in realiteitsbeleving of er ontstaat kortsluiting in de communicatie. Het zou zinvol zijn om aan die teruggekeerde militairen en hun partners een korte communicatietraining te bieden, die hen helpt elkaars verhaal te verstaan en daarmee de relatie te versterken.

Ook de dienstverlating is voor veel militairen een breekpunt, ze verliezen hun kameraden en de militaire cultuur, die toch voor jaren hun tweede thuis was, wellicht voor sommigen zelfs het eerste thuis. Het automatisch verstrekken van de veteranenpas met het daarbij behorende veteranenblad Checkpoint zou op een positieve manier het contact met de veteranenwereld tot stand kunnen brengen en daarmee de transitie van militair naar veteraan te vergemakkelijken.

Ook een goede mogelijkheid zou zijn om bij wijze van einde-dienstbijeenkomst alle afzwaaiende militairen fysiek kennis te laten maken met het veteraneninstituut, zodat ze zich ter plekke kunnen laten registreren.

Iedere militair die met enige vorm van hulp, begeleiding of therapie de dienst verlaat zou hiermee aangemeld kunnen worden bij het Veteraneninstituut, zodat continuering van zorg geboden kan worden. Een doorlopend dossier zou voorkómen dat veel essentiële informatie verloren gaat.

Personeelszorg voor, tijdens en na uitzending

Het is dus zaak de personeelszorg vóór, tijdens en na de uitzending te optimaliseren. Dit uitgangspunt wordt door Defensie en door de krijgsmacht delen wel onderschreven en op dit terrein zijn de laatste jaren grote vorderingen gemaakt. Het huidige zorgconcept gaat uit van integrale zorg voor, tijdens en na uitzending²⁷. Samenhang in de zorg dus, maar is die er ook in de praktijk?

²⁷ Brief aan de Tweede Kamer, 26-11-1999 van Staatssecretaris van Defensie Van Hoof. Personeelszorg rond vredesoperaties.

De Directie Personeel van de Koninklijke Landmacht schrijft daarover in 2002: "In het personeelszorgtraject na de uitzending en bij het moment van dienstverlating kan door Defensie nog veel winst worden geboekt"²⁸. Zo valt bijvoorbeeld het afwikkelplan onder de verantwoordelijkheid van de Operaties van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten. Na een jaar gaat de nazorg over in reguliere personeelszorg van de commandant en zijn personeelsdienst. Na dienstverlating wordt het aan de uitgezonden militair zelf overgelaten of hij zich laat registreren als veteraan. Niet iedereen wordt daarover voorgelicht. "Doordat er geen volledige registratie van het complete traject plaatsvindt is de Koninklijke landmacht niet in staat zijn uitgezonden militairen en later zijn veteranen te volgen en een gecoördineerde nazorg en veteranenzorg aan te bieden".²⁹

Wanneer de militair kort na terugkeer van een missie de dienst verlaat dan is er onvoldoende ruimte voor het afwikkelprogramma en wordt hij slechts gedebriefd en uitgekeurd. De secundaire en tertiaire afwikkelfase vervallen.

Internationaal perspectief op nazorg

Uit het buitenland komen ook nog wat aardige voorbeelden. Zo heeft Zweden, dat toch een land is zonder veteranencultuur, de nazorg wettelijk verplicht gesteld. Het Zweedse ministerie van Defensie is verplicht om onderzoek, begeleiding en reünies te bieden en de militairen zijn contractueel gehouden aan deelname tot vijf jaar na terugkeer.

Op een heel andere manier heeft Finland het verlofsysteem afgestemd op de wensen van de militairen en hun thuisfront om vaker thuis te zijn. Tijdens missies van meestal twaalf maanden komen de militairen iedere maand een week met verlof met de zgn. 'home supply flight'. Het is nog niet bekend of dat ook aantoonbaar invloed heeft op gezondheid en welzijn van de militairen of hun thuisfront.

Uit een veel verder buitenland nog dit: Australië is weliswaar veel groter dan Nederland maar het land heeft toch maar 20 miljoen inwoners. Dus in dat opzicht is het vergelijkbaar, al zijn er veel meer veteranen, vnl. uit WO-II en Vietnam (450.000). Australië heeft bijvoorbeeld 24.000 vredesmissieveteranen, en besteedt jaarlijks 8,9 miljard Australische dollars (ongeveer €5 miljard) aan veteranenzorg, waarvan 62% aan compensaties en 38% aan zorg³⁰. De Nederlandse uitgaven voor veteranenzorg zijn niet bekend.

Nieuwe kansen en uitdagingen voor de Nederlandse krijgsmacht

In de Prinsjesdagbrief van 2003 schetst Minister Kamp de toekomst van onze krijgsmacht en in de debatten na Prinsjesdag zegt hij herhaaldelijk dat we trots kunnen zijn op onze internationale bijdrage aan vrede en veiligheid, op onze krijgsmacht en op onze militairen. Uit de brief blijkt dat de krijgsmacht van de toekomst kleiner en professioneler wordt en zich geheel en al richt op de inzet bij crisisbeheersingsoperaties. De brief spreekt van een nieuw evenwicht tussen taken en middelen en van de keuze voor kwaliteit boven kwantiteit. En als einddoel wordt geformuleerd: "Een gezonde organisatie die het personeel uitdagingen en perspectief biedt. Iedereen, van laag tot hoog, kan er trots op zijn bij

²⁸ Hfd Personeelszorgcoördinatie aan wnd BLS (augustus 2002): Voorstellen ter verbetering (na)zorg uitgezonden militairen , overgaand in veteranenzorg.

²⁹ Idem.

³⁰ Informatie van Associate Professor Graeme Hawthorne, Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, oktober 2003.

Defensie te werken". In de bijbehorende personeelsbrief van Staatssecretaris Van der Knaap wordt uiteengezet dat er vanaf 2004 één personeelsinformatiesysteem voor de gehele Defensieorganisatie ingevoerd wordt en een defensiebreed Dienstencentrum Personeel. De Hoofddirectie Personeelsbeleid zal het integrale personeelsbeleid voor de gehele Defensieorganisatie ontwikkelen³¹. Deze perspectieven voor een defensiebrede personeelszorg geven natuurlijk ook zicht op een defensiebrede veteranenzorg. Niet alleen voor de grote contingenten, maar ook voor de kleinere missies. En voor de missies die zijn samengesteld uit onderdelen van marine, landmacht, luchtmacht en marechaussee. Een veteranenzorg, waarbij inderdaad een naadloze overgang mogelijk is tussen de zorg voor actieven en post-actieven.

Maar ook het Veteraneninstituut in Doorn heeft lessen getrokken uit de eerste drie jaren van haar bestaan. De in 2003 vernieuwde bestuursstructuur moet de slagvaardigheid vergroten. De BNMO wil langzamerhand de BNMO-groep, als leverancier van professionele diensten, losmaken van de BNMO als vereniging. Al deze ontwikkelingen bieden kansen om de reeds langer bestaande wensen op het gebied van veteranenzorg een nieuwe impuls te geven. Krijgen we daar ook de handen voor op elkaar?

Maatschappelijke en politieke steun voor veteranenzorg

De in opdracht van het Veteraneninstituut gehouden opiniepeiling van bureau Blauw ³² toont aan dat 'ruim vier van de vijf volwassen Nederlanders van mening zijn dat de behandeling van medische en psychische klachten die voortvloeien uit militaire ervaringen in alle gevallen kosteloos moet zijn'. Bijna tweederde van de bevolking vindt bovendien dat zulke klachten altijd met voorrang behandeld moeten worden. Met andere woorden, bij alle vormen van behandeling –dus ook door hulpverleners in de reguliere gezondheidszorg- zijn wachtlijsten en eigen bijdragen klaarblijkelijk uit den boze³³.

De Tweede Kamer spreekt zich ook steeds duidelijker uit voor het verbeteren van de veteranenzorg. Zo wil het eindrapport van de parlementaire enquêtecommissie Srebrenica "dat Defensie haar nazorg beter organiseert en dat het administratiesysteem bij Defensie van veteranen zo veel mogelijk sluitend wordt gemaakt en up-to-date wordt gehouden. Het is tevens van belang dat de vaste commissie voor Defensie van de Tweede Kamer de nazorg blijvend een volwaardige plaats in haar controlerende werkzaamheden geeft"³⁴. Daarmee wordt dus zowel de beleidsverantwoordelijkheid van het Ministerie als de controlerende verantwoordelijkheid van de Kamer nog eens duidelijk aangezet.



De verschillende fracties in de Kamer zijn bijna unaniem bezorgd over de afwachtende houding van Defensie. De volgende reactie van het CDA is daarvan een voorbeeld. "Ten aanzien van het veteranenbeleid leert de ervaring dat de nazorg voor militairen die terugkeren van vredesmissies van enorm belang is. Defensie biedt hiertoe diverse

³¹ Ministerie van Defensie (16 sept. 2003). Het personeelsbeleid van Defensie in de komende jaren.

³² Blauw Research BV, oktober 2003.

³³ Checkpoint nr. 9, december 2003, J. Schoeman.

³⁴ Missie zonder Vrede, januari 2003.

mogelijkheden, maar volgens de CDA-fractie moet Defensie hierin een meer pro-actieve rol vervullen. Defensie moet niet afwachten of iemand zich meldt, maar de mensen actief benaderen om hun fysieke en mentale gezondheidsconditie te volgen. De sterke toename van militairen die na uitzending lijden aan een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) geeft hier alle reden toe. Zelfs jaren na uitzending wordt er bij veteranen nog PTSS gediagnosticeerd. Helaas zijn de adresgegevens van veteranen slechts in beperkte mate bekend.³⁵

Naar aanleiding van Prinsjesdag 2003 vraagt de Kamer unaniem aan Staatssecretaris Van der Knaap speciale aandacht voor de opvang van veteranen, waarop Defensie tegen de wil van de Kamer wil bezuinigen. Eerst verzette Van der Knaap zich, maar aan het einde van de avond zei hij er 's nachts nog eens over te willen nadenken³⁶. Dit nadenken leidde de volgende dag tot de toezegging dat er in 2004 niet bezuinigd wordt op veteranenzorg en dat er in de eerste helft van 2004 een evaluatie van het veteranenbeleid komt, waarover de Staatssecretaris de Kamer zal informeren middels een nieuwe veteranenbrief.



Staatssecretaris van der Knaap begrijpt waar het over gaat: “Nu hebben veteranen een warm plekje in mijn hart en ik vind dat ik voor hen een behoorlijke verantwoordelijkheid heb te dragen. Het gebeurt te vaak dat mensen korte of langere tijd nadat zij zijn uitgezonden problemen krijgen. PTSS wens je niemand toe. Daarop bezuinigen kan dus ook helemaal niet. Daarom heb ik de Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, tevens Inspecteur der Veteranen, gevraagd om mij op een zo kort mogelijke termijn te informeren welke aanvullende maatregelen ik nog zou moeten treffen om te komen tot een optimaal veteranenbeleid. Ik stel voor om dat onderzoek van de IGK af te wachten. Vervolgens kan ik op basis van de

onderzoeksresultaten met de Kamer van gedachten wisselen over de benodigde aanvullende maatregelen om te komen tot een optimalisering van het veteranenbeleid”³⁷. Inmiddels is in juli 2004 dit advies aan de Staatssecretaris aangeboden (red.). Van der Knaap weet uit eigen ervaring, zijn vader was Indië-veteraan, hoe het is om kind van een veteraan te zijn. Zijn hart ligt wel bij de veteranenzorg, hij spreekt zich daar in de Checkpoint van september 2003 duidelijk over uit: “Het zou mij een lief ding waard zijn als we dat uit het lood raken, scheiden, vereenzamen, alcohol- en drugsverslaving en zelfdoding eerder zouden herkennen en tot een structuur zouden kunnen komen waarin signalen van die mensen snel kunnen worden opgepakt en dat we ze de hulp kunnen bieden die ze nodig hebben”³⁸.

In deze uitspraken van de Staatssecretaris kunnen we moeilijk iets anders beluisteren dan een stevig pleidooi voor een snelle, adequate, systematische, preventieve benadering van de zorg voor militairen na uitzending, die nog wat mag kosten ook. Hij sluit daarmee goed aan bij de opvattingen die leven bij het Nederlandse publiek, dat zich in een peiling van begin september 2003, dus nog vóór Prinsjesdag, duidelijk uitspreekt ten gunste van kosteloze en prioritaire zorg voor militairen bij medische en psychische klachten.

³⁵ Mw. Aasted-Madsen van Stiphout (CDA), Tweede Kamer, oktober 2003.

³⁶ NRC Handelsblad, 21 oktober 2003.

³⁷ Staatssecretaris van der Knaap, Tweede Kamer, oktober 2003.

Kortom, het lijkt er op dat er een consistent en groeiend maatschappelijk draagvlak is voor optimale zorg na uitzendingen. Hoe kunnen we dat perspectief creëren? In feite zoeken we naar een Nederlands perspectief in de geest van de commissie Tiesinga: "het beste wat de Nederlandse samenleving te bieden heeft".

Naar een integraal zorgconcept voor vredesoperaties

Met al deze bevindingen willen we enkele inhoudelijke suggesties doen voor de zorg.

In de eerste plaats is er veel verbetering mogelijk als bijvoorbeeld het 'Integraal Zorgconcept Vredesoperaties' daadwerkelijk in alle krijgsmachtdelen en voor alle militairen in alle omstandigheden zou worden toegepast. In de tweede plaats kunnen de mogelijkheden aanzienlijk worden uitgebreid als Defensie en het Veteraneninstituut hun krachten zouden bundelen en partners werden in plaats van concurrenten. Dit betreft zowel het gebied van onderzoek als het gebied van zorg. In een zorgsysteem dat in gezamenlijke regie kan worden ontworpen en uitgevoerd zou de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor de actieven bij de krijgsmacht liggen en de verantwoordelijkheid voor de post-actieven bij het Veteraneninstituut. Ze zouden samen een keten vormen waarin vrijwel niemand meer buiten de boot kan vallen. In deze keten krijgt iedere militair een standaard pakket aan onderzoeken en preventieve interventies, terwijl op indicatie allerlei aanvullende individuele of groepsinterventies mogelijk zijn.

In de bestaande voorzieningen voor hulp zou speciaal aandacht besteed moeten worden aan vroegtijdige signalering en vroegtijdige interventies, die drempelverlagend werken voor zowel veteranen als hun thuisfront. Als zorg een normaal onderdeel van de bedrijfscultuur wordt, zal het gebruik van deze zorg door militairen en veteranen steeds minder problemen opleveren, waardoor het rendement verder toeneemt. Hierbij denken we aan educatieve interventies voor risicogroepen en aan individuele- of groepsinterventies voor diegenen die daadwerkelijk problemen ervaren.

De onderzoeksinspanningen van Defensie en het Veteraneninstituut zouden gecoördineerd en gebundeld kunnen worden. Een aparte onderzoekslijn moet worden opgezet voor de evaluatie van preventieve interventies, krachtens de aanbeveling van de Vrije Universiteit Amsterdam uit 1997: "Er is toegepast onderzoek nodig om te kunnen vaststellen hoe je klachten kunt voorkómen, dan wel effectief kunt behandelen. Daarbij mogen overigens ook de partners van veteranen niet buiten beeld blijven".³⁹

Omdat niet in de eerste plaats de technologie maar eerder de politieke arena de voortgang van dit soort processen bepaalt, is het aan te bevelen om een brede Taskforce Nazorg op te richten. Deze Taskforce moet niet zozeer nota's produceren maar samenwerking genereren. Enigszins vergelijkbaar is de Commissie Ontwikkeling Integrale Nazorgvragenlijst (COIN) die de bestaande medische en psychologische nazorgvragenlijsten aaneensmeedt voor alle krijgsmachtdelen. De Taskforce Nazorg moet voldoende boven de partijen staan en slechts het belang van optimale nazorg voor ogen houden. Pas dan kan een optimale veteranenzorg ontworpen worden, die passend is in de eenentwintigste eeuw, omdat "militairen recht hebben op het beste wat de Nederlandse samenleving te bieden heeft". Op termijn plukken alle militairen en veteranen, maar ook de krijgsmacht en de samenleving daar de vruchten van.

³⁸ Checkpoint, september 2003.

³⁹ Dr. Inge Bramsen in: Nieuwsbrief KOC, jaargang 1, nr. 3, december 2001.

Hoofdstuk 4. Positieve aspecten en effecten van vredesmissies, Judith Bos, Joanne Mouthaan, Jos M.P. Weerts

Inleiding

Vanuit zorgoogpunt is logischerwijs veel aandacht besteed aan de ziekmakende aspecten en factoren tijdens en de nadelige gevolgen van vredesmissies. Uit diezelfde onderzoeken komt echter telkens naar voren dat het percentage uitgezonden met ernstige klachten – en zelfs het percentage dat mogelijk traumatische gebeurtenissen heeft meegemaakt – heel klein is.

De vraag is dus, richten we ons in geval van vredessoldaten niet op de verkeerde of te beperkte ervaringen en gevolgen? Zeker in langer lopende missies zijn gevechtservaringen en andere traumatiserende gebeurtenissen niet veelvoorkomend. Om te weten te komen wat de gevolgen nu precies zijn voor personen die op een vredesmissie zijn geweest, is het nodig *meer* aspecten en gevolgen van die aspecten te meten dan alleen schokkende of traumatische gebeurtenissen en klachten. Inzoomen op ingrijpende gebeurtenissen, traumatische uitzendervaringen, risicofactoren, en fysieke, psychische en algehele malaise onttrekt juist het zicht op de fenomenen die bij de meerderheid van de veteranen voorkomen.

Positieve geluiden

Door de veteranen zelf aan het woord te laten kwamen in meerdere studies positieve kanten van de uitzendervaringen aan het licht. Aan Noorse UNIFIL-veteranen⁴⁰ werd gevraagd naar hun indrukken van de uitzending. In hoge of zeer hoge mate gaf telkens een meerderheid aan positieve indrukken te hebben opgedaan. In een Nederlandse studie onder veteranen van vredesmissies⁴¹ gaven de respondenten vooral aan dat de uitzending verschillende gebieden van hun leven, waaronder de relatie met de partner, hun sociale contacten en hun blik op het leven, niet of met name ten positieve had beïnvloed. De manieren van terugkijken op de uitzending waren bij deze veteranen voornamelijk positief. De uitzending had hun horizon verbreed, zij keken met een goed gevoel terug op de uitzending en hun zelfvertrouwen was toegenomen. Voor een minderheid van de veteranen was de uitzending een zware last geweest voor henzelf en/of hun thuisfront en was de uitzending nog niet helemaal verwerkt. Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden dat de uitzending gezien wordt als betekenisvol en dat verschillende levensgebieden nauwelijks alleen ten negatieve worden beïnvloed door de ervaring van de uitzending. Uit onderzoek is ook bekend dat het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, zoals een uitzending, invloed kan hebben op de gezondheid. Is het wellicht mogelijk dat terugblik een rol speelt in de relatie tussen ingrijpende ervaringen en gezondheidsklachten?

Relatie tussen terugblik en de gezondheid na uitzending

De data van 1.000 'jonge veteranen' uit het eerder genoemde Nederlandse onderzoek werden opnieuw bekeken om te onderzoeken in hoeverre terugblik een rol speelt bij individuele verschillen in de lineaire

⁴⁰ Weiaeth, L., Mehlum, L. (1993): The UNIFIL study 1991-1992. Oslo: Joint Medical Service.

⁴¹ Bramsen, I. Dirkwager, A.J.E., Ploeg, H.M. van der (1997): Deelname aan Vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Amsterdam: Vrije Universiteit EMGO Instituut.

relatie tussen belastende gebeurtenissen en gezondheidsklachten⁴². Vijf items vormden negatieve terugblik en positieve terugblik bestond uit zeven items. Ook werd de hoeveelheid meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen gemeten en verschillende gezondheidsklachten, waaronder Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).

Zoals te verwachten ging negatief terugblikken samen met meer gezondheidsklachten en positief terugblikken samen met minder gezondheidsklachten. Opvallend was echter dat bijna geen enkele veteraan alleen positief of alleen negatief terugkijkt op de uitzendervaringen. Het samengaan van de verschillende wijzen van terugkijken bleek een belangrijk effect te hebben: een positieve terugblik bufferde de ongunstige werking op de gezondheid van een negatieve terugblik. Het buffereffect van positieve terugblik bleek ook aanwezig in de relatie tussen ingrijpende gebeurtenissen en gezondheid: een overwegend positieve terugblik buffert de ongunstige werking op de gezondheid van het meemaken van veel belastende gebeurtenissen. De samenhang tussen terugblik en gezondheidsklachten bleek zelfs sterker dan de samenhang tussen gezondheid en het meemaken van belastende gebeurtenissen.

Positieve terugblik blijkt hiermee een gezondheidsbevorderende factor te zijn. Een sterk negatieve terugblik kan een voorspeller zijn voor de ontwikkeling van gezondheidsklachten. Cognitieve gedragstherapie, waarbij de positieve kanten van de ervaringen worden belicht, lijkt hierdoor een effectieve behandeling voor uitzendingsgerelateerde klachten. In behandeling en onderzoek dient meer aandacht te komen voor positieve gebeurtenissen tijdens uitzendingen en positieve gevolgen van uitzendingen in plaats van te kiezen voor de klassieke pathologische invalshoek.

“Sunny side up”

Naast de focus op voornamelijk negatieve gevolgen van deelname aan een vredesmissie hebben studies zich gericht op de ingrijpende en negatieve aspecten van vredesmissies. Vredesmissies behelzen meer aspecten en taken dan alleen ingrijpende gevechtservaringen of oorlogshandelingen. Vooral in de langer lopende missies dalen de aantallen meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen en daarmee de negatieve gevolgen ervan⁴³. Met name bij dergelijke operaties, waar oorlogshandelingen niet centraal staan, is het van belang de gehele situatie in ogenschouw te nemen en het daaraan verbonden scala aan gevolgen.

Om te beginnen heeft een vredesmissie verschillende aspecten. Hoewel elke missie verschilt van de ander en zelfs binnen één missie de ervaringen van individuen sterk uiteenlopen, kunnen de gebeurtenissen gecategoriseerd worden in mogelijk traumatiserende of traumatogene gebeurtenissen, negatieve aspecten en positieve aspecten⁴⁴. Negatieve aspecten zijn de meer sluimerende, dagelijkse stressoren waarmee militairen in uitzendgebieden te maken krijgen. Deze stressoren hebben te maken met isolatie, verveling, ambiguïteit en machteloosheid. Voorbeelden zijn het omgaan met de rules of engagement en de beperkingen in handelen, bijvoorbeeld tijdens patrouilles. De positieve aspecten, die gedefinieerd worden als “gebeurtenissen, omstandigheden en context die als plezierig of bemoedigend

⁴² Bos, J. (2003): Treugblik op VN vredesmissies: een onderzoek naar de invloed van appraisal van missiegerelateerde gebeurtenissen op de psychische en lichamelijke gezondheid van veteranen. Doorn: Veteraneninstituut.

⁴³ Flach, A., Zijlmans, A. (1998-2001): Vragenlijsten Nazorg Koninklijke Landmacht: Uitzending, beleving en verwerking. Amersfoort: Afdeling Individuele Hulpverlening en Afdeling Gedragwetenschappen.

⁴⁴ Litz, B.T., King, L.A., King, D.W., Orsilo, S.M., Friedman, M.J. (1997): Warriors as peacekeepers. Features of the Somalia experience and PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 65, no. 6. pp.1001-1010.

ervaren worden”, vormden een buffer tegen het ontwikkelen van PTSS. Het ervaren van intense levensbedreiging kan echter de positieve effecten van de vredesmissie teniet doen. Opvallend was dat het beleven van meer negatieve aspecten en frustratie over de opgelegde geweldsbeheersing samenging met het ervaren van meer positieve aspecten. Het lijkt dat militairen die door de dagelijkse stressoren en de geweldsbeheersing meer frustratie ervaren, juist meer voordeel halen uit de positieve aspecten van hun taken. Deze uitkomsten geven aan dat de complexe rol van de vredesmissie militair een grote invloed uitoefent op de gezondheid en kan leiden tot verschillende uitkomsten of voordelen. Door de onderverdeling in meerdere categorieën ervaringen kan genuanceerder gekeken worden naar de effecten van verschillende ervaringen op het ontwikkelen van PTSS. Zowel de belastende gebeurtenissen als de negatieve aspecten bleken een directe relatie te hebben met PTSS, maar het waarnemen van positieve kanten tijdens de uitzending bleek een grote buffer tegen het ontwikkelen van die klachten. Daarnaast bleek dat er een zekere mate van tegenslag ervaren moet worden om het nut en de positieve kanten ervan te zien. Het is jammer dat de studie alleen de invloed van de ervaringen op de ontwikkeling van PTSS heeft bekeken, terwijl het zijn uitwerking kan hebben op gezondheid in bredere zin en misschien zelfs op de kwaliteit van leven.

Mogelijke gevolgen van vredesmissies

De medische wetenschap heeft naast nadelige effecten al langer oog voor voordelige gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen⁴⁵. Geconfronteerd met een terminale of chronische ziekte, bleken patiënten naast negatieve uitkomsten ook positieve veranderingen door te maken. Zo ontwikkelden personen sterkere familiebanden en vriendschappen, merkten zij positieve persoonlijkheidsveranderingen zoals meer empathie, tolerantie, geduld en moed. Ook waardeerden zij hun veranderde levensprioriteiten en persoonlijke doelen meer. Als gevolg hiervan vertoonden patiënten onder andere minder negatief affect en minder depressie, ontleenden zij meer betekenis aan het leven en hadden ze minder last van gemoedsschommelingen of indringende gedachten. Een instrument om groei na trauma te meten is de Post Traumatic Growth Inventory⁴⁶. Personen die een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt scoorden hoger op deze vragenlijst dan personen die dat niet hadden beleefd op nieuwe mogelijkheden, aangaan van nieuwe relaties, persoonlijke sterkte en waardering voor het leven.

De meeste uitgezonden militairen maken volgens ons geen traumatogene gebeurtenissen mee. Toch kunnen zij ook voordelen ervaren van hun inzet tijdens een vredesoperatie.

Betekenis en voordelen van de uitzending

Welke invloed de uitzendervaring als geheel heeft op het leven van de deelnemers nadien, is te meten via de betekenisvolheid van de uitzendervaring⁴⁷. Het idee is dat de deelname aan een vredesmissie iemand eerder voordelen zal opleveren, wanneer diegene er betekenis aan ontleent. De attitudes ten opzichte van de missie, de perceptie van de missie als relevant voor de eigen identiteit, de wijze waarop de militaire

⁴⁵ Affleck, G., Tennen, H. (1996): Construing benefits from adversity. Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, vol 64, no. 4., Pp. 899-921.

⁴⁶ Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996): The Post Traumatic Stress Inventory. Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol 9, pp. 455-471.

leider aankijkt tegen de vredesmissie en de mate van publieke steun voor de missie zijn belangrijke factoren die bijdragen aan het ontlenen van betekenis. Veteranen die hun deelname betekenisvol vonden zagen meer persoonlijk voordeel zoals “ik ben een sterker persoon” en “ik kan nu beter met stress omgaan”. Ook zien zij positieve effecten op het werk, “ik kon eindelijk mijn echte taak uitoefenen” en zelfs voordeel voor het gezinsleven, “ik realiseerde me hoe belangrijk mijn gezin is”. Ervaringen tijdens de missie die de inzet in een context helpen te plaatsen, zoals het zien van verwoestingen en contact hebben met de lokale bevolking, zorgen na afloop van de missie voor meer voordelen. Deze voordelen en het ontlenen van betekenis en zinvolheid kunnen belangrijke factoren zijn in de aanpassing aan en het baat hebben bij de uitzendervaringen, wat weer van invloed is op de verdere gezondheid.

Terugblik en behoeften

Een gevolg van elke ervaring, dus ook deelname aan een vredesmissie, is het hebben van een bepaalde terugblik. Eerder werd reeds beschreven dat een positieve terugblik een belangrijke gezondheidsbevorderende factor is. Het kan echter ook leiden tot andere uitkomsten, namelijk bepaalde behoeften. Personen die weinig positief en sterk negatief terugkeken op hun uitzending, hadden een sterkere hulpbehoefte. Hierbij moet worden opgemerkt dat slechts 8% van de jonge veteranen deze negatieve terugblik hadden. Personen die daarentegen sterk positief en weinig negatief terugkeken, bleken vaker een sterke behoefte aan erkenning te hebben. Ongeveer 30% had deze positieve terugblik. Wanneer iemand echter zowel sterk positief als sterk negatief terugkeek op zijn uitzending, iets dat bij 60% van de jonge veteranen voorkwam, was er een sterke behoefte aan contact met voormalige eenheidsgenoten aanwezig. Hieruit blijkt wel dat de hulpbehoevende groep relatief klein is. Onder de personen die geen hulp nodig hebben, zien we wel belangrijke andere behoeften, waar we hen in kunnen steunen en helpen.

Bredere blik op aspecten en effecten

Het breder bekijken van de verschillende aspecten van vredesoperaties geeft meer inzicht in en meer begrip voor het complexe karakter van de taken en de rol van de individuele militair. Ook blijkt dat menige ervaring tijdens zo'n uitzending bijdraagt aan de gezondheid achteraf. Tijdens de uitzendervaring zijn ook gezondheidsbevorderende factoren, zoals de positieve aspecten, aanwezig, die al in dat stadium benadrukt en beïnvloed zouden kunnen worden.

Als we breder kijken naar de mogelijke gevolgen van deelname aan vredesmissies, doen we recht aan het feit dat het leven uit meer bestaat dan alleen uit de aan- en afwezigheid van klachten. Terugblik als één van de gevolgen heeft zelf ook effect op uitkomsten, waarop ingespeeld kan worden. En ook betekenisverlening, wat kan leiden tot het zien van bepaalde voordelen, kan effect hebben op het verbeteren van gezondheid.

In plaats van alleen interveniëren bij klachten, zouden ook interventies gemaakt kunnen worden die gericht zijn op meer neutrale of gezondheidsbevorderende factoren zoals terugblik en betekenis. Wellicht

⁴⁷ Britt, T.W., Adler, A.B., Bartone, P.T. (2001): Deriving benefits from stressful events. The role of engagement in meaningful work and hardiness. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol 6, no 1, pp. 53-63.

zijn mensen dan makkelijker te benaderen voor hulp, maar ook als preventie van klachten en het verbeteren van de kwaliteit van leven zou dit een belangrijke impuls kunnen zijn.

Bij het onderzoeken van de gezondheid van vredesmissieveteranen dient men het spectrum niet alleen te beperken tot schokkende gebeurtenissen en daaruitvolgende psychische en lichamelijke problemen. De vraag, "Wat maakt dat het goed gaat?", geeft een dieper inzicht in de beleving van de vredesoperatie en de gevolgen in het leven daarna. De betekenis die deze ervaringen hebben voor de betreffende deelnemer resulteren in een bepaalde terugblik en veranderingen in het leven op persoonlijk en sociaal vlak, die van grote invloed kunnen zijn op hun gezondheid en welzijn, en die belangrijke aanknopingspunten opleveren voor de mensen bij wie het achteraf minder goed ging.

Hoofdstuk 5. Klachten na uitzending, rampen en calamiteiten. Maaike de Vries

Inleiding

De aandacht voor klachten na militaire uitzending, rampen en calamiteiten is sinds de jaren negentig groeiende. Dat is niet voor niets. Zowel natuurrampen als technologische rampen komen vaker voor en eisen meer slachtoffers dan een aantal decennia geleden. Ook de bijkomende kosten zijn sterk toegenomen. Na vrijwel iedere ramp, calamiteit, of militaire uitzending treden gezondheidsklachten op. Over wat voor soort klachten gaat het hier?

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat ongeveer 20% van de militairen na uitzending klachten ontwikkelt. Uit onderzoek naar getroffenen van rampen - het betreft hier dus de burgerbevolking - bleek dat tussen de 20 en 50% van de betrokkenen één jaar na de gebeurtenis nog ernstige klachten had. Om wat voor soort klachten gaat het dan? Bij klachten na een uitzending, ramp of calamiteit is er geen sprake van een afwijkend klachtenprofiel dat op een specifiek syndroom wijst. Kortom: het gaat veelal om 'normale klachten' die in in hele bevolking voorkomen. Het enige verschil is dat deze 'normale klachten' vaker optreden in reactie op buitengewone ervaringen. Het gaat dan om klachten als posttraumatische stressreacties, of lichamelijke klachten waarvoor geen medische verklaring kan worden gevonden. Lichamelijk onverklaarde klachten kunnen klachten zijn zoals vermoeidheid, chronische pijn of last van het bewegingsapparaat. Daarnaast komen neuropsychologische klachten veelvuldig voor, zoals vergeetachtigheid of concentratieproblemen. Ook angst en depressie zijn veel voorkomende aandoeningen.

Gebrek aan erkenning

Wat na vrijwel iedere ramp, calamiteit of militaire uitzending opvalt, is dat betrokkenen een sterke behoefte hebben aan begrip, aandacht, erkenning en respect. Wanneer dit onvoldoende wordt geboden of gepercipieerd, kan dat een voedingsbodem zijn voor verschillende problemen. Eén daarvan is het probleem van causale attributies, ofwel ideeën die mensen hebben over oorzakelijke relaties tussen bepaalde factoren en gezondheidsklachten. Om een voorbeeld te geven: naar Cambodja uitgezonden VN-militairen schreven hun gezondheidsklachten toe aan het anti-malariamiddel met de merknaam Lariam dat zij tijdens hun verblijf in Cambodja hadden geslikt. Volgens de militairen waren de bijsluiters uit de verpakkingen verwijderd. Onder hen deden verschillende verhalen de ronde. Eén ervan was het verhaal dat zij gebruikt zouden worden voor een medisch experiment zonder dat zij daarvoor toestemming hadden gegeven. Eén bataljon militairen liet T-shirts drukken met de tekst: "Het zal de Lariam wel zijn". Attributies speelden ook een rol na de eerste Golfoorlog. Grote groepen Amerikaanse en Britse militairen keerden terug met uiteenlopende gezondheidsklachten. De verklaring voor deze problemen zochten zij onder andere in de toegediende vaccinaties en blootstelling aan verarmd uranium.

Onafhankelijk onderzoek naar de aard van gezondheidsklachten

Naar aanleiding van de gezondheidsklachten van Nederlandse VN-militairen die deelnamen aan de vredesmissie UNTAC in Cambodja, gaf de Nederlandse overheid in 1997 het Universitair Medisch Centrum Nijmegen de opdracht om een wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. De Nederlandse deelname aan UNTAC vond plaats van april 1992 tot oktober 1993. In totaal namen 2.616 Nederlanders hieraan deel. Er

werden drie bataljons uitgezonden, elk voor een periode van zes maanden. Het onderzoek onder de militairen bestond uit meerdere deelonderzoeken.

Allereerst werden alle naar Cambodja uitgezonden militairen gevraagd een vragenlijst in te vullen. Ruim zeventienhonderd personen reageerden. Vier tot vijf jaar na terugkeer uit Cambodja had 35% van de militairen last van vergeetachtigheid, 28% van concentratieproblemen en een kwart van ernstige vermoeidheid. Deze cijfers zijn gebaseerd op zelfrapportage.

Zoals in wetenschappelijk onderzoek gebruikelijk is, zijn de klachten ook onderzocht aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Op basis hiervan bleek dat 17% van de militairen ernstig vermoeid was en aan vermoeidheid gerelateerde klachten had. In het onderzoek was ook een viertal controlegroepen betrokken. Vooral de groep militairen die uitgezonden was naar Centraal Afrika had last van ernstige vermoeidheid.

Bij later vervolgonderzoek bij de Cambodja-gangers bleken de gezondheidsklachten lang aan te kunnen houden, soms zelfs jaren. Bij meer dan de helft van de Cambodja-gangers met ernstige klachten trad 18 maanden na het eerste onderzoek geen verbetering op.

Bij klachten na uitzending, rampen en calamiteiten wordt vaak verondersteld dat deze zonder uitzondering te maken hebben met traumatische gebeurtenissen. In het onderzoek onder de Cambodja-militairen is de samenhang tussen de posttraumatische stressstoornis en andere klachten onderzocht. Slechts een fractie van de militairen die ernstige vermoeidheidsklachten hadden, voldeden aan de criteria voor de diagnose posttraumatische stressstoornis. De conclusie luidde dan ook dat de posttraumatische stressstoornis onvoldoende verklaring biedt voor de klachten. Met andere woorden, er is meer aan de hand dan alleen een trauma. De klachten van de Cambodja-gangers vertoonden overigens opvallende overeenkomsten met problemen van de Amerikaanse en Britse militairen na de eerste Golfoorlog.

Het Post-Deployment Syndrome

Al sinds de Amerikaanse burgeroorlog worden klachten bij militairen na uitzending beschreven. Opvallend is dat telkens weer naar een nieuw syndroom wordt gezocht met een nieuwe naam. De verschillende presentaties van de klachten zijn grotendeels te verklaren door de stand van de medische wetenschap en culturele factoren. Er kan echter gesteld worden dat de klachten meer door overeenkomsten worden gekenmerkt dan door verschillen. Er is een treffende gelijkenis in klachten en werkingsmechanismen. Om aan te geven dat het niet zinvol is na iedere uitzending naar een nieuw syndroom te zoeken, is de term Post-Deployment Syndrome bedacht. De terminologie geeft aan dat klachten na uitzending vaak voorkomen, en biedt bovendien een legitimering voor de klachten. Het grote nadeel van deze benaming is dat ze een link legt met een uitzending, terwijl de gezondheidsklachten ook bij getroffen burgers na rampen en calamiteiten kunnen voorkomen.

Het voorkomen van onnodig leed

Tot besluit zijn nog twee zaken van belang bij klachten na een uitzending of bij rampen en calamiteiten. Om te beginnen het belang van goede risicocommunicatie. Door helder, duidelijk en open te zijn over bijvoorbeeld blootstelling aan mogelijk schadelijke stoffen, bijwerkingen van medicatie en andere potentiële risico's kan veel leed worden voorkomen. Op korte termijn draagt goede risicocommunicatie bovendien bij aan het voorkomen van massahysterie, irrationele angstgevoelens en wordt het gevoel van

controle versterkt. Op lange termijn draagt goede risicocommunicatie bij aan het voorkomen van attributies. Het vertrouwen in de overheid of verantwoordelijke instanties blijft behouden en complottheorieën hebben een minder vruchtbare bodem.

Goed gezondheidsonderzoek draagt bij aan het voorkomen van attributies, wantrouwen tegen de overheid, en het ontstaan van complottheorieën. Daarnaast biedt gezondheidsonderzoek inzicht in de gezondheidstoestand van een uitgezonden of getroffen populatie. Door middel van onderzoek kunnen bijvoorbeeld de zorgbehoefte en zorgvraag in kaart worden gebracht waardoor de zorg beter op maat kan worden aangeboden. Binnen gezondheidsonderzoek is het wenselijk om gedegen psychosociaal onderzoek te doen dat uit meerdere metingen bestaat. De eerste meting vindt bij voorkeur voorafgaande aan de uitzending plaats, gevolgd door een aantal metingen na terugkeer. Ook draagt gezondheidsonderzoek bij aan het bieden van aandacht, erkenning en respect voor uitgezonden militairen en getroffenen.

Hoofdstuk 6. Het Post-deploymentsyndroom, diagnose en zorg in ontwikkeling, Eric Vermetten, Wolter S. de Loos. 48

Inleiding

De Nederlandse krijgsmacht wordt al sinds jaren geconfronteerd met een groep militairen en veteranen – geschat op 10 tot 15% – die na uitzending melding maakt van langdurig optredende, medisch onbegrepen lichamelijke klachten die tot een aanzienlijke mate van medische consumptie en werkverzuim leiden. Dit probleem doet zich niet alleen in Nederland voor. Ook landen zoals de Verenigde Staten en Engeland melden chronische, onbegrepen gezondheidsklachten na uitzending⁴⁹. In het merendeel van de gevallen is hiervoor geen adequate medische behandeling voorhanden⁵⁰. Slechts een klein aantal wordt met goed resultaat binnen dan wel buiten de defensieorganisaties geholpen. Voor het grootste deel van deze groep kan er echter binnen de mogelijkheden van de huidige verstrekkingenpakket in de gezondheidszorg geen adequate medische behandeling worden gevonden.

Belangrijk is het te constateren dat de gerapporteerde gezondheidsklachten aan verschillende uitzendingen zijn gerelateerd en derhalve niet uitzendingsspecifiek lijken. Wel zijn er aanwijzingen dat het culturele patroon van het tijdsgewricht invloed heeft op de presentatie. In de Amerikaanse Burgeroorlog overheersten klachten zoals hartkloppingen, diarree en uitputting onder de naam soldier's heart or irritable heart⁵¹. In de periode van de Victoriaanse militaire campagnes, de Boerenoorlogen en de Eerste Wereldoorlog overheerste het cluster van snelle hartslag, tremor, hoofdpijn, duizeligheid, gewrichtspijnen, slaapstoornissen, gewichtsveranderingen en angst, terwijl depressies, geheugenproblemen, prikkelbaarheid en concentratiestoornissen opmerkelijk weinig werden vermeld. Een tweede cluster leek zich af te tekenen in de Eerste Wereldoorlog met als voornaamste klachten snelle hartslag (disordered action of the heart), kortademigheid, moeheid en duizeligheid⁵². Toen ontstond ook de naam effort syndrome met opmerkelijke gelijkenis met het tegenwoordige chronische-vermoeidheidsyndroom⁵³. In de Tweede Wereldoorlog was er veel vaker dan voorheen sprake van oorlogssyndromen met een duidelijk psychiatrisch symptomencomplex die ook als zodanig werden geduid. Toen en tijdens de conflicten in Maleisië, Korea en de Perzische Golf was er veel vaker sprake van moeheid, hoofdpijn, depressie en slaapstoornissen, terwijl een korte aandachtsspanne, vergeetachtigheid, snelle hartslag, kortademigheid,

⁴⁸ Dit hoofdstuk is met schriftelijke toestemming van de uitgever overgenomen uit Visser, W.D. (red.): Hulpverlening aan Nederlandse veteranen. Utrecht: ICODO.

⁴⁹ Hyams, K.C., J. Riddle, D.H. Trump & M.R. Wallace, 'Protecting the Health of United States Military Forces in Afghanistan: Applying Lessons Learned since the Gulf War', in: *Clin Infect Dis* vol. 34 (2002) Suppl 5, pp. S208-214.

Kroenke, K., 'Symptoms in 18,495 Persian Gulf War veterans. Latency of onset and lack of association with self-reported exposures', in: *J Occup Environ Med* vol. 40 (1998) pp. 520-528.

Soetekouw, P.M.M.B., M. de Vries, L.F.J.M. van Bergen, J.M.D. Galama, A. Keyser, G. Bleijenbergh & J.M.W. van der Meer, 'Somatic Hypotheses of War Syndromes', in: *Eur J Clin Invest* vol. 30 (2000a) pp. 630-641.

⁵⁰ Cherry, N., F. Creed, A. Silman, G. Dunn, D. Baxter, J. Smedley, S. Taylor & G.J. MacFarlane, 'Health and exposures of United Kingdom Gulf War Veterans', in: *Occup Environ Med* vol. 58 (2001) pp. 291-298.

⁵¹ DaCosta, J.M., 'On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences', in: *Am J. Med Sci* vol. 61 (1871) pp. 17-52.

⁵² Jones, E., R. Hodgins-Vermaas, H. McCartney, B. Everitt, C. Beech, D. Poynter, I. Palmer, K. Hyams & S. Wessely, 'Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution', in: *BMJ* vol. 324 (2002) Feb. 9, pp. 321-4.

tremor, duizeligheid, algehele zwakte, gewrichtspijnen, rugpijn, transpireren, prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, opvliegendheid, karakterveranderingen, nachtmerries en gewichtsschommelingen matig waren vertegenwoordigd 54. Dit gold dan met name voor Britse militairen en veteranen.

In de recente verslagen komen beschrijvingen voor met karakteristieken zoals migraineuze hoofdpijnen, onbegrepen buikklasten en multipele chemische overgevoeligheid 55. Er wordt vaak gewag gemaakt van cognitieve stoornissen in aandacht en geheugen en van stemmingsstoornissen zoals angst en depressie. Er is sprake van een aanzienlijke medische consumptie en zelfs van frequente hospitalisatie 56, hoewel de prognose met betrekking tot vitale functies en levensverwachting uitstekend lijkt 57. Epidemiologische studies beschrijven een heterogene populatie, maar met overeenkomstige symptomen van vermoeidheid, gewrichtspijnen, hoofdpijn, geheugen- en concentratiestoornissen, slaapproblemen en andere chronische gezondheidsproblemen, resulterend in verminderde quality of life en functionele beperkingen⁵⁸. Zoals juist gesteld is de stoornis niet gerelateerd aan specifieke uitzendingen, maar komt deze voor na alle soorten uitzendingen naar zeer verschillende geografische gebieden. De stoornis is voor verschillende missies en voor krijgsmachten van landen als de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Canada, Frankrijk en Nederland beschreven. Hoewel door de betrokkenen vaak gefocused wordt op de uitzending, lijken de gerapporteerde gezondheidsklachten in deze epidemiologische studies niet uitzendingsspecifiek te zijn. Als tweede factor, naast het ontbreken van specificiteit en de uitgebreidheid van de gerapporteerde klachten, is het opvallend dat er een syndromaal karakter van de klachten lijkt te bestaan. Dat wil zeggen dat er een opmerkelijke overeenkomst tussen de klachtenrapportages bestaat.

In de Nederlandse situatie zijn dergelijke symptoomcomplexen bekend vanuit de volgende missies: Cambodja (UNTAC), Desert Shield/Desert Storm, en Lukavac (UNPROFOR). Vanwege het ontbreken van een uitzendingsspecifiek symptoomcomplex, die echter wel in verschillende naamgevingen doorklonk, zoals Persian Gulf War syndrome, jungle-syndroom en Lukavac-syndroom, werd voorgesteld dit complex

⁵³ Lewis, Thomas, *The soldier's heart and the effort syndrome*. London: Shaw, 1918.

⁵⁴ Zie voetnoot 49.

⁵⁵ Nisenbaum, R., D.H. Barrett, M. Reyes & W.C. Reeves, 'Deployment stressors and a chronic multisymptom illness among Gulf War veterans', in: *J Nerv Ment Dis* vol. 188 (2000) pp. 259-266. Reid, S., M. Hotopf, L. Hull, K. Ismail, C. Unwin & S. Wessely, 'Multiple chemical sensitivity and chronic fatigue syndrome in British Gulf War veterans', in: *Am J Epidem* vol. 153 (2001) pp. 604-609.

⁵⁶ Gray, G.C., B.D. Coate, C.M. Anderson, H.K. Kang, S.W. Berg, F.S. Wignall, J.D. Knoke & E. Barrett-Connor, 'The postwar hospitalization experience of U.S. veterans of the Persian Gulf War', in: *NEJM* vol. 335 (1996) pp. 1505-1513.

⁵⁷ Kang, H.K. & T.A. Bullman, 'Mortality among U.S. veterans of the Persian Gulf War', in: *NEJM* vol. 335 (1996) pp. 1498-1504.

⁵⁸ Chalder, T., M. Hotopf, C. Unwin, K. Ismail, A. David, S. Wessely, 'Prevalence of Gulf war veterans who believe they have Gulf war Syndrome: questionnaire study', in: *BMJ* vol. 323 (2001) pp. 473-476. Voelker, M.D., K.G. Saag, D.A. Schwartz, E. Chrischilles, W.R. Clarke, R.F. Woolson & B.N. Doebbeling, 'Health-related quality of life in Gulf War era military personnel', in: *Am J Epidem* vol. 155 (2002) pp. 899-907.

van klachten samen te vatten als veteran's syndrome⁵⁹ of 'post-uitzendingssklachten', respectievelijk 'post-deployment syndrome' ⁶⁰.

Begripsafbakening

Het begrip post-deployment syndroom betreft een relatief onontgonnen terrein. Het vormt echter een groot probleem voor het individu dat zich met deze gezondheidsklachten geconfronteerd ziet. Onder het Post-Deployment Syndrome (PDS) wordt verstaan het geheel aan chronische klachten waarmee (oud-) militairen die uitgezonden zijn geweest naar een oorlogsgebied, als vredehandhavers, mensenrechtenmonitoren, noodhulpverleners of voor politiediensten in VN, NAVO-, EU- of OVSE-verband, zich in het medisch circuit begeven zonder dat daarbij een afdoende somatische of psychiatrische verklaring wordt gevonden. PDS is een functioneel syndroom dat erg lijkt op het chronische vermoeidheidsyndroom en dat is op te vatten als een somatoforme stoornis waarbij er gedeeltelijke overeenkomsten zijn met de PTSS. In aantallen uitgedrukt kan op basis van de literatuur worden voorspeld dat na iedere uitzending 10 à 15% van de uitgezonden militairen min of meer invaliderende gezondheidsklachten ontwikkelt met een chronisch karakter die overwegend als lichamelijk worden gepresenteerd. Het betreft dan meestal chronische vermoeidheid, chronische pijn in spieren en gewrichten, hoofd, nek, schouders en rug, zweten, slaapstoornissen, geheugen- en concentratiestoornissen, huidirritatie, keelpijn, klachten van de luchtwegen, buikklachten, enzovoorts. Medische behandelingen of rust brengen geen blijvende genezing en de betrokkene, alsmede zijn of haar naaste omgeving, lijden er sterk onder. In ruim twee derde van de gevallen is de aanvang van de klachten gelegen in de eerste maanden na terugkeer van de uitzending. Militairen die terugkeren en dergelijke klachten rapporteren zijn vaak verontrust. Het is niet ongewoon dat in de eerste presentatie plaatselijke omstandigheden tijdens de uitzending als verklaring worden aangewezen. Wij spreken dan van PDS wanneer de klachten in pathofysiologische zin niet door dergelijke omstandigheden kunnen worden verklaard.

In Nederland is reeds betrekkelijk veel onderzoek naar het PDS verricht. Bij een groep van ruim 2600 Cambodjaveteranen is door de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Katholieke Universiteit Nijmegen onderzoek gedaan naar mogelijke oorzakelijke factoren van deze onbegrepen gezondheidsklachten. Tabel 6.1 geeft een overzicht van de bevindingen bij dit onderzoek ⁶¹. Het merendeel van de testen in dit onderzoek leverde geen relatie met de klachten op. In bijzonder microbiologisch, immunologisch en vaccinatieonderzoek leverden geen begrijpelijke verklaring op, maar met betrekking tot activiteiten, inspanning en psychologie waren er juist wel relaties met de klachten. Ondanks de onduidelijkheid in hoeverre dit primair oorzakelijke dan wel secundaire factoren zijn, zijn het op dit moment de enige aanknopingspunten voor interventie. In lijn met deze bevindingen is de enige vruchtbaar gebleken

⁵⁹ Soetekouw, P.M.M.B., P.M.M.M. de Vries, G. Bleijenberg & J.W.M. van der Meer, *Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek Fase II*. Nijmegen: UMC St. Radboud, 2000b. Loos, W.S. de, 'Somatic war syndromes: no man's land between the trenches?', in: *Eur J Clin Invest* vol. 30 (2000) pp. 566-569.

⁶⁰ Loos, W.S. de, *Post-Deployment Syndromen. Research en Behandeling in het Centraal Militair Hospitaal*. Extern Advies uitgebracht aan de Medische Staf CMH, 1999. Vries, M.(2002): *Post-Deployment Syndrome in Cambodia Veterans*. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.

⁶¹ Zie voetnoot 46.

interventie een cognitief gedragstherapeutische behandeling, alsmede fysiotherapeutische interventies, gericht op oefentherapie en bewegings- en spelvormen. Hierop gaan wij nu nader in.

Het Post-Cambodja-klachtenonderzoek gaf de politieke adviseurs van de minister van Defensie aanleiding op te merken:

'Militairen met klachten na uitzending dienen een nader op de persoon afgestemd "begeleidingsplan/behandelplan" ('zorg op maat') te doorlopen. Niet in alle gevallen kunnen de klachten direct herleid worden naar een medische en/of psychische component. Desondanks dienen deze klachten serieus te worden onderzocht. Indien (nog) geen duidelijke oorzaak gevonden kan worden, moet een (ook voor betrokkene) duidelijk traject gevolgd worden. De door de onderzoekers beschreven cognitieve gedragstherapeutische behandeling kan hiervan naar de mening van de Begeleidingscommissie deel uitmaken. Dit begeleidings- of behandelplan zou in de optiek van de Begeleidingscommissie een "totaalplan" moeten zijn waarbij de geneeskundige en psychologische hulp gesynchroniseerd wordt met de hulp van het thuisfront, de fysieke rehabilitatie (conditieverhoging) en de terugkomst in het arbeidsproces (reïntegratie)' 62.

Behandeling

Er is voor een post-deploymentsyndroom in enigerlei vorm in de literatuur geen standaardbehandeling bekend. De enige behandelingsvorm waarover voorzover ons bekend in de literatuur is gerapporteerd, wordt in het Walter Reed Army Medical Center te Washington DC (USA) toegepast naar analogie van de behandeling van - onbegrepen - pijnsyndromen. Met betrekking tot het chronische- vermoeidheidsyndroom (chronic fatigue syndrome, CFS), dat sterke overeenkomsten met PDS vertoont en er behoudens de oorzakelijke attributie klinisch niet van is te onderscheiden, is dit echter goed onderzocht. En gebleken is dat cognitieve gedragstherapie en klachten-discongruente oefentherapie effectieve behandelingen zijn 63. Helaas, zoals één van de vooraanstaande vermoeidheidsonderzoekers Straus in de Verenigde Staten recent heeft geschreven, betreft het hier gespecialiseerde behandelingsvormen die tot op heden in beperkte mate beschikbaar zijn voor patiënten 64.

Het Centraal Militair Hospitaal (CMH) heeft de aanbevelingen van de Commissie Tiesinga vertaald in het ontwikkelen van een zorgprogramma en tracht nu bij de behandeling van PDS in de Nederlandse situatie een rol te spelen. De aspecten van dit zorgprogramma zijn ontleend aan verschillende bronnen zoals hierboven reeds aangegeven, en aan de literatuur over PDS. Deze literatuur richt zich met name op behandelingsstrategieën in het kader van het Gulf War Syndrome, waarin interventies op het gebied van activiteiten, inspanning en psychologie benadrukt worden. Dit heeft geleid tot een behandelingsmodel dat

⁶² Tiesinga, Commissie, *Rapportage Begeleidingscommissie Post Cambodja Klachten Fase II*, 12 december 2000.

⁶³ Whiting, P., A.M. Bagnall, A.J. Sowden, J.E. Cornell, C.D. Mulrow & G. Ramírez, 'Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome. A systematic review', in: *JAMA* vol. 286 (2001) pp. 1360-1368.

⁶⁴ Straus, S.E., 'Caring for patients with chronic fatigue syndrome. Conclusions in CMO's report are shaped by anecdote not evidence', in: *BMJ* vol. 324 (2002) pp. 124-125.

opereert in een ambulante setting, waarin gedurende een periode van tien weken aan de deelnemers tweemaal per week een multidisciplinair dagprogramma wordt aangeboden. De behandeling is opgezet als groepsbehandeling, waarin zes tot acht deelnemers per module kunnen participeren. Ook de naaste gezinsleden of partners worden enkele dagen bij het programma betrokken. De belangrijkste elementen van dit model zijn:

Een intake door twee intakekers van verschillende disciplines, namelijk een psychiater en een psychosomatisch geschoolde internist, gevolgd door een brede psychologische evaluatie. Deze evaluatie dient enerzijds als controle op eventuele exclusiecriteria en anderzijds als mogelijkheid om behandelingsparameters te kunnen vastleggen, zodat daarmee naderhand een behandelingseffect kan worden gemeten.

Cognitieve gedragstherapie met interventies ontleend aan oplossingsgerichte psychotherapie en gericht op een betere hantering van zijn klachten en het eventueel bijstellen van zijn zelfbeeld.

Fysiotherapie en haptotherapie gericht op het goed functioneren ondanks klachten, op het beter leren kennen van het eigen lichaam en zijn grenzen (haptonomie) en op effectieve progressieve relaxatie. Dit alles op basis van een gedoseerd schema van oefeningen.

Casemanagement, waarin wordt ingegaan op het sociaal functioneren en op het werk en op de beperkingen en handicaps die worden ervaren.

Seminars als een vorm van gezondheidseducatie om de klachten in een bredere context te plaatsen.

Als afsluiting vindt er een slotbespreking van deelnemers, partners en behandelaars plaats. Analoog aan het Amerikaanse model worden er in een 'graduation ceremony' certificaten uitgereikt als bewijs van deelname en als betekenisvol ceremonieel.

Het is van groot belang veel aandacht te besteden aan de communicatie tussen de verschillende hulpverleningsdisciplines. Men moet elkaars taal leren verstaan, elkaars domeinen betreden en een geïntegreerde aanpak ontwikkelen. Dit impliceert werkbesprekingen, zoals patiëntenoverleg, overdracht tussen de behandelteams en algemeen overleg tijdens de loop van het programma.

Een belangrijke behandelingsvoorwaarde voor de patiënten in dit kader is dat zij in staat moeten worden geacht eigen verantwoordelijkheid te nemen om de betekenis van hun klachten te onderzoeken en wegen te vinden om deze te reduceren dan wel te accepteren. Daarbij behoort ook het inzicht dat er geen instrumentele oplossing van buitenaf kan zijn die hun tot dusverre steeds zou zijn onthouden. Als belemmeringen voor een zinvolle behandeling zien wij nog lopend onderzoek naar een medische verklaring voor de klachten, dat wil zeggen onderzoek naar een aannemelijk pathofysiologisch substraat, een verzekeringsprocedure in relatie tot deze klachten die voortgang van de behandeling zou kunnen beïnvloeden, en voorts ook ernstige psychiatrische problematiek zoals depressie, psychosen/wanen, verslavingsproblematiek, obsessief-compulsieve stoornissen, angststoornis en gedrags- of persoonlijkheidsstoornissen. Deze zouden namelijk beter op een andere manier kunnen worden behandeld. Ook een sterk ontregeld en ziekteonderhoudend thuisstelsel dat blijvend effect van behandeling zou kunnen verhinderen, lijkt een belemmering. Dit impliceert dat een gesprek met het thuisstelsel met partner of ouder dan ook onderdeel moet zijn van de intakeprocedure.

Een dergelijk zorgprogramma heeft in een pilot op het Centraal Militair Hospitaal gedraaid. Wij schetsen hier de evaluatie van de eerste groep in dit unieke programma, dat vanuit de Defensieorganisatie is ondersteund. Deze eerste evaluatie die direct na afloop van het behandelprogramma werd gehouden, leverde inzichten op vanuit de deelnemers, het behandelteam en de psychometrie.

Evaluatie door de deelnemers aan de behandeling

De patiënten waren gerecruteerd uit diverse lopende poliklinische contacten die plaatsvonden binnen het CMH. Er is geen externe werving nodig geweest om de groep samen te kunnen stellen. Diverse behandelaars van het behandelend team hadden patiënten in hun caseload die aan de inclusiecriteria voldeden. Er werden tien patiënten geselecteerd door de primaire intakers (psychiater en internist) waarna er zes in konden stromen.

Er was een leeftijdsverschil van achttien jaar tussen de oudste en jongste deelnemer. Er zaten zowel actief dienende militairen als veteranen in de groep. Deze militairen waren bij verschillende uitzendingen betrokken te weten: Libanon, Cambodja, en Bosnië. De groep was ook sterk heterogeen in klachtenpresentatie. Genoemd werden diffuse duizeligheid, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijnen, geheugen- en aandachtsstoornissen, maar wel steeds met onderliggende vermoeidheid als centraal thema. Ondanks het leeftijdsverschil, de diversiteit in uitzendingen en klachtenpresentatie, vertoonde de groep op enkele uitzonderingen na veel cohesie en teamgeest. De participatie van de meeste deelnemers was goed, vol overtuiging, met aandacht en goede presentie. Ten aanzien van het behandelprogramma heerste er een atmosfeer dat 'de klus geklaard' moest worden. Gemeenschappelijk element was dat alle deelnemers een gebrek aan erkenning ervoeren voor hun klachten en problemen en daarnaast waren vastgelopen in een medische of paramedische behandeling.

In algemene zin viel op dat de deelnemers veel waarde hechtten aan erkenning door de omgeving. Het leek haast alsof het een voorwaarde was voor het aangaan van een werkrelatie met de behandelaars. Twijfel aan de erkenning dat het hier een echte ziekte betrof, bracht veel weerstand met zich mee. Ook was de neiging tot het toedekken van conflicten, covert hostility, goed merkbaar. Soms werd dit toedekken doorbroken door uitingen van frustratie, verbale agressie en onhandelbaar gedrag. In één geval leidde dit tot het demonstratieve vertrek van één van de deelnemers. Ook kwam dit naar voren tijdens een seminar over verzekeringsgeneeskundige aspecten, waarbij twee deelnemers onder het uiten van onredelijke beschuldigingen boos en verongelijkt de ruimte verlieten. Deze gedragsinteracties wijzen op gekrenkt narcisme, maar ook op een gestoorde conflicthantering. Deze konden therapeutisch aangepakt worden in de onderdelen oplossingsgerichte psychotherapie, haptotherapie, en enkele 'rap'-uurtjes. Dit waren niet geplande onderdelen waar plaats voor ontstond als bepaalde onderdelen niet goed op elkaar aansloten. De agenda werd dan even losgelaten en er werd vrij-associatief aandacht gegeven aan hoog opgelopen gevoelens van frustratie en onbegrip, schaamte, wanhoop en verdriet.

In de psychologische baseline-metingen viel op dat de groep hoog scoorde op angst, agorafobie, somatische klachten, insufficiëntie in denken en handelen, wantrouwen, hostiliteit, slaapproblemen en psychoneuroticisme. De groep presenteerde zich na een eerste analyse van het psychometrische materiaal als duidelijk verschillend van de groepen met posttraumatische stress-stoornissen. Een enkele patiënt plaatste zich buiten de groep en demonstreerde veel passief verzet hetgeen enkele crisisinterventies noodzakelijk maakte. Bij hem waren, als enige, de klachten in de loop van de

behandelperiode duidelijk toegenomen. De betrokken patiënt plaatste zich ook zozeer buiten de groep en ontplooidde zoveel passief verzet dat hij aan vele onderdelen eigenlijk nauwelijks heeft meegedaan. Achteraf zijn wij van mening dat hij op grond van het criterium persoonlijkheids-/gedragsstoornis geëxcludeerd had moeten worden. In de beoordeling van het behandelingseffect zijn zijn gegevens buiten beschouwing gelaten. Niettemin bleek hij achteraf wel persoonlijke winst te hebben geboekt. Hij heeft zich inmiddels aangemeld voor voortgezette psychiatrische hulp met als mogelijke diagnose een posttraumatische stress-stoornis.

Gevraagd naar hun eigen oordeel gaven twee deelnemers aan dat ze niet goed genoeg vooruit waren gegaan, en twee dat zij minder goed in staat waren een leven te leiden zoals ze dat zelf zouden willen. Op een open vraag op welk gebied de meeste verbetering was opgetreden kwamen antwoorden als 'het beter kunnen omgaan met klachten' en 'minder duizelingen'. Bij een tweede evaluatie kwam in een open bespreking met de deelnemers als algemene conclusie naar voren dat zij allen zonder twijfel opnieuw aan de behandeling zouden beginnen als zij hiertoe zouden worden uitgenodigd. Dat gold ook voor de deelnemer die een toename van zijn klachten rapporteerde. Het effect van de groepscohesie met erkenning voor de klachtbeleving lijkt hiervoor een voornaam motief te zijn geweest.

De partners, in één geval de vader, hadden allen de uitnodiging om driemaal te participeren aangenomen en ook zij zeiden hun deelname als positief te hebben ervaren. Dit had weer een stimulerende en verhelderende werking op enkele deelnemers. Zij voelden zich duidelijk herkend en erkend en ervoeren meer begrip voor hun situatie. Ook het feit dat er van een 'diagnose PDS' sprake was, gaf hun ondanks de vage betekenis een gevoel van houvast.

Evaluatie door het behandelteam

Na afloop van het programma van tien weken bleek dat er binnen het behandelteam een belangrijk impliciet verschil van inzicht had bestaan over de vraag of in de behandeling problemen moesten worden blootgelegd of juist toegedekt. Dat kwam vooral tot uiting in de cognitieve gedragstherapie en pogingen om intrapsychische processen door middel van ontregeling, met het oog op cognitieve herstructurering, in beweging te brengen. Dit bleek door de patiënten in dit stadium als nogal bedreigend te worden ervaren en veroorzaakte veel onrust. Dit bracht ons tot de conclusie dat zij een veel hoger niveau van onveiligheid beleefden dan door ons verwacht en door henzelf uitgedrukt werd, wat weer resulteerde in een zeer sterke controlebehoefte. Daarnaast bleek het belangrijk dat behandelaars elkaar in een startfase van een zorgprogramma snel kunnen vinden en in de gelegenheid zijn op verschillende momenten te overleggen. Fysiotherapie was het meest omvangrijke onderdeel met drie blokken per therapiedag. De fysiotherapeuten waren daardoor goed in staat om de ontwikkelingen bij de deelnemers op kwalitatief niveau te volgen. Tijdens de fysiotherapie- en haptotherapiesessies werd gewerkt vanuit het belasting-belastbaarheidsmodel. 'Hoe belastbaar is mijn lijf?' 'Hoe uiten grenzen in mijn belastbaarheid zich?' 'Wat is de relatie tussen mijn lichamelijke en psychische belastbaarheid?' Kernaspecten in de begeleiding waren: veiligheid; grenzen leren kennen en respecteren; steeds over je grenzen gaan geeft alleen maar negatieve ervaringen; vanuit 'lekker in je vel' werken aan opbouw, aan positieve ervaringen.

Wat bij alle deelnemers duidelijk viel waar te nemen, was dat zij het alles-of-niets-principe hanteerden. Of ik doe niets – met alle motivaties die daar bij horen: moe, pijn, ziek, geen zin – óf ik ga voluit, fiets me te pletter, sla zo hard tegen de bal als ik maar kan. Dit leidt meestal direct weer tot terugzakken naar 'zie je

wel, ik kan het niet'. Klinisch uitte zich dit in: óf lamlendigheid, niet willen, letterlijk op de grond gaan liggen, een tennisbal niet tweemaal over kunnen slaan, óf juist een basketbal keihard proberen in de basket te gooien, enzovoort. Dit gedrag ging ook gepaard met veel verbale ongecontroleerdheid en snel ontstane irritatie onderling.

Er is tijdens de therapieonderdelen sport en spel, het toestellencircuit en haptotherapie veel aandacht besteed aan uitleg over belasting en belastbaarheid en over het lijfelijk grenzen in zoeken en voelen, dat wil zeggen, hoe geeft mijn lijf een grens aan, hoe voel ik dat in moeheid, hartkloppingen, duizeligheid en pijn en hoe luister ik ernaar. Het ontwikkelen van fijngevoeligheid voor het eigen lijf maakte in de praktijk dat deelnemers eerder konden stoppen, meer rust in zichzelf konden voelen en dan bijvoorbeeld juist wél 50 of 100 keer een bal over konden spelen. Ook de relatie tussen psychisch 'niet lekker in je vel zitten' en de lichamelijke uitingen daarvan, namelijk veel lijfelijke onrust en niet kunnen overspelen, werd voor de deelnemers steeds duidelijker. Oefenvormen die steeds meer 'voelen van je eigen lijf' vroegen zoals jongleren en stokken naar elkaar overgooien, konden later in het programma goed worden uitgevoerd. De deelnemers hebben gedurende de behandelperiode meer inzicht verkregen in aspecten als: hoe zit ik in m'n vel, zelfbeheersing, hoe ga ik met de ander om en lol in bewegen.

Duidelijk werd ook dat het met 'je-eigen-lijf-voelen' ook betekent dat je 'gevoelens' duidelijker worden. Door de haptotherapeutische, grensverkennende sessies kwamen eerder ervaren grenzen, zoals die tijdens uitzendingen beleefd waren, spontaan op tafel. Voor de meeste deelnemers was dit de eerste keer dat zij echt over uitzendervaringen spraken. Ook de lijfelijke reacties hierbij waren duidelijk: hoofdpijn en duizeligheid met naderhand extreme vermoeidheid.

Psychometrische resultaten

Er is met diverse psychometrische instrumenten gepoogd om de veranderingen op korte termijn na de behandeling vast te leggen. De instrumenten die hiervoor zijn gebruikt, zijn de Symptoms CheckList (SCL-90), een multidimensionele psychopathologie-indicator; de Gezondheidstoestand Vragenlijst (SF-36), een gezondheidsvragenlijst die ook voor niet-(psychiatrische) patiënten bruikbaar is; de Utrechtse Coping Lijst (UCL), een lijst die meet hoe men geneigd is met problemen en gebeurtenissen om te gaan; de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV), een vragenlijst voor het meten van vijandigheid en woede; de Nederlandse Verkorte MMPI65 (NVM), een persoonlijkheidstest; de Maastrichtse Eigen Gezondheids-Attitude en de Hypochondrie Vragenlijst (MEGAH), bedoeld om hypochondrie volgens de DSM-III vast te stellen of uit te sluiten; en de Toronto Alexithymie Scale (TAS-20), een instrument om na te gaan hoe iemand gevoelens en fantasieën in woorden uit.

In de TAS scoorden de patiënten 58 tot 70 op een schaal van 100 hetgeen als een betekenisvol niveau van alexithymie moet worden beoordeeld. De patiënten hadden dus aanwijsbare moeite om hun diepere gevoelens in taal uit te drukken en dit stemde overeen met de verwachting. In de MEGAH scoorden de beoordeelde patiënten beneden het niveau van hypochondriepatiënten, hetgeen in overeenstemming was met de exclusiecriteria. De uiteindelijk niet meebeoordeelde patiënt bleek in de nameting als enige een hogere score te hebben.

⁶⁵ De volledige Minnesota Multiphasic Personality Inventory is een zeer uitvoerige vragenlijst met een lange geschiedenis in de psychometrie en persoonlijkheidspsychologie die een groot aantal persoonlijkheidskenmerken onderzoekt.

Uit de metingen valt op te maken dat er duidelijke verschuivingen in aard en intensiteit van symptomen hebben plaatsgevonden. De SF-36 geeft aan dat de patiënten zich na de behandeling meer beperkt voelen in hun fysiek functioneren. Dat wil zeggen dat hun gezondheid hun inmiddels meer beperkingen oplegt als het gaat om alledaagse activiteiten. Dat varieert van het zichzelf wassen en kleden, tot stofzuigen, boodschappen tillen en hardlopen. Deze schaal heeft uitsluitend betrekking op beperkingen in het dagelijks functioneren als gevolg van de lichamelijke gesteldheid. Daarentegen maken de resultaten eveneens duidelijk dat de patiënten zich na de pilot minder somber, neerslachtig en zenuwachtig voelden, meer tevredenheid toonden en een beter humeur hadden. Uit de vergelijking van de gemiddelde scores op de SCL-90 met normscores voor psychiatrische patiënten wordt duidelijk dat de deelnemers na behandeling inderdaad minder psychische klachten ervaren. Hoewel de depressiescore niet 'significant' afwijkt wordt wel duidelijk dat de patiënten lager scoren op psychische spanning en angst, agorafobie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit en hostiliteit. Ook op de totaalscore psychoneuroticisme is een afname ten opzichte van gemiddelde genormeerde scores waar te nemen. De combinatie van de scores op de SF-36 en de SCL-90 maakt duidelijk dat men zich meer beperkt voelt door lichamelijke klachten, maar dat tegelijkertijd de stemming en kwaliteit van leven wat verbeterd lijken. De NVM toont bovendien aan dat minder psychische spanning zich vertaalt naar lichamelijk ongemak.

De scores op de UCL maken duidelijk dat de deelnemers aan de pilot ten opzichte van de voormeting gemiddeld meer gebruik zijn gaan maken van vermijdende copingstijlen. Vooral de fysiotherapie en haptonomie zouden hieraan kunnen hebben bijgedragen. De patiënten waren namelijk voor aanvang allen sterk geneigd tot een actieve, probleemgerichte manier van omgaan met potentiële problemen. Dit betekent dat zij een verhoogd risico liepen zichzelf teveel te belasten door hun impulsieve, ongeremde gedrag en hun onvermogen om hun inspanningen goed te doseren. Hoewel de score op deze schaal niet noemenswaardig is afgenomen, lijken zij inmiddels wel meer geneigd problemen op hun beloop te laten en zich meer afwachtend op te stellen. Dit mag in hun geval als een gunstig effect worden gezien en het kwam overeen met de doelstellingen van de fysio- en haptotherapeutische begeleiding.

Ook blijkt uit de UCL dat de patiënten zich na de behandelperiode wat meer in beslag lieten nemen door hun problemen en meer geneigd waren 'bij de pakken neer te zitten'. Tegelijkertijd was hun neiging zichzelf gerust te stellen of te troosten weer afgenomen, hetgeen zou kunnen betekenen dat zij zich minder bezorgd waren gaan maken en minder over problemen piekerden. Daartegenover staat dat er sprake lijkt te zijn van een verminderde neiging tot het uiten van ergernis of het afreageren van spanning. Dit ondersteunt het idee dat de kwaliteit van leven enigszins is verbeterd. Dat wordt nog eens ondersteunt door de ZAV waarin zij na de behandeling aanzienlijk lager scoorden op zowel de dispositionele als situationele boosheid: er was minder boosheid en minder te mopperen.

Lichamelijk functioneren en klachten hierover

Er lijkt onderlinge tegenstrijdigheid te bestaan in de uitkomsten met betrekking tot het lichamelijk functioneren. De SF-36 meet in dat opzicht echter alleen de mate van feitelijke beperking, de nagelaten handelingen, terwijl de SCL-90 de klachtenbeleving vastlegt maar niet waar dat toe leidt. Het zich richten naar zijn beperkingen interpreteren wij binnen dit kader als zinvol omdat deze patiënten de neiging

vertoonden om maar steeds met het hoofd tegen de muur te lopen. Dit komt goed overeen met de bevindingen in de fysio- en haptotherapie.

In de uitkomsten van de NVM was voor behandeling een discrepantie te zien tussen de lijdensdruk en de presentatie van lichamelijke klachten. De eerste bleef achter bij de laatste. Dit wordt in het algemeen geïnterpreteerd als een appèl aan de omgeving om hulp te verlenen; het wordt ook wel als 'ziektewinst' gezien. Na behandeling was in deze schalen de lijdensdruk onveranderd maar het somatiseren was significant afgenomen. Dit betekent naar ons inzicht dat de lichamelijke klachten minder belangrijk waren geworden in de communicatie van de patiënten met hun omgeving, er werd minder appèl gedaan op de omgeving. Ook dit is dus een nuttig behandelingsresultaat en in overeenstemming met de doelstelling van de therapie.

De afname van de lichamelijke en psychosomatische klachtenbeleving in de SCL-90 bij het onveranderd blijven van de fysieke beperkingen in de SF-36 betekent naar ons oordeel dat de klachten minder diffuus zijn geworden, hetgeen ons in overeenstemming lijkt met het bovenstaande. De verschuiving in het patroon van coping (UCL) naar meer passief gedrag zou kunnen betekenen dat beter zichtbaar wordt wat er onder het impulsieve gedrag van de patiënten schuil ging. Het kan ook of misschien juist daardoor betekenen dat hun toestand zich in depressieve richting ontwikkelt. Dit zou kunnen passen in de opvatting dat de onderhavige groep 'syndromen' een soort voorstadië zijn van meer 'ontwikkelde' of 'uitgerijpte' psychiatrische toestandsbeelden als de depressie in engere zin of een posttraumatische stress-stoornis. Primaire somatoforme verdringing is ook een mogelijke verklaring voor dit fenomeen, hetgeen in de tijd, bij juist aanspreken op het niveau van de klachten een fundamentele beïnvloeding in symptoom en betekenisrelevantie kan laten zien. Het kader leverde immers op dat er ruimte ontstond in patronen die tevoren 'vastzaten' en uitsluitend zichzelf herhalende negativistische somatoforme fenomenen faciliteerden. De 'covert hostility' wijzigde zich klinisch ook naar een meer gedifferentieerde uiting van ongenoegen en frustratie. Het betekent in ieder geval dat er toch aanzienlijke problemen zijn overgebleven. Het is niet uit te sluiten dat zulke patiënten later nog een meer gedifferentieerde vervolgbehandeling nodig zullen hebben.

Op niveau van de klachtenbeleving lijkt het er op dat er juist meer verbetering heeft plaatsgevonden dan zij zelf willen erkennen. Dit blijkt vooral uit de zeer algemene verbetering op de SCL-90. Het zijn hier vooral de psychische klachten, die zij zelf geneigd zijn te ontkennen, die zijn afgenomen. En dit waren juist klachten waarmee ze niet goed raad wisten.

Conclusies over de behandeling van het Post Deployment Syndrome

Op grond van de bevindingen van de diverse behandelaars, de psychometrische resultaten, en de veranderingen in beleving van het lichamelijk functioneren lijkt het erop dat de door het Centraal Militair Hospitaal gehanteerde behandelingsmethode voor het zogenaamde post-deploymentsyndroom werkzaam kan zijn. Hoewel er slechts drie evalueerbare patiënten van de aanvankelijke zes geïnccludeerde patiënten zijn overgebleven, wijzen de resultaten wel in een richting, die overeenkomt met de doelstelling. De patiënten hebben steun bij elkaar gevonden, voelen zich meer erkend, hun kwaliteit van leven is toegenomen en hun gedragspatronen lijken iets beter aangepast in relationele zin. Dat geldt zowel voor de relaties met hun primaire steuncircuit als ook voor de relatie met hun werkgever. Het is mogelijk dat er

zich na de behandeling op langere termijn nog meer veranderingen voltrekken. Als een therapie succesvol is geweest blijkt dat vaak uit verbeteringen die voor de betrokkene zelf, direct na afloop, nog niet altijd zichtbaar zijn. Ook is het mogelijk dat er zich, na een behandeling als deze, meer gedifferentieerde hulpvragen ontwikkelen die daarmee ook genuanceerder kunnen worden beantwoord. Belangrijk is daarnaast nog de medische consumptie op langere termijn, die wij voor deze groep nog niet hebben kunnen beoordelen. En tenslotte is een resultaat van de behandeling de visie en reflectie die ontstaat op een kritische fase uit hun leven die – zoals een van de deelnemers verwoordde – ‘mijn hele bestaan door de gehaktmolen heeft gehaald’.

Het toekennen van een diagnose aan een complex van klachten als zodanig geeft erkenning hetgeen een praktische reden kan zijn voor het hanteren van een dergelijke diagnose. Dit kan bijvoorbeeld toegang geven tot zorg en is tevens een vorm van rechtvaardiging. Daarmee vormt het dus een sociaal aspect van het medisch diagnostische proces⁶⁶. Het heeft, in sociale zin, echter ook nadelige kanten, namelijk dat het patiënten kan bevestigen in hun ziektebeleving en hun herstel kan belemmeren. Ook zou het kunnen leiden tot aanspraken in de zin van letselschade en inkomensvergoedingen, waarmee er een belang zou kunnen ontstaan om patiënt te blijven. Dit verschijnsel wordt secundaire ziekte winst of renteneurose genoemd. Hierover bestaat in de literatuur nogal wat discussie⁶⁷ en het is beslist niet zeker dat dit altijd de uitkomst moet zijn: die is namelijk ook van andere factoren afhankelijk. Naar eigen klinische ervaring en overeenkomstige prospectieve studies in de literatuur is het omgekeerd zeker niet het geval dat patiënten plotseling ‘genezen’ nadat zij een vergoeding hebben ontvangen⁶⁸. Wel hebben deze overwegingen ertoe geleid dat aanspraakprocedures een reden zijn om een patiënt onder die omstandigheden – nog – niet in behandeling te nemen⁶⁹.

Oorspronkelijk wetenschappelijk onderzoek zal in de toekomst het inzicht moeten vergroten in de aard van de gehanteerde diagnostische categorie. Vanuit wetenschappelijke economie dient men zo weinig mogelijk aannamen te introduceren en te zoeken naar aanknopingspunten bij bestaande, aan toetsing onderworpen theorieën. De homogeniteit van de onderhavige symptomencomplexen is het eerste punt van aandacht. Niet zelden blijkt een post-deploymentsyndroom zich gaandeweg te ontwikkelen tot een herkenbare posttraumatische stressstoornis of een andere psychiatrisch diagnostische classificatie. Het PDS kan enerzijds als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis worden opgevat, als een somatoform autonoom dysfunctiesyndroom of als een psychosomatisch syndroom, al naar gelang de terminologie die men wenst te kiezen. Anderzijds kan men het ook opvatten als een voorloper in de ontwikkeling van stemmings- of angststoornissen op preverbaal niveau naar stoornissen op verbaal-

⁶⁶ Wegman, D.H., N.F. Woods & J.C. Bailar, ‘Invited commentary: How would we know a Gulf war syndrome if we saw one?’, in: *Am J Epid* vol. 146 (1997) pp. 704-711.

⁶⁷ Mayou, R., ‘Accident neurosis revisited (Editorial)’, in: *Brit J Psychiatry* vol. 168 (1996) pp. 399-403.

⁶⁸ Mayou, R., ‘Medico-legal aspects of road traffic accidents’, in: *J Psychosom Res* vol. 39 (1995) pp. 789-798.

Mendelson, G., ‘Compensation neurosis’ revisited: outcome studies of the effects of litigation’, in: *J Psychosom Res* vol. 39 (1995) pp. 695-706. Blanchard, E.B., E.J. Hickling, A.E. Taylor, T.C. Buckley, W.R. Loos & J. Walsh, ‘Effects of litigation settlement on posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims’, in: *J Traum Stress* vol. 11 (1998) pp. 337-354.

⁶⁹ Frueh, B.C., P.B. Gold, M.A. de Arellano, ‘Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD: differentiation on the basis of compensation seeking status’, in: *J Person Assess* vol. 68 (1997) 2, pp. 369-384.

volwassen niveau. Hierbij benoemt de patiënt ook gevoelens en vertelt verhalen die verbonden zijn met gebeurtenissen in zijn leven. Dit is een vorm van introspectie, zoals het kind zich vanuit zijn alexithymie tot een volwassene ontwikkelt. Bij enkele van de behandelde patiënten is dit het geval gebleken.

Voorts dient men te zoeken naar gemeenschappelijke elementen binnen de groep patiënten en tussen diagnostische eenheden zoals bijvoorbeeld naar problemen in de impulsregulatie en psychofysiologische overprikkelbaarheid. Zulke eigenschappen kunnen verworven zijn maar ook al in de vroege jeugd zijn ontstaan en door de dienstervaringen zijn versterkt. Zulke inzichten zullen op hun beurt de therapeutische mogelijkheden preciseren en hopelijk vergroten.

Als laatste kanttekening moet worden opgemerkt dat de effectmetingen van onze behandelmodaliteit nog verre van volmaakt zijn, en op basis van deze gegevens niet geëxtrapoleerd mogen worden naar de groep als geheel. Naast de reeds gehanteerde psychologische instrumenten zullen ook meer objectieve eindpunten moeten worden bepaald, zoals het gebruik van medische voorzieningen, medicijngebruik, werkhervatting, aanspraak op sociale voorzieningen, nieuwe medisch geobjectiveerde diagnoses, gewelddadige dood en dergelijke. In aansluiting op de voorgaande opmerkingen zouden biologische parameters zoals psychofysiologische metingen, inspanningsvermogen (conditie) en actometer-resultaten ook relevant kunnen zijn.

Het post-deploymentsyndroom heeft nog geen vastomlijnde status in de geneeskunde en er bestaat al evenmin consensus over de oorzaken ervan of de behandeling. Ondanks het medisch onbevredigende karakter ervan is het duidelijk dat er oplossingen geboden zijn. De hier beschreven pilot biedt daartoe een aanzet. Zij sluit aan bij vergelijkbare pogingen in de Verenigde Staten en wordt ook gesteund door de nog beperkte literatuur op dit gebied. Er is een duidelijke analogie met aandoeningen als het primaire fibromyalgiesyndroom en het chronische-vermoeidheidsyndroom in de civiele maatschappij⁷⁰. In de Nederlandse situatie op het CMH zou het dan ook wenselijk zijn om meer ervaring op te doen met de uitingsvormen van PDS teneinde meer zicht te krijgen op zowel de behandeling alsook de mogelijke psychologische en biologische factoren die aan dit probleemgebied ten grondslag liggen.

⁷⁰ Bass, C. & S. May, 'Chronic multiple functional somatic symptoms [ABC of psychological medicine]', in: *BMJ* vol. 325 (2002) pp. 323-326. Richards, S.C.M. & D.L. Scott, 'Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial', in: *BMJ* vol. 325 (2002) pp.185-188.

Type Onderzoek	Negatieve Bevinding	Positieve bevinding
Intern-geneeskundig	<i>géén lichamelijke aandoening</i>	
Neurologisch	<i>géén lichamelijke aandoening</i>	
Neuroendocrinologisch	<i>Cortisolconcentratien niet afwijkend, ritme ongestoord</i>	
Psychiatrisch	<i>geen aanwijzingen psychiatrische ziekte</i>	
Persoonlijkheidstesten	<i>geen verschillen met militaire controles</i>	
Neuropsychologisch	<i>geen aandacht-, concentratie- en geheugenproblemen</i>	
Microbiologisch	<i>Actieve infectie: geen aanwijzingen</i>	<i>doorgemaakte infectie: 11%</i>
Immunologisch	<i>geen verstoorde balans T-cellen</i>	<i>kleine verschillen PCK groep</i>
Toxicologisch	<i>geen aanwijzingen meervoudige chemische overgevoeligheid</i>	<i>meer DEET gebruik PCK groep</i>
Vaccinatiegegevens		<i>PCK groep meer vaccinaties</i>
Activiteitsniveau		<i>lager niveau van ervaren activiteit dan militaire controles</i>
Psychologische vragenlijsten		<i>lagere self-efficacy, minder zelfwaardering, sterkere neiging tot somatiseren, somberder gestemd, meer negatieve sociale interacties</i>
Inspanningsfysiologie		<i>Slechtere conditie dan militaire controles en snellere hartslag</i>

Tabel 6.1: Samenvatting type onderzoek en bevindingen Post-Cambodja-onderzoek (in: Soetekouw et al., 2000a)

Hoofdstuk 7. Nederlands onderzoek naar oorsprongen van jonge veteranen en militairen. Marten Meijer, Giel Algra

Inleiding

Onderzoek naar oorsprongen van Nederlandse jonge veteranen is tot op heden voornamelijk opgebouwd uit casestudies. Onderzoek op populatieniveau is in voorbereiding, maar kampt nog met methodologische problemen, waarvan we er bij de discussie over de "pool of errors" enkele zullen beschrijven. Het leed van veteranen en militairen dat uit casestudies blijkt, is er echter niet minder indrukwekkend om, zoals uit box 7.1 moge blijken.

Box 7.1. Gewelddadig en zelfbeschadigend gedrag van een vredesmissie veteraan

"Ik heb het helemaal niet verwerkt, ik heb het gewoon verdrongen, letterlijk en figuurlijk... veel alcohol gedronken...vechtpartijen buitenshuis..... totdat ik zelf besepte dat het echt heel slecht ging. Toen heb ik ook nog angstaanvallen gehad.....en toen heeft mijn vrouw gezegd: "Je moet nou toch eens hulp gaan zoeken, want dit zit niet goed". "Ja, ja, doe ik wel, doe ik wel". Maar ja, ik doe 't niet, want je wilt 't toch alleenig doen...en dat resulteerde dus in een zelfmoordpoging.... Tja, beneden in huis brand gesticht en boven in bed gaan liggen. Op een of andere manier is dat gelukkig niet gelukt. Toen ben ik opgepakt door de politie.....en de marechaussee erbij...en nog een tiental, twintigtal dagen verhoren en weet ik wat allemaal, allerlei rare fratsen.... en toen hebben ze gezegd: dit zit niet goed. Ze hebben het teruggekoppeld naar Joegoslavië. Toen hebben ze me eerst negen maanden in de militaire gevangenis gedouwd wegens brandstichting en poging tot doodslag. Tot mijn advocaat met een PTSS begon te gooien en allerlei rare termen. Hij zei: "Jij hebt hulp nodig, en dat kan het beste in Utrecht". Toen ben ik bij de militaire psychiatrie terechtgekomen, negen maanden intern, en later nog een dag in de week. En nu kan ik er een beetje over praten..." (Bosnië-veteraan in: 'Crazy', documentaire van Heddy Honigmann, 1999⁷¹).

Uit box 7.1 blijkt dat sommige jonge veteranen in ernstige problemen komen. Hoe groot deze groep precies is, valt moeilijk te bepalen. Deels wordt dit bemoeilijkt door het feit dat de jonge veteranen zich nog niet zo goed hebben georganiseerd in groepen en daarmee moeilijk te onderzoeken zijn. Voor een ander deel komt dit omdat de psychische klachten die men heeft niet zo gemakkelijk worden herkend. Zeker niet door de veteranen zelf, want ook hun waarneming van het eigen gedrag is aangetast, maar ook niet altijd door hun omgeving. Zelfs civiele hulpverleners onderzoeken niet altijd de relatie tussen lichamelijk onverklaarde klachten en uitzendervaringen. Gewelddadig gedrag van veteranen kan ook een relatie hebben met uitzendervaringen. Zo schoot in oktober 2003 een Cambodja veteraan zijn ex-partner, zijn ex-schoonouders en zijn ex-zwager dood. Uit een journalistieke analyse⁷² blijkt dat deze veteraan voorafgaand aan zijn uitzending al was opgevalen door een voorliefde voor wapens. Na zijn eervol ontslag uit de actieve dienst bleef hij gemakkelijk toegang houden tot wapens, omdat hij werkzaam bleef in een sport-, annex schietschool. Na ingrijpende verlieservaringen in zeer korte tijd, hij verloor zijn relatie, zijn werk, zijn eer en aanzien als wapenexpert en de toegang tot zijn woning, bleek juist de gemakkelijkste

⁷¹ Hopman, B., Weerts, J.M.P. (2003): De gewonde krijger als echtgenoot en vader. Utrecht: Bundel over ervaringen van vredesmissieveteranen. In voorbereiding.

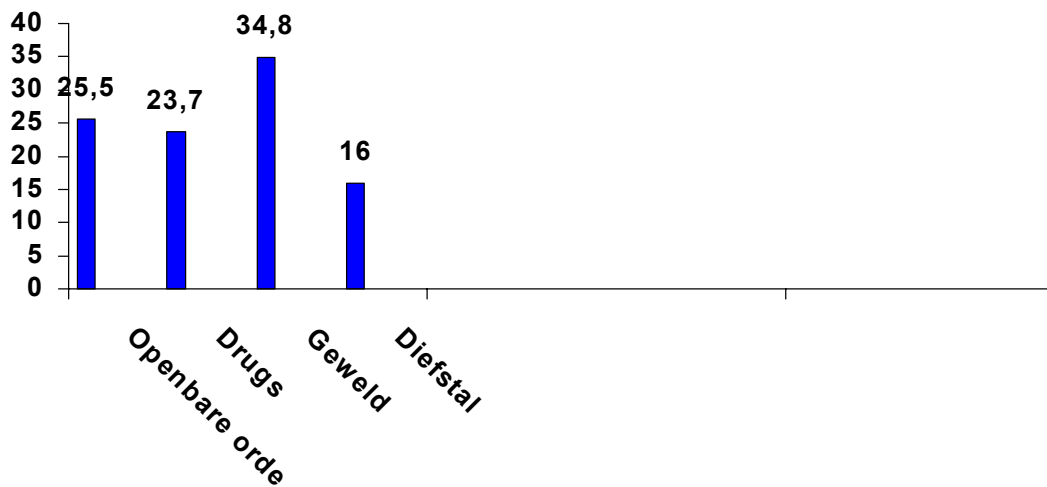
⁷² Karskens, A. (2003): Kortsluiting in Kerkrade. Nieuwe Revu, no. 46, 5-12 november 2003, pp. 28-32.

toegang tot vuurwapens de dodelijke combinatie op te leveren. Eerder bleek voor een Kosovo-veteraan de combinatie van haast permanente aanwezigheid in een schietschool en een voortdurend lijden aan zich opdringende herinneringen na een uitzending al fataal. Hij bracht zichzelf in de schietschool met een vuurwapen om het leven ⁷³.

Gewelddadig gedrag van militairen en veteranen.

Uit de casus in box 7.1 blijkt tevens dat gewelddadig gedrag, dat een uiting vormt van de ontsporing, kan leiden tot strafoplegging. Net als de gegevens over strafopleggingen uit Amerikaanse gevangenissen, zouden ook in Nederland gegevens over strafopleggingen aan Nederlandse militairen een indicatie kunnen vormen van de mate van gewelddadigheid in deze groep. Voor dergelijk onderzoek is begin 2003 contact opgenomen met de politierechter voor militairen van het Arrondissementsparket in Arnhem. Op basis van de daar verzamelde gegevens bleek het mogelijk om vast te stellen voor welke soort vergrijpen militairen over het algemeen worden veroordeeld. In figuur 7.1 zijn de strafopleggingen aan Nederlandse militairen in de periode 1996-2003 onderverdeeld naar de aard van het vergrijp, waarvoor men werd gestraft, respectievelijk openbare orde, drugs, geweld en diefstal. Dit overzicht heeft betrekking op actief dienende militairen. Gegevens over veteranen zijn vanwege een onvolledige veteranenadministratie niet bekend.

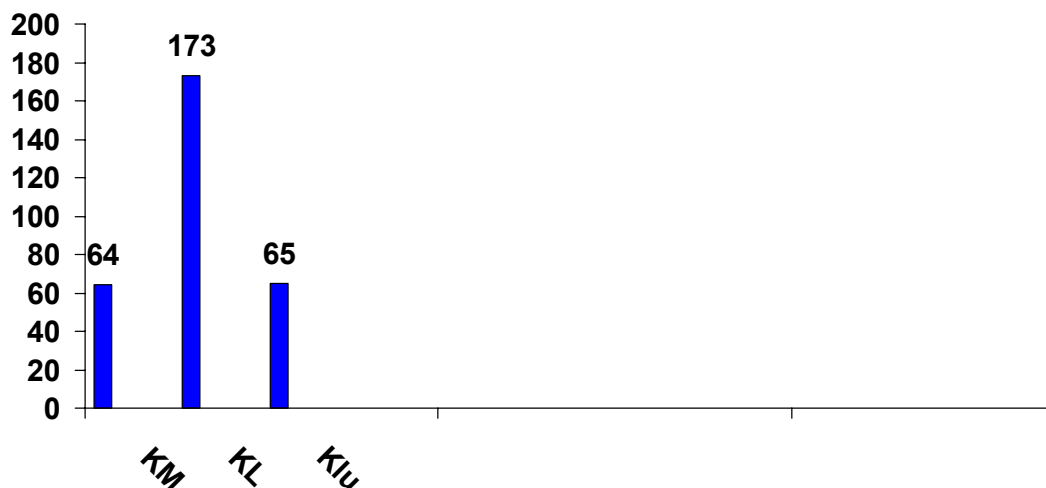
⁷³ Schoeman, J.S. (2000): Veteranen van ´goede´ en ´foute´ missies. Militaire Spectator, vol,169 no. 5., pp. 231-240.



Figuur 7.1. Strafopleggingen naar aard van het vergrijp in percentages van het totaal aantal strafopleggingen in de periode 1996-2003, exclusief ongeoorloofde afwezigheid.

Uit figuur 7.1 blijkt de meeste strafopleggingen voortkomen uit geweldsdelicten. Dit komt overeen met analyses uit de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat in staatsgevangenissen veteranen vaker vast zitten voor geweldsdelicten dan voor andere vergrijpen. Het is mogelijk dat de missie van de krijgsmacht, het inzetten van massaal geweld, hier in een aantal opzichten mee te maken heeft. In de eerste plaats zou de krijgsmacht mensen kunnen aantrekken, die interesse hebben in wapens en geweld. Dit valt te duiden als een zelfselectie van personeel. Verder kan de selectie bij aanname het aandeel van mensen met interesse in wapens en geweld verder vergroten, een selectie-effect. Ook kan de blootstelling aan wapens en geweld tijdens opleiding en uitzendingen verantwoordelijk worden gehouden voor het gesignaleerde gewelddadige gedrag. Daarbij is het goed mogelijk dat alle drie verklaringen van toepassing zijn.

Om een inschattingen te verkrijgen van risicogroepen voor ontsporingen, zijn de gegevens over strafopleggingen onderverdeeld naar krijgsmachtdeel. In figuur 7.2 is het totaal aantal strafopleggingen per krijgsmachtdeel weergegeven, gestandaardiseerd per 10.000 militairen. Door deze standaardisatie is gecorrigeerd voor de verschillen in omvang tussen de krijgsmachtdelen.

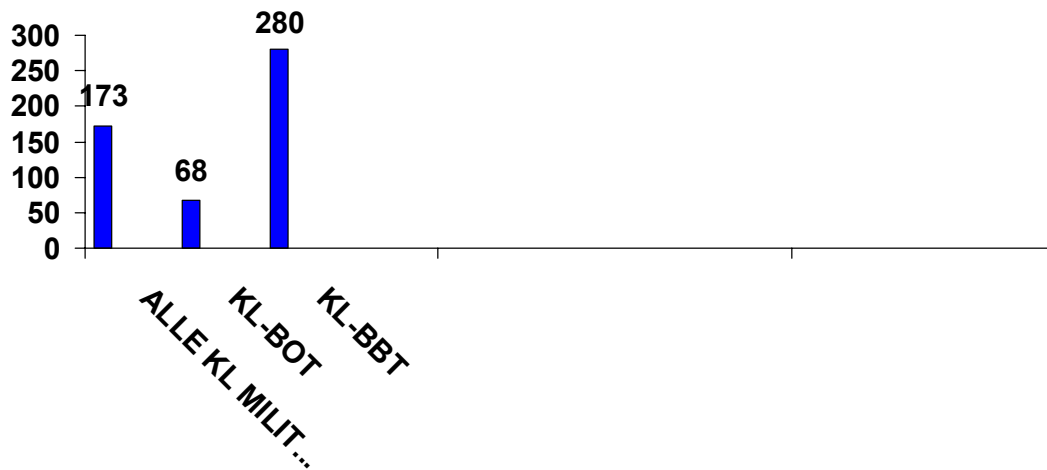


Figuur 7.2. Strafopleggingen per krijgsmachtdeel, exclusief Koninklijke marechaussee, per 10.000 militairen per jaar over de periode 1996-2003.

Uit figuur 7.2 blijkt dat bij de Koninklijke marine en de Koninklijke luchtmacht per 10.000 militairen relatief het minste straffen worden opgelegd. Aan militairen van de Koninklijke landmacht worden relatief het meeste straffen opgelegd. Voor een meer nauwkeurige bepaling van de risicogroep is vervolgens nagegaan, aan welke groep binnen de Koninklijke landmacht het meeste straffen worden opgelegd.

Het totale personeelsbestand van de Koninklijke landmacht is volgens opgaven aan de Tweede Kamer in hoofdstuk X van de Rijksbegroting in de betreffende periode afgenomen van 42.987 personen in 1996 tot en met 30.557 personen in 2002. Het aantal militairen nam in deze periode af van 31.945 in 1996 tot 21.942 in 2002. Daarvan waren er in 1997 12.685 beroepsmilitair bepaalde tijd. In 2002 waren er 11.636 beroepsmilitairen bepaalde tijd bij de Koninklijke landmacht in dienst.

In figuur 7.3 is het totaal aantal straffen, opgelegd aan militairen van de Koninklijke landmacht, onderverdeeld naar dienstverband van het militair personeel



Figuur 7.3. Aantallen strafopleggingen per 10.000 militairen van de Koninklijke landmacht, onderverdeeld naar dienstverband over de periode 1996-2003.

Uit figuur 7.3 blijkt dat bij de Koninklijke landmacht de beroepsmilitairen met een dienstverband voor bepaalde tijd meer dan 4 maal zo vaak straffen krijgen opgelegd als beroepsmilitairen met een dienstverband voor onbepaalde tijd. Dit grote verschil vraagt om een verklaring. Die kan worden gezocht in selectie bij aanname, maar ook in vooropleiding, maatschappelijke positie of toekomstperspectief. Overigens werd in 1995 reeds gewezen op het risicoprofiel van de beroepsmilitair bepaalde tijd⁷⁴. Nader onderzoek moet hierover uitsluitsel geven, zodat beleid voor deze risicogroep kan worden ontwikkeld. Een ander aspect van ontsparingen van veteranen betreft zelfdoding onder veteranen. Zoals eerder opgemerkt ontbreekt voor de Nederlandse situatie een systematische gegevensverzameling van mortaliteit onder veteranen. Over actief dienende militairen is er per krijgsmachtdeel wel een inzicht in deze mortaliteit. De hierna volgende analyses hebben betrekking op de twee grootste krijgsmachtdelen, namelijk de Koninklijke marine en de Koninklijke landmacht.

⁷⁴ Schoeman, J.R. Gemotiveerd en opleidbaar...Maatschappij en Krijgsmacht, juni 1995, p.5.

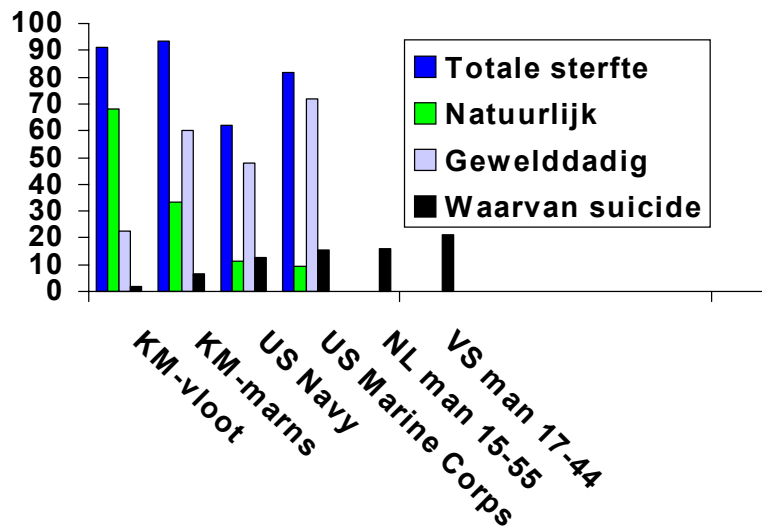
Resultaten van onderzoek naar mortaliteit bij de Koninklijke marine.

Het totale militaire personeelsbestand van de Koninklijke marine is volgens de jaarlijkse opgaven aan de Tweede Kamer in hoofdstuk X van de Rijksbegroting afgenomen van 14.071 militairen in 1996 tot 11.867 militairen in 2002. In de periode 1995 tot en met 1999 kwamen er van deze militairen 62 om het leven, die op het moment van hun overlijden nog in actieve dienst waren. Tengevolge van natuurlijke doodsoorzaken, zoals ziekte, overleden er 41. Door niet-natuurlijke doodsoorzaken, ook wel gewelddadige doodsoorzaken genoemd, overleden er 21. Bij deze 21 was er in 2 gevallen sprake van een zelfdoding. Dit betekent over het gemiddelde personeelsbestand in de periode 1995-1999 een jaarlijkse incidentie van 0.4. Per 100.000 personen is dit een jaarlijkse incidentie van 3.0. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek was de jaarlijkse incidentie in 1999 per 100.000 Nederlandse mannen in de leeftijd van 15 tot en met 55 jaar 16.1 zelfdodingen per jaar. Bij Nederlandse vrouwen in deze leeftijdsgroep is deze jaarlijkse incidentie met 8,2 per 100.000⁷⁵ aanzienlijk lager. Aangezien het percentage vrouwen in het totale personeelsbestand bij Defensie circa 8,5 procent bedraagt moet de incidentie in de vergelijkingsgroep iets lager worden gesteld. Desondanks is er sprake van een zeer geringe incidentie van zelfdodingen onder het militair personeel van de Koninklijke marine.

Voor een goede interpretatie van de totale mortaliteit onder militairen van de Koninklijke marine is het mogelijk om deze gegevens te vergelijken met gegevens van de Amerikaanse marine⁷⁶. Aangezien het korps mariniers in Nederland integraal deel uitmaakt van de Koninklijke marine, maar in de Verenigde Staten een zelfstandig krijgsmachtdeel vormt, zijn de gegevens over de Koninklijke marine onderverdeeld naar militairen van de vloot en naar mariniers. In figuur 7.4 is de totale mortaliteit weergegeven van militairen van de Koninklijke marine, het korps mariniers, de United States Navy en het United States Marine Corps. Ook is de totale mortaliteit per krijgsmachtdeel onderverdeeld naar natuurlijke doodsoorzaak en gewelddadige doodsoorzaak, waarvan zelfdoding als aparte oorzaak is uitgesplitst.

⁷⁵ Heeringen, C. van, Kerkhof, A.J.F.M. (2002): *Behandelings strategieën bij suicidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, p.6.

⁷⁶ Almond, M.D., Carlton, J, Bohnker, B.K. (2003): *Navy and Marine Corps Active Duty Mortality Patterns for 1995 to 1999*. *Military Medicine*, vol 168, no 1, pp.32-39.



Figuur 7.4. Mortaliteit in totaal en naar oorzaak onder militairen van de Koninklijke marine, onderverdeeld in vloot en mariniers, de United States Navy⁷⁷, het United States Marine Corps⁷⁸, Nederlandse mannen⁷⁹ en Amerikaanse mannen⁸⁰ in sterfte per 100.000 per jaar over de periode 1995-1999.

Uit figuur 7.4 blijkt dat de totale mortaliteit relatief het grootst is bij het Nederlandse korps mariniers. Deze mortaliteit wordt vooral veroorzaakt door gewelddadige doodsoorzaken, waarvan ook suïcide deel uit maakt. De suïcide incidentie is veel lager dan onder Nederlandse mannen in de leeftijd van 15 tot 55 jaar. Bij Nederlandse militairen van de vloot is de totale mortaliteit iets lager dan bij Nederlandse mariniers. Deze mortaliteit wordt vooral bepaald door natuurlijke doodsoorzaken. De totale mortaliteit bij de Amerikaanse marine en het Amerikaanse korps mariniers ligt aanzienlijk lager dan bij de Nederlandse marine en de Nederlandse mariniers. Waarschijnlijk is het selectiesysteem van “up or out” hier debet aan, waardoor ook de gemiddelde leeftijd van deze Amerikaanse militairen aanzienlijk lager ligt dan deze Nederlandse militairen, met alle gevolgen voor de mortaliteit van dien. Ook bij de Amerikaanse militairen ligt de suïcide incidentie onder het landelijk gemiddelde. Voor jonge Amerikaanse mariniers wordt wel

⁷⁷ Almond, M.D., Carlton, J, Bohnker, B.K. (2003): Navy and Marine Corps Active Duty Mortality Patterns for 1995 to 1999. Military Medicine, vol 168, no 1, p.36.

⁷⁸ Almond, M.D., Carlton, J, Bohnker, B.K. (2003): Navy and Marine Corps Active Duty Mortality Patterns for 1995 to 1999. Military Medicine, vol 168, no 1, pp.36.

⁷⁹ Heeringen, C. van, Kerkhof, A.J.F.M. (2002): Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, p.6.

⁸⁰ Almond, M.D., Carlton, J, Bohnker, B.K. (2003): Navy and Marine Corps Active Duty Mortality Patterns for 1995 to 1999. Military Medicine, vol 168, no 1, pp.37.

flankerend beleid gemaakt, omdat de mortaliteit door gewelddadige doodsoorzaken onder hen wel hoger is dan het landelijk gemiddelde. Voor het overgrote deel liggen deze doodsoorzaken buiten het uitoefenen van de dienst. Vooral het verkeer eist onder hen zijn tol.

Resultaten van onderzoek naar mortaliteit bij de Koninklijke landmacht.

Het totale personeelsbestand van de Koninklijke landmacht is volgens opgaven aan de Tweede Kamer in hoofdstuk X van de Rijksbegroting afgenomen van 42.987 personen in 1996 tot en met 30.557 personen in 2002. Het aantal militairen nam in deze periode af van 31.945 in 1996 tot 21.942 in 2002. Van de beroepsmilitairen hadden er in 1997 12.685 een beroepscontract voor bepaalde tijd. In 2002 waren er 11.636 militairen met een beroepscontract bepaalde tijd bij de Koninklijke landmacht in dienst.

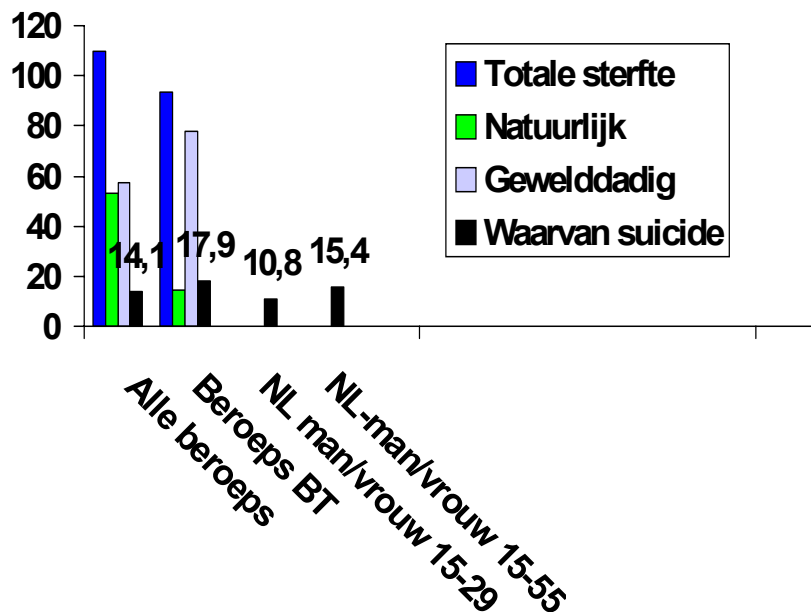
In de periode 1996 tot en met 2002 kwamen er van al het personeel bij de Koninklijke landmacht, inclusief het burgerpersoneel, 335 mensen om die nog in actieve dienst waren. Tengevolge van ziekte overleden er 218, door andere, niet-natuurlijke doodsoorzaken overleden er 117. Van deze 117 was er in 32 gevallen sprake van een zelfdoding. Over de periode 1996-2002 betekent dit een jaarlijkse incidentie van zelfdodingen van 4.6 op het gemiddeld personeelsbestand van de Koninklijke landmacht in die periode. Per 100.000 personen is dit een jaarlijkse incidentie van 13.6. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek was de jaarlijkse incidentie in 1999 per 100.000 Nederlandse mannen in de leeftijd van 15 tot en met 55 jaar 16.1 zelfdodingen per jaar. Bij Nederlandse vrouwen in deze leeftijdsgroep is deze jaarlijkse incidentie met 8,2 per 100.000⁸¹ aanzienlijk lager. Aangezien het percentage vrouwen in het totale personeelsbestand ongeveer 8,5 procent bedraagt moet de incidentie in de vergelijkingsgroep iets lager worden gesteld, op ongeveer 15,4. Desalniettemin lijkt er geen sprake te zijn van een alarmerende situatie.

Onder het militaire personeel liggen deze gegevens wat anders. In de betreffende meetperiode kwamen er onder hen 24 zelfdodingen voor. De jaarlijkse incidentie onder hen bedraagt 14.1 per 100.000. Dit is iets minder dan in de vergelijkingsgroep van Nederlandse mannen in de leeftijd van 15 tot en met 55 jaar, maar ook onder de militairen bevinden zich een aantal vrouwen, zodat opnieuw de incidentie in de vergelijkingsgroep lager moet worden gesteld op ongeveer 15,4. Ook dan lijkt er geen sprake te zijn van een alarmerende situatie.

In de groep van beroepsmilitairen bepaalde tijd kwamen er in de betreffende periode 15 om door zelfdoding, per jaar 2,1 op het gemiddelde personeelsbestand van beroepsmilitairen bepaalde tijd. Dit betekent een jaarlijkse incidentie 17.9 per 100.000. Militairen uit deze groep wordt eervol ontslag verleend rond het 30^e levensjaar. In de vergelijkingsgroep van Nederlandse mannen in de leeftijd van 15 tot en met 29 jaar is de jaarlijkse incidentie 11.3 per 100.000, voor vrouwen in deze leeftijdsgroep ongeveer 5 per 100.000. Aangezien er onder de beroepsmilitairen bepaalde tijd ook vrouwelijke militairen zijn, moet de incidentie van zelfdoding onder de vergelijkingsgroep nog iets lager worden gesteld, op ongeveer 10.8. Hieruit blijkt dat de incidentie van zelfdoding onder beroepsmilitairen bepaalde tijd 66 % hoger is dan in de vergelijkingsgroep van Nederlandse mannen en vrouwen in een vergelijkbare leeftijd.

⁸¹ Heeringen, C. van, Kerkhof, A.J.F.M. (2002): Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, p.7.

In figuur 7.6 is de mortaliteit onder beroepsmilitairen van de Koninklijke landmacht weergegeven, zowel onder alle beroepsmilitairen als onder beroepsmilitairen bepaalde tijd. Tevens is deze mortaliteit onderverdeeld in natuurlijke en gewelddadige doodsoorzaken, waaronder zelfdoding.



Figuur 7.6. Mortaliteit onder beroepsmilitairen van de Koninklijke landmacht naar doodsoorzaak en zelfdoding onder vergelijkbare groepen Nederlandse mannen en vrouwen per 100.000 per jaar over de periode 1996-2002.

Uit figuur 7.6 blijkt dat bij elke groep de totale sterfte is opgebouwd uit sterfte door natuurlijke doodsoorzaken en sterfte door gewelddadige doodsoorzaken. Van deze gewelddadige doodsoorzaken is zelfdoding een klein onderdeel. Bij de beroepsmilitairen bepaalde tijd is de sterfte door gewelddadige doodsoorzaken veel groter dan de sterfte door natuurlijke doodsoorzaken. Dit verschil wordt grotendeels veroorzaakt door de jongere leeftijd van beroepsmilitairen bepaalde tijd. De kans op sterfte door natuurlijke doodsoorzaken neemt immers toe met het klimmen der jaren. Wat de oorzaken zijn voor de hogere incidentie van zelfdoding in deze groep is vooralsnog onbekend. Er bestaan verschillen in de aanname-eisen tussen beroeps militairen voor bepaalde tijd en beroepsmilitairen voor onbepaalde tijd. Het is daarbij mogelijk dat de selectie bij aanname voor beroepsmilitairen bepaalde tijd minder streng is dan die voor beroepsmilitairen voor onbepaalde tijd, waardoor risicogroepen voor zelfdoding minder goed worden uitgefilterd. Zo lijkt vaker sprake te zijn van criminele misstappen in het verleden, gebroken

gezinnen en (seksueel) geweld in de thuissituatie⁸². Ook kan het zijn dat deze groep vaker wordt uitgezonden en zodoende meer kans maakt op problemen bij het verwerken van de uitzendervaringen of het overschakelen naar de burgermaatschappij. Tot slot hebben beroepsmilitairen bepaalde tijd per definitie een minder duidelijk loopbaanperspectief dan beroepsmilitairen voor onbepaalde tijd. Het ontbreken van een duidelijk loopbaanperspectief zou deze hogere incidentie van zelfdoding voor een deel kunnen verklaren. Deze factor verklaart bijvoorbeeld ook waarom zelfdoding bij werkeloosheid meer voorkomt⁸³ en meer voorkomt in landelijke gebieden dan in stedelijk gebieden⁸⁴. Alleen nader onderzoek kan uitsluitsel geven over de vraag welke factoren verantwoordelijk zijn voor de hogere incidentie van zelfdoding onder beroepsmilitairen bepaalde tijd van de Koninklijke landmacht.

Discussie aan de hand van de "pool of errors" in ontsparingen.

Bij de verkregen gegevens over strafopleggingen door de politierechter in Arnhem bleek er geen sprake te zijn van een nauwkeurige opgave over militairen van de Koninklijke marechaussee. Nader onderzoek toonde aan dat deze militairen op verdenking van een misdrijf op een andere wijze worden vervolgd. Verder hebben veranderingen in het militaire strafrecht ertoe bijgedragen dat er minder zaken voor de militaire politierechter komen. Dit geeft echter geen verandering in de verdeling van strafopleggingen over de krijgsmachtdelen. Ook zal de aard van de vergrijpen, waarvoor straf wordt opgelegd niet wezenlijk veranderen.

Tot slot kan een wachtlijst van zaken een vertekening opleveren, indien tussen het moment van het strafbare feit en de terechtzitting aanzienlijke tijd verstrijkt. Dit veroorzaakt vooral vertekeningen indien de omvang van de wachtlijsten in de meetperiode sterk verandert. Daarvoor zijn echter geen aanwijzingen verkregen.

Ook de voorgaande gegevens over zelfdoding onder personeel van de Koninklijke marine en de Koninklijke landmacht moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Deze voorzichtigheid is geboden omdat in het berekenen van de incidentie van zelfdodingen in groepen gemakkelijk vertekeningen ontstaan, die afkomstig zijn uit een "pool of errors". We beschrijven in het navolgende zes belangrijke vertekeningen.

In de eerste plaats treden vertekeningen op, indien de onderzoeksgroep uit mannen en vrouwen bestaat. Onder Nederlandse mannen komt zelfdoding twee keer zo vaak voor als onder vrouwen. Voor een zuivere vergelijking met normgegevens van mannen of vrouwen, moet de verhouding tussen mannen en vrouwen in de onderzoeksgroep worden berekend.

In de tweede plaats treden vertekeningen op door leeftijdsverschillen in de onderzoeksgroep en de normgroep. Onder de Nederlandse mannen in de leeftijd van 15 jaar en jonger is de incidentie van zelfdoding bijvoorbeeld ruim drie keer zo klein als boven de leeftijd van 75 jaar.

In de derde plaats treden vertekeningen op door selectie. In arbeidsorganisaties wordt doorgaans geselecteerd op lichamelijke en geestelijke gezondheid van personeel dat wordt aangenomen. Men spreekt wel van een "healthy worker effect", waardoor vergelijkingen met de Nederlandse bevolking

⁸² Schoeman, J.R. Gemotiveerd en opleidbaar...Maatschappij en Krijgsmacht, juni 1995, p.5.

⁸³ Speijer, N. (1979): Het zelfmoordvraagstuk, p. 117. Deventer: Van Loghum Slaterus.

⁸⁴ Clarke, S.C. Bannon, F.J., Denihan, A. (2003): Suicide and religiosity- Masaryk's theory revisited. Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol 38, no. 9, pp. 502-506.

worden vertekend. Ook indien aan militair personeel andere eisen worden gesteld dan aan burgerpersoneel kunnen dergelijke vertekeningen optreden.

In de vierde plaats treden vertekeningen door de macht van het getal. Cumulatie van het aantal zelfdodingen gedurende een groot aantal jaren kan imposante getallen opleveren. Zo zal enige tijd na afloop van een vredesmissie met weinig gesneuvelden het aantal zelfdodingen groter zijn dan het aantal militairen dat tijdens de missie is gesneuveld. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Zouden tijdens een Nederlandse missie, waarbij 2000 militairen zijn uitgezonden, er tijdens de missie 2 sneuvelen, dan is op basis van demografische gegevens na 10 jaar het aantal gevallen van zelfdoding groter dan het aantal gesneuvelden tijdens de missie. Immers, in een populatie van 100.000 Nederlandse mannen, komen per jaar ongeveer 15 gevallen van zelfdoding voor. Voor een groep van 2000 mannen komt dit in een periode van 10 jaar overeen met een $(2000 \times 10) / 100.000 = 0.2$ van 15, is 3 gevallen van zelfdoding. Britse kranten kopten in 2002 dat het aantal Falklands veteranen dat zichzelf van het leven had beroofd groter was dan het aantal gesneuvelden op de Falklands. Als men maar lang genoeg wacht wordt een dergelijke uitspraak vanzelf waar.

In de vijfde plaats treden vertekeningen op door personeelsreducties. Het jaarlijks aantal zelfdodingen in een organisatie kan constant zijn, terwijl de omvang van het personeelsbestand over deze jaren heen drastisch afneemt. Is er dat geval wel degelijk sprake van een stijging van de incidentie van zelfdodingen. Daarom is het noodzakelijk om de jaarlijkse incidentie per 100.000 personen te bepalen.

In de zesde plaats treden vertekeningen op door onduidelijkheden in de doodsoorzaak. Ongevallen, vooral eenzijdige verkeersongevallen, kunnen wel degelijk zijn opgezocht door het slachtoffer om zijn leven te beëindigen. Vaak wordt in onderzoek een panel van deskundigen gebruikt om bij twijfel hierover duidelijkheid te verschaffen. In Van Heeringen en Kerkhof (2002) wordt uitvoerig aandacht aan dergelijke en andere vertekeningen besteed. Omgekeerd kan ook zelfdoding als maskering dienen voor moord. In Britse kranten werd in april 2002 een strafrechtelijk onderzoek gemeld, dat op verzoek van de nabestaanden van een Brits militair was gestart naar aanleiding van zijn overlijden in The Princess Royal Barracks in Deepcut, Surrey in september 2001. Aanvankelijk werd zelfdoding aangenomen, maar dat bleek anders te liggen.

In de zevende plaats kan de verleiding ontstaan om de gegevens te beschouwen op hun statistische significantie. Een dergelijke toets vanuit de inductieve statistiek veronderstelt een generalisatie naar een groter domein, of een vergelijking met een eerdere periode. In dit geval betreft het echter uitspraken over de gehele periode dat er militairen bepaalde tijd in een dergelijke omvang aanwezig zijn. Derhalve is het gehele domein geanalyseerd en is het weinig zinvol om een dergelijke toets op generaliseerbaarheid uit te voeren. Een voorbeeld moge ook dit verduidelijken. In oktober 2003 bleek dat onder de 130.000 Amerikaanse militairen in Irak zich in een periode van 7 maanden minstens 13 zelfdodingen hadden voorgedaan. Omgerekend is dit meer dan 17 zelfdodingen per 100.000 per jaar, ongeveer 49 % meer dan de jaarlijkse incidentie in de periode 1992-2001, die op 11,5 zelfdodingen per 100.000 per jaar ligt. Zonder enige toets op statistische significantie is dit voor het Amerikaanse ministerie van Defensie aanleiding geweest om een team van artsen en geestelijke gezondheidszorgers naar Irak te sturen om dit verder te onderzoeken en waar mogelijk dit verder te voorkomen⁸⁵. Tot slot blijkt uit statistische analyses

⁸⁵ Presentatie van LTCDR US Navy Elspeth Cameron Ritchie op de 19^e Annual Conference of the International Society of Traumatic Stress Studies, Chicago, 1 november 2003.

het volgende: door de kleine aantallen is de jaarlijkse variantie in zelfdodingen onder BBT militairen groot. Na middeling van de uitschieters van 0 zelfdodingen in 1997 en 4 in 2000, blijkt met een Student-t-toets het verschil met de Nederlandse mannen in de leeftijdsgroep van 18-29 jaar over de jaren 1996-2002 statistisch significant ($t = 2.38$, $df=6$, $p=0.027$). Ook na analyse van de verschillen in doodsoorzaken tussen de BBT-militairen en Nederlandse mannen in de leeftijd van 18-29 jaar middels een Chi-kwadraat-toets blijken deze verschillen statistisch significant te zijn (Chi-kwadraat= 8.4, $df=1$, $p=.005$). In tabel 7.1 zijn de doodsoorzaken in beide groepen weergegeven in de jaarlijkse prevalentie per 100.000, gemiddeld over 1996-2002.

GROEP/ DOODSOORZAAK	NL-man 18-29	KL BBT
Natuurlijk	35	14
Zelfdoding	11	18
Totaal	46	32

Tabel 7.1. Doodsoorzaken onder Nederlandse mannen in de leeftijd van 18-29 jaar en BBT militairen van de Koninklijke landmacht, uitgedrukt in aantallen per 100.000 per jaar. Bron: Statistisch Jaarboek 2003, p.26 en p.100.

Uit tabel 7.1 blijkt dat er door natuurlijke doodsoorzaken aanzienlijk meer Nederlandse mannen in de leeftijdsgroep van 18-29 jaar sterven dan in de groep van BBT militairen van de Koninklijke landmacht. Blijkbaar is er in deze laatste groep sprake van een 'healthy worker effect' qua lichamelijke gezondheid. In deze groep sterven jaarlijks echter aanzienlijk meer mannen door zelfdoding dan onder Nederlandse mannen in de leeftijd van 18-29 jaar. Kennelijk is er sprake van een zorgelijke situatie qua geestelijke gezondheid bij deze militairen. Nader onderzoek moet uitsluitsel geven over deze significante verschillen tussen beide groepen, waarna preventief beleid kan worden ontwikkeld.

Conclusies en aanbevelingen

Door de bijdragen van de Nederlandse krijgsmacht aan VN operaties gedurende de laatste 24 jaar neemt het aantal jonge veteranen afkomstig uit deze operaties gestaag toe, hetgeen naar verwachting ook in de toekomst het geval zal zijn. Aangezien zij gratis toegang hebben tot de psychosociale nazorg van Defensie, is het van belang dat zij ook weten welke mogelijkheden het Veteraneninstituut biedt. Bij het eervol ontslag uit de Defensie-organisatie is het zaak dat zij hierop worden gewezen. Ook is het mogelijk om door het Veteraneninstituut speciale programma's te laten ontwikkelen voor groepen jonge veteranen.

Sinds vele jaren werd in deze behoefte aan nazorg van zowel oude als jonge veteranen voorzien door de BNMO, het BNMO-centrum en de Stichting Dienstverlening Veteranen. Sinds 3 jaar gebeurt dit ook door het Centraal Aanmeldingspunt van het Veteraneninstituut, hetgeen door veteranen hogelijk wordt gewaardeerd.

De nazorg via reünies wordt nog beter gewaardeerd. Bij het organiseren van dergelijke reünies kan het Veteraneninstituut assisteren. Via de nazorgvragenlijsten na een uitzending worden militairen en met name manschappen minder goed bereikt. Mogelijk vergt dit aanpassing van de gebruikte methode van vragenlijsten en kan bijvoorbeeld via veel kortere vragenlijsten of onderzoek per telefoon of via het internet de doelgroep van manschappen beter worden bereikt. Hierbij kan het Veteraneninstituut ook hulp bieden.

Uit onderzoeken onder Amerikaanse veteranen blijkt dat een aanzienlijk aantal in grote problemen terechtkomt, die gepaard gaan met ernstige vormen van geweld en in sommige gevallen met zelfdoding. Op grond van enkele studies over zelfdoding concluderen we dat met name schuldgevoelens, PTSS en depressies belangrijke voorspellers zijn van zelfdoding⁸⁶. Deze schuldgevoelens komen voort uit het zelf overleven terwijl geliefde kameraden sneuvelen, maar ook uit het doden van krijgsgevangenen, vrouwen, kinderen of ouden van dagen. De vraag rijst nu of in vredesoperaties bijvoorbeeld de frustratie van werkeloos moeten toezien, terwijl vijandelijkheden en moordpartijen over en weer doorgaan, tot vergelijkbare schuldgevoelens kan leiden. Dit vraagt om nader onderzoek. De militaire bedrijfscultuur bemoeilijkt daarbij een tijdige signalering van deze problemen, zelfs nadat men de actieve dienst heeft verlaten. Dit betekent zowel voor leidinggevendenden in de krijgsmacht, als voor hulpverleners dat extra aandacht voor deze militairen en veteranen is geboden. De expertise van het Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut en de hulpverlening via het Centraal Aanmeldingspunt van het Veteraneninstituut kunnen hiervoor worden benut.

Tot slot vloeit uit Nederlands onderzoek onder actief dienend militairen van de twee grootste krijgsmachtdelen de conclusie voort dat bij de groep van beroepsmilitairen bepaalde tijd van de Koninklijke landmacht meer gewelddadig gedrag en zelfdoding voortkomt dan bij andere militairen. De oorzaken hiervan zouden onder andere kunnen liggen in zelfselectie of selectie bij aanname. Nader onderzoek moet hierover uitsluitsel geven.

⁸⁶ Meijer, M., Weerts, J.M.P. (2002): Suicide onder veteranen: meta-analyse en model voor preventie. *Nederlands Tijdschrift voor Militaire Geneeskunde*, vol 55, no 6, pp. 171-176.

Hoofdstuk 8. Het bereiken van ongemotiveerde, maar zorgbehoevende veteranen, Willem Veldkamp, Jan Burger

Inleiding

Het is niet altijd eenvoudig om veteranen met ernstige klachten na uitzendingen tijdig en effectief hulp te bieden. Regelmatig worden hulpverleners van het VI/BNMO gebeld door familieleden of vrienden van veteranen. Zij signaleren problemen maar kunnen daarover niet in contact komen met de betrokkene en stuiten op afwijzing als zij adviseren om hulp te gaan zoeken.

Een voorbeeld hiervan staat in box 8.1:

Box 8.1. Aanmelding van een zorgbehoevende veteraan door zijn partner.

“Mijn man is uitgezonden geweest naar Bosnië en sinds hij weer terug is gaat het helemaal niet goed met hem. Hij piekert veel, wil nergens naar toe, slaapt slecht, heeft vaak ruzie op zijn werk, verdraagt heel weinig van de kinderen en als ik hem vraag wat er is wordt hij boos en loopt hij weg. Ik heb hem al vaak aangeraden om hulp te gaan zoeken maar dan zegt hij dat er niets aan de hand is en dat hij niets met hulpverleners te maken wil hebben. Kunnen jullie hier niet een keer met hem over praten?”

Niet zelden wordt er gebeld op een moment dat betrokkene zelf niet thuis is. Tevens vraagt men dan om vooral niet te vermelden dat zij het geweest zijn die contact met ons hebben opgenomen. Een verzoek waar wij over **het algemeen** geen gehoor aan geven, daar we van mening zijn dat **je open kaart moet spelen wanneer** je met iemand een hulpverleningsproces start en **dus** niet moet beginnen met een verborgen agenda.

Het gebrek aan motivatie om hulp te gaan zoeken

Uit onderzoeken naar hulpzoekgedrag bij jonge veteranen en slachtoffers van geweld blijkt;

- dat mensen zich niet bewust zijn van een probleem;
- dat zij zelf het probleem willen oplossen;
- dat zij het probleem niet ernstig genoeg vinden;
- dat zij denken dat een hulpverlener hen toch niet zal begrijpen;
- dat zij een negatieve ervaring hebben met hulpverlening in het verleden.

Factoren die ongemotiveerdheid in de hand werken zijn onder andere:

a. Sterk wantrouwen ten aanzien van andere mensen. Door de eigen ervaringen is er vaak sprake van een geschokt mensbeeld en raakt het vertrouwen in mensen bij veel veteranen beschadigd. “Niemand is te vertrouwen.”

b. Hulp vragen is een zwaktebod binnen de Defensiecultuur, die toch ook een machocultuur is. Een cultuur waarin het als zwak wordt ervaren als je problemen hebt, in het bijzonder psychische problemen. Hulp vragen is iets voor watjes en zeurpieten. Ook na verlaten van de dienst blijft deze cultuur nog lang nawerken.

- c. Veel veteranen zijn meer doeners dan praters en vinden het moeilijk om over emoties te praten.
- d. Door het ontbreken van specifieke contextkennis hebben veteranen snel het gevoel niet begrepen te worden. Hulpverleners zijn nogal eens geneigd om het focus van de hulpverlening te leggen op hetzij de vroegere ervaringen, hetzij de actuele situatie in plaats van de ervaringen tijdens de uitzending.
- e. Negatieve ervaringen met de hulpverlening in het verleden, bijvoorbeeld door lange wachttijden of door afspraken die niet nagekomen zijn.
- f. Door de behoefte van de veteraan om zelf de regie en controle te behouden is er behoorlijke weerstand tegen een afhankelijke positie en machtsongelijkheid in een hulpverleningsrelatie.
- g. Hoge verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening: een snelle oplossing verwachten of het idee dat de hulpverlener alle werk doet.

Kenmerken van klantgerichte hulpverlening bij traumagerelateerde problemen

Wanneer een veteraan toch eenmaal de stap heeft genomen naar de hulpverlening dan is het volgende van belang.

- a. Her- en erkenning van de klachten en bereidheid om te luisteren.
- b. Niet al te nadrukkelijk presenteren als de hulpverlener, maar invoegen op de houding en presentatie van de cliënt. Het is van belang te streven naar een goed contact en een goede werkrelatie.
- c. Duidelijk en open communiceren wat de hulpverlener wel en niet voor iemand kan betekenen; geen toezeggingen doen die je niet kunt waarmaken.
- d. Goede voorlichting geven en psycho-educatie over bijvoorbeeld de Post Traumatische Stress Stoornis.
- e. Onderzoeken of er steun te krijgen valt van of via netwerken bijvoorbeeld een goede vriend, echtgenote of dienstkameraad.
- f. Vertrouwen winnen door het tonen van interesse en belangstelling. Serieus nemen wat betrokkene heeft meegemaakt. Wees echt en doe wat je zegt. "Beloofd is beloofd."
- g. Neem goede kennis van zijn psychische- en fysieke welzijn. Hoe denkt en voelt betrokkene? Zijn er sociale contacten met bijvoorbeeld familie of lotgenoten?
- h. Neem de tijd en wees zo goed mogelijk bereikbaar.
- i. Straal vertrouwen en rust uit, stel de doelen niet te hoog.
- j. Biedt praktische hulp aan bij schulden/werk/pensioen en dergelijke.

Epiloog, Marten Meijer

Inleiding

Op basis van de voorgaande hoofdstukken is een aantal stellingen geformuleerd, die aan het slot van het symposium als leidraad hebben gediend bij de plenaire discussie. In deze epiloog worden deze stellingen van een kort commentaar voorzien, met het oogmerk om ook aan het einde van deze symposiumbundel de discussie over kwalitatief en kwantitatief goede zorg voor veteranen gaande te houden en te voeden met voortschrijdend inzicht. De conclusie aan het einde van deze symposiumbundel is derhalve voorlopig.

Enig commentaar op de stellingen van het symposium.

1. Zorg, alleen gericht op klachten en problemen, is te eenzijdig.

Uit deze eerste stelling blijkt dat zorg niet alleen een reactie moet zijn op klachten of problemen. Ook voordat deze klachten en problemen ontstaan is zorg geboden. Deze zorg komt als vanzelf voort uit het eigen sociaal systeem van veteranen, van hun collega's en het goed is ook van hun leidinggevendenden. Uit de bijdrage over positieve aspecten en gevolgen van vredesmissies blijkt echter ook dat deze zorg, bijvoorbeeld via oproepen tot bijeenkomsten of reünies, ook van Defensie uit moet gaan, meer dan nu het geval is. Het advies van de voormalig Inspecteur van de Krijgsmacht dringt aan op het nemen van deze verantwoordelijkheid voor dergelijk zorg voor veteranen, in het bijzonder in de aanbevelingen om te komen tot een actieve registratie van veteranen. Met deze registratie is het mogelijk om veteranen regelmatig te bereiken, ook als er geen klachten of problemen zijn ontstaan.

2. Een pro-actief beleid met betrekking tot onbegrepen lichamelijke klachten na uitzending kan veel medische en juridische claims voorkomen.

Deze tweede stelling betreft de workshop over het Post Deployment Syndrome. Uit de bijdragen over het Post Deployment Syndrome is gebleken dat veel onbegrepen lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid, pijn in de gewrichten en huidirritaties niet rechtstreeks zijn te herleiden tot de psychische gevolgen van deelname aan een uitzending. Voorlichting over dergelijke klachten vormt een belangrijk onderdeel van een pro-actief gezondheidszorg beleid en kan leiden tot vroegtijdige signalering en juiste diagnostiek van deze klachten. Daarmee kunnen onnodig langer lijden, onjuiste attributies en een juridische strijd over aansprakelijkheid voor deze klachten worden voorkomen.

3. Ontsporingen van veteranen leiden tot maatschappelijke schade: preventie van dergelijke schade kan rekenen op brede maatschappelijke steun.

In de bijdrage over Nederlands onderzoek naar ontsporingen van veteranen bleek dat dit onderzoek zich nog in een verkennende fase bevindt. Ook hier blijkt het gebrek aan een goede veteranenadministratie zich te wreken. Mede door deze gebrekkige administratie is het niet uit te sluiten dat ontsporingen van veteranen een onderschat probleem vormen. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat zelfs met een accurate administratie de officiële registratie van dergelijke ontsporingen een onderschatting oplevert van de daadwerkelijke omvang van de problematiek. Het uit de gerechtelijke wereld bekende 'dark number' van misdrijven of ontsporingen die wel voorkomen, maar niet ontdekt, gemeld of vervolgd

worden is hier mede debet aan. Door deze beperkingen in onderzoek naar de ernst en omvang van de problematiek is er op dit moment nog geenszins sprake van brede maatschappelijk steun om de schade door ontsporingen van veteranen te beperken. Veeleer bevindt het beleid hiertoe zich, mede door het taboe rond dit onderwerp, nog in de fase van de ontkenning van de problematiek.

4. Op outreachende hulpverlening staat een zware straf: meer werk.

De vierde stelling betreft het bereiken van ongemotiveerde, maar zorgbehoevende veteranen. Deze veteranen weten de weg naar de professionele hulp maar moeilijk te vinden, of weigeren om deze weg te gaan. De mannelijkheidscultuur, die voorschrijft om geen hulp te zoeken maar zelf hulp te geven als held en redder, is bij Defensie dominant aanwezig en zit menig veteraan ook nog in het bloed. Ook deze cultuur vermindert de motivatie om hulp te zoeken bij veteranen zelf. In hun sociaal systeem blijken echter voldoende ingangen te bestaan voor outreachende hulpverlening. Ouders, partners of kinderen melden steeds vaker met succes een veteraan met een zorgbehoefte aan. En steeds vaker worden drogredenen van bescherming van de privacy van de veteraan zelf terecht terzijde gelegd om tijdig en effectief contact te leggen met deze zorgbehoevende veteraan, ondanks zijn gebrek aan motivatie. De motivatie van de zorgverlener moet in dat geval toereikend zijn om de veteraan alsnog te bereiken en aan het werk te gaan met zijn hulpvragen. Zo dit niet gebeurt, dient de vraag zich aan wiens motivatie te kort schiet.

5. Veteranenzorg begint voor de uitzending.

Zowel uit het perspectief op veteranenzorg in hoofdstuk 3 van deze bundel als uit het advies van de voormalig Inspecteur der Krijgsmacht blijkt dat goede veteranenzorg begint, voordat de militair wordt uitgezonden. Na de uitzending vormt het moment van het ontslag uit de actieve dienst het begin van de loopbaan als veteraan. Wil de zorg voor veteranen effectief zijn, dan moet zij al ver voor dat moment zijn begonnen. Immers, met een goede voorbereiding op de uitzending neemt de kans op een succesvolle uitzending toe en neemt de kans op uitzendingsgerelateerde problemen navenant af. Toch zijn de eisen, die aan veteranen worden gesteld voor een succesvolle terugkeer in de Nederlandse samenleving anders dan de eisen die tijdens een uitzending aan militairen worden gesteld. Zonder de pretentie van volledigheid verdienen enkele in het oog springende verschillen vermelding. Gaat het tijdens de uitzending om kameraadschap, eendrachtige samenwerking en zorg voor elkaar, na terugkeer in de Nederlandse samenleving viert het individualisme hoogtij en verdwijnt de kameraadschap als sneeuw voor de zon. Wordt het leven, werken en de omgeving tijdens een uitzending gedomineerd door schaarste en gebrek, na terugkeer in Nederland is de materiële overvloed voor sommige veteranen niet te bevatten. Leerde men tijdens de uitzending te genieten van het eenvoudige, na terugkeer is er de onbegrijpelijke onvrede met de welvaart. Al deze en nog veel meer andere verschillen liggen vaak onder de waarnemingsdrempel, maar kunnen de veteraan vervreemden van de samenleving van waaruit hij eens werd uitgezonden, maar waarin hij nooit echt terugkeerde. De vaardigheden om deze verschillen op te merken, zich er van bewust te worden en er mee om te leren gaan, worden te vaak met veel vallen en opstaan aangeleerd. Als Defensie via militaire opleiding en vorming veel wil investeren om van burgers militairen te maken, is het niet minder dan logisch om voor het verlaten van de actieve dienst ook te investeren in het proces om van militairen weer burgers te maken. Goede personeelszorg, waarin de

educatieve centra van Defensie sinds enige tijd een nuttig onderdeel vormen, is als onderdeel van de pré-veteranenzorg daarvoor een goed begin.

Een voorlopige conclusie.

Veteranen hebben zorg nodig, dat is uit de voorgaande hoofdstukken de meest voor hand liggende conclusie. Er zijn echter belangrijke verschillen in de mate waarin veteranen deze zorg nodig hebben en in de aard van deze zorg. Bij het overgrote deel van de veteranen bestaat de zorgbehoefte uit de behoefte aan onderling contact met de collega's met wie men ooit werd uitgezonden. Voor het mogelijk maken en bevorderen van dit onderlinge contact is een goede administratie van veteranen een eerste vereiste. Verder zijn goede voorzieningen, zoals een veilige en rustige plaats om samen te komen en deskundige begeleiding van dit contact vereist. Veel van de zorg voor deze grote groep wordt afdoende geleverd door het eigen sociale systeem van ouders, partners, kinderen en vrienden. Ook een oud-commandant en kameraden van de uitgezonden eenheid spelen hierbij een grote rol, evenals de erkenning en waardering van veteranen door de samenleving als geheel.

Kleine minderheden van veteranen hebben veel meer specifieke zorg nodig, bijvoorbeeld om de gevolgen van het Post Deployment Syndrome te boven te komen of om ontsporingen te voorkomen. Goede zorg voor veteranen, zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin, kan ontsporingen helpen voorkomen en het zinvol omgaan met de gevolgen van uitzendingen bevorderen. Nader onderzoek moet uitwijzen welke veteranen hiervoor kwetsbaar zijn en hoe dergelijk lijden kan worden voorkomen en behandeld. Uit het advies van de voormalig Inspecteur Generaal der Krijgsmacht blijkt dat het ministerie van Defensie een belangrijke verantwoordelijkheid heeft in het leveren van deze zorg en het laten uitvoeren van dit onderzoek. Indien de leiding van het ministerie van Defensie deze verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk aanvaardt, kan men ook daar met recht van spreken zeggen: Veteranen: onze zorg!

Over de auteurs

Gielt Algra (1966) studeerde politicologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam en aan het Centrum voor Educatie en Documentatie Latijns Amerika (CEDLA). Zijn specialisatie was gericht op internationale betrekkingen.

Tijdens zijn militaire dienst in 1992 en 1993 werd hij, na zijn opleiding tot sergeant der infanterie, gekozen tot voorzitter van de soldatenvakbond VVDM. Na zijn diensttijd werd hij gekozen tot voorzitter van de European Council of Conscript Organisations (ECCO). Na terugtreding als voorzitter bleef hij werkzaam voor deze organisatie, met name ten behoeve van enkele publicaties en als course director bij de jaarlijkse study sessions van de Raad van Europa.

Sinds begin 2001 is Gielt Algra werkzaam als onderzoeks- en beleidsmedewerker bij het Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut. Hij concentreert zich met name op de jonge veteranen

Jan Burger (1947) volgde de opleiding Sociale Academie maatschappelijk werk en inrichtingswerk en werkte van 1972 tot 1979 in de justitiële jeugdzorg en in het algemeen maatschappelijk werk. Na de voortgezette opleiding volgde hij de opleiding tot psychotherapeut in combinatie met een functie als aspirant psychotherapeut bij het psychologisch adviescentrum en latere IMP de "Psychotheek", waar hij sinds 1981 tevens de algemene coördinatie verzorgde. Van 1983 tot 2001 was hij directeur/bestuurder van de Riagg Amsterdam Oost en tot 1989 parttime psychotherapeut. Hij vervulde en vervult diverse bestuurlijke functies in het vlak van multiculturalisatie van de zorg, rehabilitatie en reïntegratie van psychiatrische patiënten, jeugdzorg en maatschappelijk activeringswerk. Sinds september 2002 is hij hoofd van de dienst maatschappelijk werk Vi/BNMO en sinds september 2003 tevens waarnemend hoofd van de dienst juridische zaken van de BNMO.

Martin Elands (1967) studeerde geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Utrecht (1986-1992) met als specialisatie "internationale betrekkingen". Tijdens zijn studie was hij ruim een jaar werkzaam bij de Nederlandse Atlantische Commissie (1990-1992) die het internationale en Nederlandse veiligheidsbeleid als werkdomein heeft.

Martin Elands is na zijn militaire diensttijd bij de Sectie Militaire Geschiedenis (SMG) van de Koninklijke Landmacht (1992-1993) bij de SMG als wetenschappelijk medewerker werkzaam gebleven met als specialisaties Nederlands-Indië (1942-1950), Nederlands Nieuw-Guinea (1950-1962), Korea (1950-1954) en het Nederlands veteranenbeleid. Daarnaast heeft hij onderzoek gedaan naar en gepubliceerd over de Nederlandse deelname aan vredesoperaties.

Vanaf 1 januari 2000 is hij vanuit zijn dienstbetrekking bij het Ministerie van Defensie als wetenschappelijk en beleidsmedewerker/militair-historicus werkzaam bij het Kennis- en onderzoekscentrum (KOC) van het Veteraneninstituut. Binnen het KOC heeft hij de militaire ervaringen tijdens oorlogen en vredesoperaties, alsmede de maatschappelijke positie van Nederlandse veteranen als werkgebied. Vanuit deze functie is Martin Elands onder meer redactielid van het Nederlandse veteranentijdschrift Checkpoint.

Bavo Hopman (1954) werkt sinds 1995 als stafmedewerker ontwikkeling bij het BNMO-Centrum, waar hij beleidsadviseur werkt en nazorgprogramma's ontwikkelt voor zowel de traditionele veteranen en partners als voor de nieuwe generatie. Hij organiseert met enige regelmaat bijeenkomsten voor missiegebonden groepen van jonge (ex-)militairen en partners, zoals Dutchbat III, Individuele Deelnemers Eerdere Missies (IDEM) van de Koninklijke luchtmacht en Provide Care, Rwanda 1994. Hij is gastdocent bij het Instituut Defensie Leergangen te Rijswijk in de Hogere Staf Vorming.

Daarnaast publiceert hij regelmatig artikelen in de sfeer van veteranenzorg, bijvoorbeeld over de functie en betekenis van herdenken, over de werking van sociale steun en over relatie- en gezinsproblemen bij jonge veteranen. In 2002 ontving hij de gouden Vi-speld voor het bevorderen van de samenwerking tussen de partners in het Veteraneninstituut.

Wolter S. de Loos (1946) studeerde geneeskunde aan de Rijks Universiteit Leiden en promoveerde in 1988 op een proefschrift over de relatie tussen emoties, hormonen en hartslag. Als internist was hij in de loop der jaren verbonden aan diverse academische ziekenhuizen, onder andere in Leiden, Rotterdam en Utrecht. Vanaf 1993 tot en met 2002 was hij ook werkzaam in het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht, waar hij zich concentreerde op de co-morbiditeit van psychiatrisch patiënten, in het bijzonder van patiënten met de Post Traumatische Stress Stoornis en patiënten met lichamelijke klachten zonder lichamelijke ziekte. Dr. De Loos was onder andere mede-oprichter en eerste voorzitter van de European Society of Traumatic Stress Studies en gedurende enige jaren bestuurslid van de International Society of Traumatic Stress Studies. Dr. De Loos overleed op 6 januari 2004.

Marten Meljer (1962) studeerde in 1986 af als arbeids- en organisatiepsycholoog aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na zijn afstuderen vervulde hij zijn dienstplicht als officier van speciale diensten bij de afdeling Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek van de directie personeel Koninklijke marine in Den Haag. Vervolgens was hij als universitair docent bij het Koninklijk instituut voor de marine te Den Helder belast met gedragswetenschappelijk onderwijs en verrichtte hij onderzoek naar de loopbanen, tevredenheid en prestaties van personeel bij de Koninklijke marine. In 1998 promoveerde hij op dit onderzoek aan de Erasmus universiteit van Rotterdam. Van 1997 tot 2001 vervulde hij de functie van stafofficier sociale zaken voor het Korps Mariniers, waarin hij een coördinerende rol had in de psychosociale hulpverlening vanuit de Maatschappelijke Dienst Defensie.

Sinds december 2001 is hij werkzaam bij het Kennis- en onderzoekscentrum als senior wetenschappelijk medewerker/projectleider en richt hij zich op hulpzoekgedrag van veteranen, de effectiviteit van interventies en hulpverlening in het algemeen en debriefing in het bijzonder.

Joanne Mouthaan (1979) studeerde van 1997 tot 2001 Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie en Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht met als afstudeerrichting Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie.

Vanaf november 2001 is zij bij het KOC werkzaam als gedragswetenschapper aan het onderzoeksproject "Welzijn en gezondheid van UNIFIL-veteranen". Voorafgaand aan deze functie doorliep zij van februari tot oktober 2001 een onderzoeksstage aan het KOC ten behoeve van het project "wensen en behoeften van jonge veteranen".

Jan R. Schoeman (1957) werkt sinds juli 1999 als Hoofd Communicatie bij het Veteraneninstituut in Doorn. In deeltijd is hij gedetacheerd bij het Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut. Naast het reguliere voorlichtingswerk doet hij onderzoek naar de publieke opinie omtrent veteranenaangelegenheden, in het bijzonder de maatschappelijke waardering voor militaire inzet in heden en verleden. Over dit onderzoek publiceert hij regelmatig, terwijl hij daarover tevens gastcolleges verzorgt aan onder meer KMA en KIM.

Jan Schoeman maakt deel uit van de redactie van het veteranenperiodiek "Checkpoint", waarin hij tevens regelmatig zelf schrijft over allerlei aspecten van de veteranenthematiek.

Voorafgaand aan zijn functie bij het Veteraneninstituut werkte Jan Schoeman sinds 1987 als Stafmedewerker Voorlichting/Public Relations bij de Stichting Maatschappij en Krijgsmacht in Den Haag. Sinds 1987 schrijft hij over allerlei aspecten van de civiel-militaire betrekkingen, zoals de afschaffing van de dienstplicht en de overgang naar een professionele krijgsmacht, maar bijvoorbeeld ook over de wisselwerking tussen Defensie, media en publieke opinie.

Willem Veldkamp (1949) is in het bezit van het diploma Hoger Beroepsopleiding Maatschappelijk Werk (1977-1980). Deze opleiding werd gevolgd aan de Sociale Academie Twente te Hengelo. Zijn scriptie in het kader van de opleiding luidde:

"De uitzending van militairen naar Libanon". Voor zijn studie was hij beroepsmilitair bij de Koninklijke Marechaussee (1967-1977). Sedert 1 september 1977 is hij werkzaam geweest bij de Militaire Sociale Dienst te Assen als bedrijfsmaatschappelijk werker vooral ten behoeve van de gewezen militairen met een beschadiging.

In 1983 werd zijn functie aldaar tevens coördinator-werkbegeleider voor een aantal collega's. In de loop der jaren werden vooral functiegerichte opleidingen gevolgd onder ander bij de ICODO (Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen) in Utrecht.

Sinds 1988 is hij werkzaam in de functie van maatschappelijk werker werkzaam bij de BNMO. In deze functie draagt hij zorg voor de uitvoering van psychosociale hulp – en dienstverlening aan leden van de BNMO en toegewezen veteranen.

Eric Vermetten (1961) studeerde medicijnen aan de Universiteit van Maastricht en rondde zijn specialisatie als psychiater en onderzoeker af aan de Stanford University in de Verenigde Staten met onderzoek naar dissociatie en hypnose in de psychiatrie.

Bij Douglas Bremner, auteur van het boek "Does stress damage the brain?", deed hij neurobiologisch onderzoek naar Post Traumatische Stress Stoornissen met behulp van positron emissie tomografie aan de Yale University in West Haven, Connecticut. Op 21 maart 2003 promoveerde hij aan de Universiteit van Utrecht op een proefschrift over neurobiologisch onderzoek naar posttraumatische stress stoornissen.

Dr. Vermetten is als psychiater verbonden aan het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht, alwaar hij onder meer groepstherapie geeft aan actief dienend militairen en veteranen.

Maaïke de Vries (1972) studeerde in 1996 cum laude af aan de Faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit van Maastricht. Na een korte periode als junior therapeut bij de RIAGG Maastricht trad

zij in dienst bij de Afdeling Medische Psychologie van het Universitair Medisch Centrum Nijmegen. Daar deed zij onderzoek naar de psychologische aspecten van het Post Cambodja Klachten Onderzoek. Zij promoveerde op dit onderzoek op 16 april 2002 middels de verdediging van het proefschrift 'Postdeployment Syndrome in Cambodia Veterans. Inmiddels is zij als senior beleidsmedewerker onderzoek en ontwikkeling werkzaam bij de Stichting Impact, landelijk kenniscentrum psychosociale zorg na rampen.

Jos M.P. Weerts (1949) studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Hij is afgestudeerd in de Vrije Studierichting met psychiatrie als hoofdvak en neurologie, interne geneeskunde en sociale geneeskunde als bijvakken. Daarna volgde hij diverse opleidingen op het gebied van methoden en technieken van onderzoek, statistiek en epidemiologie en op het gebied van leidinggeven en management.

Hij werkt als hoofd van het Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut te Doorn. In deze functie is hij onder andere voorzitter van de Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg Veteranen en lid van de Stuurgroep Epidemiologisch Onderzoek Balkanveteranen. Ook is hij voorzitter van het Awards Nominations Committee van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Deze commissie stelt jaarlijks vast wie door de ISTSS wordt onderscheiden wegens uitzonderlijke klinische en wetenschappelijke verdiensten op het gebied van de psychotraumatologie.

Tot de start van het Veteraneninstituut in mei 2000 was hij werkzaam als stafmedewerker onderzoek en beleid bij het BNMO-Centrum. In die functie was hij specifiek belast met een kwaliteitsproject, ter verbetering van de nazorgprogramma's. Daarbij hoorde ook de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe methodes en modellen voor begeleiding en hulp aan jonge veteranen, die gediend hebben in vredesmissies. Dit project werd gefinancierd door middel van een subsidie van het Ministerie van Defensie.

Van 1987 tot 1993 werkte hij als directeur van de Stichting Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO) te Utrecht. In deze functie was hij lid van een aantal adviescommissies op het gebied van het beleid en de zorg voor oorlogs- en geweldslachtoffers.