

# **Veteraan, hoe gaat het met u?**

**Een onderzoek naar het welbevinden van  
de Nederlandse veteraan**

**Samenvatting**

**B van Wijngaarden  
D Meije**

## Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Defensie, onder regie van de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek.

### ***Uitvoerders***

#### *Trimbos-instituut*

Dr. B. van Wijngaarden, projectleider

Drs. D.M.G. Meije

#### *Veteraneninstituut*

Drs. J.M.P. Weerts, projectleider

Dr. J. Duel

Drs. Y.M. de Reuver

Drs. D.M. van Vugt

### ***Begeleidingscommissie***

Mevrouw J.L.E.M.W.R.R. Tiesinga -Autsema, voorzitter/voorzitter RZO

Mevrouw dr. L.E. Frank, wetenschappelijk secretaris/idem RZO

F.A. Alwon, ambtelijk secretaris RZO

M. van der Giessen MBA, ambtelijk secretaris RZO

Prof. dr. P. Dekker, Sociaal- en Cultureel Plan Bureau, lid van de RZO

P.L.J. Klijn, secretaris bestuur Veteranen Platform

Drs. M. Elands, hoofd Kennis- en onderzoekscentrum Veteraneninstituut

Kol-arts R.P. van der Meulen, directeur MGGZ, Defensie

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
1.1	AANLEIDING	5
1.2	VRAAGSTELLING	5
1.3	LEESWIJZER	6
<b>2</b>	<b>ONTWIKKELING VAN DE VRAGENLIJST</b>	<b>7</b>
2.1	INLEIDING	7
2.2	LITERATUURONDERZOEK	7
2.3	FOCUSGROEPEN	8
2.4	DE VRAGENLIJST	8
<b>3</b>	<b>METHODE VAN ONDERZOEK</b>	<b>11</b>
3.1	STEEKPROEF VRS	11
3.2	DATAVERZAMELING	11
3.3	RESPONS EN KWALITEIT VAN DE DATA	12
3.4	ANALYSES	13
<b>4</b>	<b>RESULTATEN</b>	<b>15</b>
4.1	ACHTERGRONDKENMERKEN EN ERVARINGEN VAN VETERANEN	15
4.1.1	<i>Sociodemografische kenmerken: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau</i>	15
4.1.2	<i>Sociodemografische kenmerken: burgerlijke en maatschappelijke status</i>	16
4.1.3	<i>Sociodemografische kenmerken: vergelijking met CBS-gegevens</i>	17
4.1.4	<i>Kenmerken van missies en dienstverband: de missiegebieden en het aantal uitzendingen</i>	18
4.1.5	<i>Kenmerken van missies en dienstverband: dienstverband</i>	19
4.1.6	<i>Ervaringen van veteranen: terugdenkend aan de missie(s)</i>	20
4.1.7	<i>Ervaringen van veteranen: terugkeer van de missie en de reactie en steun vanuit de omgeving</i>	21
4.1.8	<i>Ervaringen van veteranen: invloed van de missie(s) op het latere leven</i>	23
4.2	KWALITEIT VAN LEVEN EN BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING OP LEVENSGEBIEDEN	24
4.3	RISICOFACTOREN VOOR DE ERVAREN KWALITEIT VAN LEVEN EN SUBJECTIEVE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING	30
4.3.1	<i>Mogelijke risicofactoren voor kwaliteit van leven en zorgbehoefte</i>	30
4.3.2	<i>Correlaties tussen achtergrondkenmerken en kwaliteit van leven en zorgbehoefte</i>	31
4.3.3	<i>Het belang van achtergrondkenmerken voor kwaliteit van leven en zorgbehoefte</i>	31
4.3.4	<i>Risicoprofielen</i>	32
4.4	PROFESSIELE HULPVERLENING	37
4.4.1	<i>Professionele ondersteuning</i>	37
4.4.2	<i>Kenmerken van degenen die wel en degenen die geen professionele hulp ontvangen</i>	39
4.4.4	<i>Waardering van de professionele ondersteuning</i>	42
4.5	WAAROM GEEN PROFESSIONELE ONDERSTEUNING ALS ER WEL BEHOEFTE IS	42
4.6	BETREKKEN VAN HET THUISFRONT	43
4.7	BEKENDHEID MET HET LANDELIJK ZORGSYSTEEM VOOR VETERANEN (LZV)	44
<b>5</b>	<b>DE ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN SAMENGEVAT</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSIE</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>REFLECTIE OP HET ONDERZOEK</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>AANBEVELINGEN</b>	<b>59</b>



# 1 Inleiding

In de jaren 2013–2014 is er een grootschalig onderzoek uitgevoerd onder een steekproef van 6000 veteranen, gericht op de vraag hoe het met hen gaat. Dit rapport is een samenvatting van het uitgebreide verslag van dit onderzoek.

## 1.1 Aanleiding

De Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek (RZO) oefent onafhankelijk toezicht uit op het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV), bewaakt de kwaliteit van het gehele systeem en de te onderscheiden delen daarvan, en adviseert de minister van Defensie op het gehele terrein van de veteranenzorg. Om zijn toezichthoudende taak goed te kunnen uitoefenen, heeft de RZO behoefte aan adequate en actuele informatie. Daarom heeft de Raad met financiële steun van het Ministerie van Defensie een Consumer Quality Index Veteranenketenzorg (CQIV) laten ontwikkelen. Dit instrument meet hoe veteranen de zorg ervaren die het LZV aanbiedt. De ontwikkeling van de CQIV vormde het eerste deel van een advies van de RZO van 31 juli 2009 dat door Defensie is overgenomen. Het tweede deel van het advies betreft het in deze samenvatting besproken onderzoek onder een steekproef van veteranen die zijn opgenomen in het Veteranen Registratie Systeem (VRS)<sup>1</sup>. In dit onderzoek wordt een beeld verkregen van de ervaren kwaliteit van leven en de eventuele zorgbehoefte van de respondenten, ook van degenen die geen gebruikmaken van het LZV. Bij de onderzochte groep is nagegaan of er een zorgvraag is, of en waar zij in zorg zijn, en wat hun mening over die zorg is. Verder is er een analyse gemaakt van factoren die samenhangen met de gemeten kwaliteit van leven en zorgbehoefte. De resultaten van dit onderzoek kunnen voor de RZO bouwstenen opleveren voor de advisering aan de minister van Defensie. Het onderzoek is uitgevoerd onder regie van de RZO, met financiering van het Veteraneninstituut. Het onderzoek is uitgevoerd door medewerkers van het Trimbos-instituut en het Veteraneninstituut (zie colofon). De verslaggeving was in handen van het Trimbos-instituut.

## 1.2 Vraagstelling

De centrale vraagstelling is als volgt geformuleerd:

*In hoeverre is er bij de Nederlandse veteranen sprake van een behoefte aan zorg en hoe gaan veteranen om met die behoefte?*

Deze centrale vraag is geoperationaliseerd in tien onderzoeksvragen:

1. *Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van (psychische) klachten<sup>2</sup> bij veteranen?*
2. *Wat zijn de sociodemografische kenmerken van de veteranen die hebben deelgenomen aan het onderzoek?<sup>3</sup>*

---

<sup>1</sup> Een veteraan is een militair, gewezen militair, of gewezen dienstplichtige, van de Nederlandse krijgsmacht, dan wel van het Koninklijk Nederlandsch Indisch Leger, alsmede degene die behoorde tot het vaerplichtig koopvaardijpersoneel, die het Koninkrijk der Nederlanden heeft gediend onder oorlogsomstandigheden dan wel heeft deelgenomen aan een missie ter handhaving of bevordering van de internationale rechtsorde voor zover deze missie bij regeling van Onze Minister is aangewezen (Bron: Veteranenwet).

<sup>2</sup> In de oorspronkelijke vraagstelling was er sprake van (psychische) klachten. Bij de operationalisering van deze vraagstelling is gekozen voor het meten van kwaliteit van leven op negen levensgebieden en eventuele behoefte aan ondersteuning op deze levensgebieden.

<sup>3</sup> In de oorspronkelijke vraagstelling was er sprake van de kenmerken van veteranen in het Veteranen Registratie Systeem. Vanwege de manier waarop de steekproef is getrokken en het onderzoek is uitgevoerd is geen generalisatie naar de gehele populatie veteranen mogelijk (zie paragraaf 3.3)

3. *Hoe verhouden de sociodemografische kenmerken van de veteranen zich tot die van de algemene bevolking?*
4. *Wat zijn de subjectieve zorgbehoeften van de veteranen?*
5. *Hangen eventuele subjectieve zorgbehoeften samen met de uitzending?*
6. *Van welke professionele hulp/ondersteuning maken veteranen gebruik en hoe worden zij naar deze hulp/ondersteuning verwezen<sup>4</sup>?*
7. *Wanneer er wel sprake is van behoefte aan hulp of ondersteuning op één of meer levensgebieden, maar de veteraan geen professionele hulp of ondersteuning ontvangt, wat is dan de reden daarvoor?*
8. *Indien een veteraan professionele hulp of ondersteuning ontvangt, hoe waardeert hij deze hulp of ondersteuning?*
9. *In hoeverre is het thuisfront betrokken bij de hulp of ondersteuning en hoe waarderen veteranen deze betrokkenheid?*
10. *Wat is de relatie tussen enerzijds de zorgbehoefte en het zorggebruik en anderzijds de sociodemografische kenmerken van de veteraan?*

### **1.3 Leeswijzer**

Deze samenvatting is gebaseerd op een uitgebreid rapport (de achtergrondrapportage) over de ontwikkeling van de vragenlijst, de uitvoering van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek. In deze samenvatting wordt per onderwerp in een kader aangegeven waar in de achtergrondrapportage de achterliggende informatie is opgenomen.

Voor een uitgebreide beschrijving van de aanleiding en achtergrond van dit onderzoek zie Hoofdstuk 1 in de achtergrondrapportage.

---

<sup>4</sup> In de vragenlijst is niet zozeer gevraagd naar verwijzingen, maar naar wie het initiatief heeft genomen om hulp/ondersteuning te zoeken.

## 2 Ontwikkeling van de vragenlijst

### 2.1 Inleiding

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst is een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn twee bijeenkomsten (focusgroepen) met veteranen georganiseerd. Op basis hiervan is de vragenlijst samengesteld.

### 2.2 Literatuuronderzoek

Als eerste stap in dit project is door middel van een literatuuronderzoek nagegaan wat er al bekend is over factoren die samenhangen met het bestaan van een zorgbehoefte en zorggebruik. Gemakshalve en in lijn met wat gebruikelijk is, noemen wij deze factoren 'risicofactoren', in feite gaat het echter om correlaties of samenhangen tussen achtergrondkenmerken (zoals krijgsmachtsdeel, opleidingsniveau, e.d.) en het bestaan van een zorgbehoefte. Ook is gekeken naar wat bekend is over drempels die de toegang tot en het gebruik van de zorg bemoeilijken onder de algemene Nederlandse bevolking, Nederlandse veteranen en buitenlandse veteranen.

Uit de literatuur komt een aantal risicofactoren naar voren voor het bestaan van (veelal psychische) klachten bij veteranen. Daarbij is gebruikgemaakt van literatuur over Nederlandse veteranen, internationale publicaties over veteranen en publicaties over de algemene Nederlandse bevolking. Een belangrijk geachte risicofactor die niet uit de literatuur naar voren komt, is het meemaken van schokkende gebeurtenissen tijdens de missie. Ook opinies over de missie (succes/falen) en publieke steun komen niet in de literatuur naar voren. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is ervoor gekozen om in plaats van schokkende gebeurtenissen meer algemeen te vragen naar positieve en negatieve ervaringen met de missie. Ook is een vraag opgenomen over de reacties vanuit de omgeving en de huidige ervaren sociale steun.

De kans op de aanwezigheid van klachten hangt volgens de literatuur samen met de volgende factoren:

- Burgerlijke staat (alleenstaand)
- Samenstelling huishouden (alleenstaand)
- Betaalde arbeid (geen)
- Netto huishoudinkomen (laag)
- De huidige sociale steun vanuit de omgeving (weinig)
- Militaire rang (laag)
- Dienstverband (contract voor bepaalde tijd)
- Het hebben van een veteranenpas<sup>5</sup>
- De behoefte om zelf problemen op te lossen

Over een aantal risicofactoren spreken eerdere onderzoeksresultaten elkaar tegen:

- Leeftijd (jonger)
- Opleidingsniveau (lager)
- Houding ten opzichte van de missie/militaire dienst (positief/negatief)

Het zorggebruik van Nederlandse veteranen hangt volgens de literatuur samen met:

---

<sup>5</sup> Veteranen die geen klachten hebben of zorg nodig hebben, zijn wellicht minder geneigd om een pas aan te vragen om op die manier gebruik te maken van de diensten van het Veteraneninstituut om bijvoorbeeld sociale steun te zoeken bij collega-veteranen. Dit kan verklaren waarom er onder degenen die wel een pas hebben aangevraagd verhoudingsgewijs meer veteranen zijn met klachten dan onder de veteranen zonder pas.

- Opleidingsniveau (laag)
- Betaalde arbeid (geen)
- Netto huishoudinkomen (laag)
- Krijgsmachtdeel (landmacht)
- Het hebben van een veteranenpas

Het onderscheid tussen zorgbehoefte en zorggebruik is overigens in de literatuur niet altijd scherp omschreven. De gevonden risicofactoren dienen daardoor ter indicatie.

Uit de literatuur blijkt dat opvattingen over hulpverlening en de eigen problemen de belangrijkste drempels zijn in het zoeken van hulp. Voorbeelden van dergelijke opvattingen zijn: denken dat hulp zoeken toch niet zal helpen, denken dat de problemen niet ernstig genoeg zijn, en verwachten dat de problemen vanzelf wel weer over zullen gaan. Angst voor stigmatisering, zoals bang zijn als zwak gezien te worden, speelt echter nauwelijks een rol.

De uitgebreide beschrijving van de literatuurstudie is na te lezen in paragraaf 2.2 van de achtergrondrapportage.

### **2.3 Focusgroepen**

Als aanvulling op de literatuurstudie zijn bijeenkomsten met veteranen georganiseerd (focusgroepen). Focusgroepen hebben tot doel om belangrijke kenmerken van een bepaald onderwerp te achterhalen door meerdere personen dit specifieke onderwerp met elkaar te laten bespreken. Deelnemers kunnen elkaar stimuleren en op elkaar reageren. Aan de twee focusgroepen voor dit onderzoek hebben contactpersonen van veteranenontmoetingscentra, inloophuizen en veteranenverenigingen deelgenomen. In de eerste focusgroep is met de deelnemers besproken in hoeverre de risicofactoren die uit de literatuur naar voren komen, aansluiten bij de belevingswereld van de veteraan. Andere risicofactoren die de aanwezigen hebben genoemd zijn hieraan toegevoegd:

- Positieve of negatieve ervaringen tijdens of na de missie
- Positieve of negatieve reacties vanuit de omgeving
- Het na een missie (te) snel verlaten van de dienst
- Het ontbreken van gevoelens van zingeving
- Betrokkenheid van partners

In de tweede focusgroep hebben de aanwezige veteranen een conceptversie van de vragenlijst op begrijpelijkheid en toonzetting beoordeeld. Verder hebben de aanwezigen tips gegeven over de wijze waarop veteranen in het onderzoek moeten worden benaderd, zoals het niet benadrukken van negatieve ervaringen en het waarborgen van de anonimiteit.

De verslagen van de focusgroepen zijn na te lezen in paragraaf 2.3 van de achtergrondrapportage.

### **2.4 De vragenlijst**

Op basis van het literatuuronderzoek en de focusgroepen is de vragenlijst samengesteld. Hierbij zijn zorgbehoefte en zorggebruik breder opgevat dan alleen het melden van klachten van psychische of psychosociale aard. Ook klachten op bijvoorbeeld lichamelijk, financieel of relationeel gebied zijn meegenomen, al dan niet gerelateerd aan één of meerdere missies. De vragenlijst voor dit onderzoek is bedoeld om op basis van de



antwoorden een overzicht te kunnen geven van het algemeen welbevinden van de Nederlandse veteraan, de behoefte aan ondersteuning en het daadwerkelijk krijgen van ondersteuning. Hiervoor is een bestaand instrument gebruikt, de Quality of Life and Care vragenlijst (QoLC). De QoLC meet op tien levensgebieden de ervaren kwaliteit van leven, de eventuele behoefte van de veteraan aan ondersteuning en de eventuele ontvangen ondersteuning op dat gebied. Eén van de tien aspecten, namelijk de ervaren kwaliteit van leven op seksueel gebied, is buiten beschouwing gelaten in verband met mogelijke negatieve reacties<sup>6</sup>. Voor de huidige sociale steun vanuit de omgeving is ook een standaardinstrument in de vragenlijst opgenomen, de Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB).

In Bijlage 2 van de achtergrondrapportage is aangegeven op welke wijze de vraagstellingen en de uitkomsten van de literatuursearch en de focusgroepen zijn omgezet in een vragenlijst. Bijlage 4 van de achtergrondrapportage bevat de uiteindelijke vragenlijst.

---

<sup>6</sup> Gezien de commotie over vragen naar seksuele aspecten bij militairen in een eerder onderzoek is door de onderzoekers en begeleidingscommissie besloten dit leefgebied niet in dit onderzoek te betrekken. Zie onder meer: <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/1341150/2007/01/25/Defensie-vraagt-partners-militairen-naar-seksleven.dhtml>



### **3 Methode van onderzoek**

#### **3.1 Steekproef VRS**

Voor het onderzoek is door het Dienstencentrum Human Resources (DCHR) van het Ministerie van Defensie een aselecte steekproef getrokken van 6.000 veteranen die de dienst hebben verlaten. De steekproef is verdeeld over zes in omvang gelijke groepen (cohorten), waarbinnen de veteranen wat betreft uitzendperiode en het in die tijd geldende zorg- en personeelsbeleid goed met elkaar te vergelijken zijn. Daarbij geldt het einde van de (laatste) uitzending als selectie criterium:

1. Veteranen die in de periode 1950-1962 zijn ingezet in het conflict in voormalig Nederlands Nieuw-Guinea. Dit conflict is het laatste klassieke conflict waarbij de Nederlandse krijgsmacht is ingezet ter bescherming van het grondgebied van het Koninkrijk. In deze rapportage wordt hiernaar verwezen als het 'Nieuw-Guinea'-cohort.
2. Veteranen die zijn ingezet tijdens vredesoperaties van 1947 tot en met 1985: UNTSO, enkele kleinere missies en UNIFIL. Dit waren de eerste vredesoperaties, volgens het "Blauwhelm-concept", en UNIFIL was de eerste vredesoperatie waarbij op grote schaal Nederlandse troepen in een (post-)conflictgebied zijn ingezet. In deze rapportage wordt hiernaar verwezen als het 'UNIFIL'-cohort.
3. Veteranen die zijn ingezet van 1986 tot 1996. Belangrijk in deze periode is het einde van de Koude Oorlog en de toename van het aantal vredesoperaties. Nederlandse troepen zijn onder meer ingezet in Cambodja en Bosnië/Balkan. In de tijd strekt deze periode zich uit tot en met de val van Srebrenica. In deze rapportage wordt hiernaar verwezen als het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort.
4. Veteranen die zijn uitgezonden van 1996 tot 2002. Dit is de periode direct na de val van Srebrenica, waarbij er in Nederland sprake is van een heroriëntatie op deelname aan vredesmissies. In deze periode is er ook een toenemende aandacht voor de gezondheid en het welzijn van veteranen. Vanaf 1995 geldt voor de landmacht een standaard zorgconcept, waarbij iedere militair zes maanden na terugkeer een zogeheten nazorgvragenlijst krijgt toegestuurd. In deze rapportage wordt hiernaar verwezen als het 'Post-Srebrenica'-cohort.
5. Veteranen die uitgezonden zijn van 2002 tot 2006. Het begin van deze periode wordt gemarkeerd door de nasleep van de vernietiging van het World Trade Centre in New York. Daarmee doet het begrip 'War on Terror' zijn intrede. Het jaar 2005 vormt een volgende markering in de tijd, omdat in dat jaar in Nederland één uniform en samenhangend beleidsconcept voor de begeleiding van en de zorg voor militairen rondom uitzendingen wordt geformuleerd en ingevoerd. In deze rapportage wordt hiernaar verwezen als het 'War on Terror'-cohort.
6. Veteranen die uitgezonden zijn van 2006 tot heden. In deze periode geldt één uniform concept voor personeelszorg rond uitzendingen en voor veteranen nadien. In deze rapportage wordt hiernaar verwezen als het '2006-heden'-cohort.

Een uitgebreide beschrijving van de steekproeftrekking is beschreven in paragraaf 3.1 van de achtergrondrapportage.
---

#### **3.2 Dataverzameling**

De dataverzameling bestond uit een schriftelijke uitnodiging tot het invullen van de vragenlijst, gevolgd door maximaal twee herinneringsbrieven. Het invullen kon op twee

manieren plaatsvinden, digitaal via een beveiligde internetlink of via een papieren vragenlijst. In eerste instantie is de digitale versie van de vragenlijst aangeboden. De veteraan heeft de gelegenheid gekregen om desgewenst door het terugsturen van een antwoordkaartje een papieren vragenlijst te ontvangen. Ook is bij de laatste herinnering een papieren lijst is meegestuurd.

Een uitgebreide beschrijving van de methode en uitvoering van de dataverzameling, alsmede van reacties van veteranen op de vragenlijst, is weergegeven in paragrafen 3.2 t/m 3.4.4 van de achtergrondrapportage. De aanbiedingsbrief en het antwoordkaartje zijn weergegeven in Bijlagen 3 en 4 van de achtergrondrapportage.

### 3.3 Respons en kwaliteit van de data

In totaal zijn 5996 uitnodigingen voor deelname verstuurd. Op de uitnodiging zijn 3618 reacties ontvangen waaronder 2907 geretourneerde vragenlijsten of bezoeken aan de digitale vragenlijst. De bruto respons (alle reacties gedeeld door het aantal verzonden uitnodigingen = 3618/5996) bedraagt 60%. Van de 5996 verzonden uitnodigingen blijken 149 uitnodigingen onterecht verzonden. Het betreft hier uitnodigingen die naar een verkeerd adres zijn gezonden of die zijn gestuurd naar personen die niet tot de doelgroep behoren (bijvoorbeeld omdat ze nog in dienst zijn of geen veteraan zijn). De netto respons (geretourneerde vragenlijst en bezoek aan de digitale vragenlijst gedeeld door terecht verzonden uitnodigingen = 2907/5847) komt daardoor op 50%. Van de terecht uitgenodigde veteranen weigert 9% deel te nemen aan het onderzoek (= 551/5847). Van de 2855 terecht geretourneerde vragenlijsten en bezoeken aan de digitale vragenlijst blijken 41 reacties niet bruikbaar. Hierdoor ontst een werkbaar respons (bruikbare geretourneerde vragenlijsten en bezoeken aan de digitale vragenlijst gedeeld door terecht verzonden uitnodigingen = 2814/5847) van 48,1%.

In tabel 3.1 is de respons per cohort weergegeven. De respons van het 'Nieuw-Guinea'-cohort is het grootst (57.4%). Bij de volgende cohorten neemt de respons steeds verder af. Vooral de respons van het '2006-heden'-cohort blijft achter. Het 'Nieuw-Guinea'-cohort (de oudste groep) heeft ook veel vaker de vragenlijst op papier ingevuld.

**Tabel 3.1 Respons werkbestand**

<i>Cohort</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>digitaal</i>	<i>%</i>	<i>papier</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	573	57,4	291	50,8	282	49,2
UNIFIL	557	55,7	449	80,6	108	19,4
Cambodja-Srebrenica	462	46,2	388	84,0	74	16,0
Post-Srebrenica	449	44,9	349	77,7	100	22,3
War on Terror	412	41,9	326	79,1	86	20,9
2006-heden	361	36,1	300	83,1	61	16,9
<b>Totaal</b>	<b>2814</b>	<b>48,1</b>	<b>2103</b>	<b>74,7</b>	<b>711</b>	<b>25,3</b>

De kwaliteit van de data is onder meer geanalyseerd aan de hand van het aantal 'missende waarden', de niet beantwoorde vragen. Bij de digitale vragenlijst is het niet toegestaan om een vraag over te slaan. Op het moment dat een respondent een vraag niet beantwoordt, kan hij niet verder in de vragenlijst. Ondanks dit strenge criterium stopt maar een beperkt deel van de respondenten met het invullen van de vragenlijst. Bij de papieren vragenlijst is het overslaan van vragen wel mogelijk en ontstaan er 'gaten' in

het bestand. Verder bevat de vragenlijst een aantal zogeheten 'routings', afhankelijk van het antwoord op een vraag ("Indien 'ja', ga verder met vraag ..."). Bij de digitale vragenlijst wordt de respondent automatisch naar de juiste vraag geleid. In een papieren lijst moet de respondent zelf naar de juiste vervolgvraag gaan. Dit leidt soms tot afwijkende antwoorden, bijvoorbeeld een vraag die wel beantwoord wordt, terwijl dat niet hoeft, of een vraag die ten onrechte wordt overgeslagen. Ondanks het gebruik van verschillende kleuren om deze routing door de vragen aan te geven, komt dit regelmatig voor. Dit betekent dat de gegevens moeilijker te interpreteren zijn. Zoals blijkt, zijn het vooral de oudste veteranen die een papieren lijst hebben ingevuld. In het geval dat alleen een digitale versie zou zijn gebruikt, is de kans groot dat deze groep niet in deze omvang deelgenomen zou hebben. Het gebruik van een papieren lijst leidt daarmee tot een betere respons, maar heeft wel tot gevolg dat er meer hiaten en inconsequenties in het databestand zijn ontstaan.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de respons en een analyse op de kwaliteit van de data, zie paragrafen 3.4.5 t/m 4.1.3 in de achtergrondrapportage.

### **3.4 Analyses**

De analyses zijn in eerste instantie voor elk cohort afzonderlijk uitgevoerd. Analyses betreffen de beschrijving van achtergrondkenmerken van de veteranen, vergeleken met die van de algemene bevolking, de inventarisatie van subjectieve zorgbehoeften, de samenhang daarvan met achtergrondkenmerken en kenmerken van de uitzending, en de eventueel ontvangen hulp of ondersteuning. Aan de hand van multivariate analyse is onderzocht in hoeverre deze achtergrondkenmerken en kenmerken van de uitzending samenhangen met de ervaren kwaliteit van leven en behoefte aan ondersteuning (chi<sup>2</sup>-toetsen, t-toetsen en Oneway ANOVA toetsen). Deze analyses zijn uitgevoerd op het totale bestand van veteranen in dit onderzoek (multipel regressie analyse). Analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS, versie 22. De analyses worden per onderzoeksvraag besproken.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte technieken bij de analyses, zie de diverse paragrafen in de achtergrondrapportage.



## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per onderzoeksvraag besproken. Allereerst komen de achtergrondkenmerken en ervaringen van de veteranen aan de orde (onderzoeksvragen 2 en 3). Daarna wordt de mate waarin veteranen hun kwaliteit van leven en zorgbehoeften beoordelen gepresenteerd (onderzoeksvraag 4). Vervolgens wordt besproken in hoeverre er een samenhang bestaat tussen de achtergrondkenmerken van veteranen en hun ervaren kwaliteit van leven en zorgbehoeften: de 'risicofactoren' (onderzoeksvragen 1 en 10). Hierbij worden per cohort risicoprofielen geformuleerd. Vervolgens komt aan bod in hoeverre de veteraan een eventuele zorgbehoefte toeschrijft aan de missie(s), en of hij hiervoor professionele hulp ontvangt (onderzoeksvragen 5, 6, en 8). Verdere analyses betreffen de vraag waarom er geen professionele zorg wordt ontvangen, terwijl de veteraan daaraan wel behoefte heeft (onderzoeksvraag 7), en de betrokkenheid van het thuisfront (onderzoeksvraag 9). De resultatenparagraaf wordt afgesloten met een aantal vragen over de bekendheid met het LZV<sup>7</sup>.

### 4.1 Achtergrondkenmerken en ervaringen van veteranen

- *Wat zijn de sociodemografische kenmerken van de veteranen die aan het onderzoek hebben deelgenomen?*
- *Hoe verhouden de sociodemografische kenmerken van deze veteranen zich tot die van de algemene bevolking?*

Deze onderzoeksvragen richten zich in eerste instantie alleen op een beschrijving van de sociodemografische kenmerken van de veteranen, inclusief kenmerken van het dienstverband en de gebieden waarnaar men uitgezonden is geweest. In de uiteindelijke vragenlijst zijn, mede op basis van de uitkomsten van de focusgroepen, ook vragen opgenomen over de ervaringen van veteranen tijdens en na die missie(s), de reacties vanuit de omgeving bij terugkomst, en de ontvangen steun vanuit die omgeving. Deze ervaringen worden als mogelijke 'risicofactoren' aangemerkt, naast de 'risicofactoren' die uit de literatuur naar voren komen (zie paragraaf 2.2).

#### 4.1.1 Sociodemografische kenmerken: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Het percentage vrouwen is gering. Er is door de tijd heen wel sprake van een toename van minder dan 1% in de 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten tot bijna 7% in het '2006-heden'-cohort. Ook, als verwacht, zijn de veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort het oudst (gemiddeld 74,9 jaar). Het 'Nieuw-Guinea'-cohort bestaat voornamelijk uit veteranen tussen 65 en 74 jaar, in de 'Post-Srebrenica'-, 'War on Terror'-, en '2006-heden'-cohorten betreft het voornamelijk veteranen tussen 25 en 44 jaar. Er is door de jaren heen sprake van een toename van de spreiding in leeftijd. De veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort waren in grote meerderheid twintigers en begin dertigers toen ze uitgezonden werden. Ongeveer een kwart van de veteranen in het '2006-heden'-cohort is op dit moment 55-64 jaar, en voor het laatst uitgezonden als veertiger of vijftiger.

<sup>7</sup> De bekendheid met de LZV behoorde oorspronkelijk niet tot de onderzoeksvragen, maar is bij de ontwikkeling van de vragenlijst toegevoegd.

De verdeling over opleidingsniveau laat zien dat er door de jaren heen een toename is van veteranen met een middelbare of hogere beroepsopleiding. In het 'Nieuw-Guinea'-cohort is er sprake van meer veteranen zonder opleiding, met lager onderwijs of een lagere beroepsopleiding.

#### 4.1.2 Sociodemografische kenmerken: burgerlijke en maatschappelijke status

In alle cohorten is een meerderheid van de veteranen gehuwd, variërend van 82,7% in het 'Nieuw-Guinea'-cohort tot 64,5% in het '2006-heden'-cohort. Zoals is te verwachten, gezien de leeftijdsopbouw, is het percentage weduwnaars in het 'Nieuw-Guinea'-cohort het grootst. Het percentage ongehuwden is het grootst in de 'jongere' cohorten, het percentage gescheiden veteranen is het grootst in het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort. Wanneer ook naar de samenstelling van het huishouden wordt gekeken, vallen de verschillen grotendeels weg. In alle cohorten leeft meer dan 80% van de veteranen samen met een partner en/of kinderen. Ook het aantal alleenstaanden varieert niet veel tussen de cohorten. In het '2006-heden'-cohort, die de meeste jonge veteranen bevat, woont een iets groter percentage bij de ouder(s) thuis (tabel 4.1).

**Tabel 4.1 Samenstelling huishouden: aantal en (percentage)**

	<i>Cohort</i>						
	<i>Nieuw-Guinea</i>	<i>UNIFIL</i>	<i>Cambodja-Srebrenica</i>	<i>Post-Srebrenica</i>	<i>War on Terror</i>	<i>2006-heden</i>	<i>Allen</i>
	<i>N=573</i>	<i>N=557</i>	<i>N=462</i>	<i>N=449</i>	<i>N=412</i>	<i>N=361</i>	<i>N=2814</i>
Thuiswonend	3 (0,5)	4 (0,7)	3 (0,7)	1 (0,2)	4 (1,0)	18 (5,0)	33 (1,2)
Alleenstaand	77 (13,6)	49 (8,8)	41 (8,9)	46 (10,3)	47 (11,4)	34 (9,4)	294 (10,5)
Met partner, geen kinderen	423 (74,6)	171 (30,7)	149 (32,2)	156 (34,9)	136 (33,0)	151 (41,8)	1186 (42,3)
Met partner en kinderen	51 (9,0)	303 (54,4)	245 (53,1)	225 (50,3)	206 (50,0)	150 (41,6)	1180 (42,1)
Alleenstaande ouder	2 (0,4)	20 (3,6)	11 (2,4)	16 (3,6)	6 (1,5)	1 (0,3)	56 (0,2)
Samenwonen overig	5 (0,9)	--	1 (0,2)	--	3 (0,7)	3 (0,8)	12 (<0,1)
LAT-relatie	6 (1,1)	10 (1,8)	11 (2,4)	3 (0,7)	10 (2,4)	4 (1,1)	44 (0,1)

De gemiddeld hoge leeftijd van de veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort wordt weerspiegeld in de huidige arbeidspositie. Vrijwel iedereen ontvangt daar een pensioen (tabel 4.2). Wat betreft de andere cohorten heeft 70% of meer een betaalde baan voor minimaal 12 uur per week. Met uitzondering van het UNIFIL-cohort ontvangt in de andere cohorten rond een kwart een vorm van pensioen, bijvoorbeeld vanwege functioneel leeftijdsontslag (FLO), of een 'uitkering gewezen militair' (UGM). In verhouding meer veteranen in het '2006-heden'-cohort volgen een opleiding. Het percentage werklozen (een mogelijke 'risicofactor') is in alle cohorten beperkt, variërend van 3,3% in het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort tot 7,0% in het UNIFIL-cohort. Dit is onder het landelijk gemiddelde. Ten tijde van de dataverzameling, de eerste helft van



2014, varieert het werkloosheidspercentage voor de gehele beroepsbevolking tussen 6,8% en 7,3% in de eerste helft van 2014.<sup>8</sup>

**Tabel 4.2 Huidige arbeidspositie: aantal en (percentage)**

	<b>Cohort</b>						
	<b>Nieuw-Guinea</b> <b>N=573</b>	<b>UNIFIL</b> <b>N=556</b>	<b>Cambodja-Srebrenica</b> <b>N=460</b>	<b>Post-Srebrenica</b> <b>N=449</b>	<b>War on Terror</b> <b>N=411</b>	<b>2006-heden</b> <b>N=361</b>	<b>Allen</b> <b>N=2810</b>
In opleiding	--	--	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	16 (4,4)	19 (0,7)
Betaald werkzaam	18 (3,1)	430 (77,3)	322 (70,0)	312 (69,5)	291 (70,8)	252 (69,8)	1625 (57,8)
Onbetaald werkzaam	2 (3,1)	1 (0,2)	4 (0,9)	4 (0,9)	1 (0,2)	1 (0,3)	13 (0,5)
Werkloos	--	39 (7,0)	17 (3,7)	15 (3,3)	20 (4,9)	16 (4,4)	107 (3,8)
Pensioen /FLO/UMG	552 (96,3)	50 (9,0)	97 (21,1)	108 (24,1)	85 (20,7)	73 (20,2)	965 (34,3)
Arbeids ongeschikt	1 (0,2)	36 (6,5)	19 (4,1)	9 (2,0)	13 (3,2)	3 (0,8)	81 (2,9)

De meerderheid van de veteranen in alle cohorten geeft aan één tot twee keer modaal te verdienen. Percentages variëren tussen 58,0% en 62,3%. De veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort hebben vaker een inkomen dat lager is dan één keer modaal (een mogelijke 'risicofactor'). De overige cohorten hebben een vergelijkbare inkomensverdeling. Overigens weigert één op de tien veteranen om deze vraag te beantwoorden.

Voor een meer uitgebreide bespreking van de sociodemografische kenmerken zie paragraaf 4.2.1 en 4.2.2 in de achtergrondrapportage.

#### 4.1.3 Sociodemografische kenmerken: vergelijking met CBS-gegevens

De burgerlijke en maatschappelijke status van de veteranen uit het onderzoek – daar waar mogelijk – vergeleken met de cijfers over de algemene bevolking (CBS, Statline, stand per 1 januari 2013). Het betreft hierbij slechts observaties, omdat er geen statistische toetsen zijn uitgevoerd, mede door het feit dat de CBS-gegevens gebaseerd zijn op de gehele bevolking en de gegevens in dit onderzoek op een aselechte, responderende steekproef. Gezien het feit dat de groep respondenten voor het overgrote deel uit mannen bestaat, zijn de cijfers alleen vergeleken met de mannelijke bevolking, gematcht op leeftijd. Verder zijn per cohort alleen de cijfers vergeleken voor dezelfde leeftijdsgroepen in de Nederlandse bevolking. Het vergelijk met CBS is bedoeld om zicht te krijgen op waar veteranen verschillen t.o.v. de Nederlandse bevolking. Om een indicatie te krijgen van meer of minder risico.

<sup>8</sup> Bron: Eurostat

### *Burgerlijke staat*

Veteranen uit het onderzoek hebben vaker de gehuwde status (of een partnerschap) dan mannen in de algemene bevolking. Dat geldt voor alle cohorten. De verschillen kunnen oplopen tot 86% voor mannen van 65 t/m 74 jaar in het UNIFIL- cohort versus 78% in het CBS-bestand. De scheidingspercentages lopen niet ver uiteen. In grote lijnen kan worden gezegd dat er onder de 35-44 jarigen de veteranen iets vaker gescheiden zijn, vergeleken met leeftijdgenoten (14% versus 7%). Bij de oudere leeftijdscategorieën is dit percentage juist lager (5% versus 14%).

### *Samenstelling van het huishouden*

In overeenstemming met de cijfers voor burgerlijke staat kan worden vastgesteld dat veteranen, vaker dan mannen in de algemene Nederlandse bevolking, een huishouden vormen met een partner en eventuele kinderen. De jongere veteranen (25 t/m 34 jaar) in de 'Post-Srebrenica', 'War on Terror'- en '2006-heden'-cohorten wonen minder vaak nog bij hun ouders thuis dan hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking (gemiddeld 5% versus 15%). In het '2006-heden'-cohort woont bijvoorbeeld bijna een kwart van degenen die jonger zijn dan 24 jaar met een partner en zonder kinderen. In de algemene bevolking is in die leeftijdsgroep 10%.

### *Arbeidspositie*

De oudere veteranen (55 t/m 65 jaar) in het UNIFIL-cohort hebben vaker betaald werk dan hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking (82% tegen 67%). In het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort is echter sprake van minder betaald werkenden in de groep ouder dan 55 jaar (39% tegen 67%). Dit komt waarschijnlijk doordat vanaf het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort het aantal dienstplichtigen sterk terugloopt en het aantal beroepsmilitairen toeneemt. De laatste groep gaat tussen de 50 en 60 jaar met functioneel leeftijdsontslag.

Voor de gedetailleerde cijfers zie de tabellen in Bijlage 7 in de achtergrondrapportage.
--

#### *4.1.4 Kenmerken van missies en dienstverband: de missiegebieden en het aantal uitzendingen*

Van het 'Nieuw-Guinea'-cohort heeft vrijwel iedereen alleen in Nieuw-Guinea gediend. Een enkeling heeft daarnaast ook gediend tijdens de Tweede Wereldoorlog, in Nederlands-Indië, Korea of elders. Het UNIFIL-cohort bestaat – volgens verwachting – voor het grootste deel uit veteranen die (ook) in het Midden-Oosten hebben gediend (UNIFIL). De 'Cambodja-Srebrenica', 'Post-Srebrenica'- en 'War on Terror'-cohorten bevatten vooral veteranen die (ook) aan de missies in voormalig Joegoslavië hebben deelgenomen. Vanaf het 'War on Terror'-cohort komen de missies in Irak en Afghanistan daar bij. Veteranen in de 'Nieuw-Guinea', UNIFIL-, 'Cambodja-Srebrenica', en 'Post-Srebrenica'-cohorten hebben in grote meerderheid in één missiegebied gediend (86% tot 98%). Bij de 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten betreft het voornamelijk dienstplichtigen die één keer zijn uitgezonden. Voor de cohorten die dienden vanaf de jaren negentig – toen de Nederlandse krijgsmacht zich stapsgewijs omvormde tot een beroepskrijgsmacht – groeit het percentage veteranen dat meerdere malen werd uitgezonden. Vanaf het 'War on Terror'-cohort is meer dan de helft van de veteranen ten minste twee keer uitgezonden. Voor het '2006-heden'-cohort geldt dat zelfs voor bijna twee derde van de veteranen.

Analoog aan de bevindingen in paragraaf 4.1.1 is er door de jaren heen sprake van een stijging van de gemiddelde leeftijd bij de eerste uitzending. Ook de spreiding in leeftijd binnen het cohort neemt toe. Hoewel in alle cohorten vooral sprake is van veteranen die op jongere leeftijd (< 24 jaar) voor het eerst zijn uitgezonden (een mogelijke 'risicofactor'), neemt het aandeel militairen dat op oudere leeftijd voor het eerst is uitgezonden toe, naarmate het cohort meer recent uitgezonden veteranen bevat.

#### 4.1.5 Kenmerken van missies en dienstverband: dienstverband

De veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort hebben voornamelijk bij de marine of landmacht gediend (52% en 37%), de veteranen in het UNIFIL-cohort vooral bij de landmacht (93%). Bij de overige cohorten is het grootste deel van de veteranen afkomstig van de landmacht (een mogelijke risicofactor), en is de rest voornamelijk verdeeld over marine en luchtmacht. Het aandeel respondenten vanuit de marechaussee is beperkt<sup>9</sup>. Het overgrote deel van de veteranen heeft bij één krijgsmachtdeel gediend. Van de 'Nieuw-Guinea'-, UNIFIL- en 'Cambodja-Srebrenica'-cohorten heeft minder dan 4% in meerdere krijgsmachtdelen gediend, in de 'Post-Srebrenica'-, 'War on Terror'-, en '2006-heden'-cohorten is dat minder dan 8%.

De 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten bestaan voor het merendeel uit veteranen die dienstplichtig militair waren toen zij voor de eerste keer werden uitgezonden. Vanaf het 'Post-Srebrenica'-cohort wordt de overgang naar een beroepskrijgsmacht zichtbaar. In de 'War on Terror'- en '2006-heden'-cohorten bevinden zich nog slechts enkele veteranen die bij hun eerste missie dienstplichtig militair waren. In het 'Nieuw-Guinea'-cohort is het grootste deel van de dienstplichtigen bij het verlaten van de dienst nog steeds dienstplichtig. In de daarop volgende cohorten is er deels sprake van een verlenging van het dienstverband met een contract voor bepaalde of onbepaalde tijd. Bij het verlaten van de dienst heeft in het 'Nieuw-Guinea'-cohort bijna twee derde van de veteranen de rang van soldaat of matroos, of daarmee vergelijkbaar. In de daarop volgende cohorten is er sprake van een afname van veteranen in de laagste rangen (een lagere rang is een mogelijke risicofactor). Een toenemend percentage zwaait af in de rang van korporaal of daarmee vergelijkbaar, of onderofficier. Het percentage varieert van 29% in het 'Nieuw-Guinea'-cohort tot 63% in het 'Post-Srebrenica'-cohort.

Van de 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten heeft meer dan de helft van de veteranen vrijwel onmiddellijk na het beëindigen van de (laatste) missie de dienst verlaten. In het UNIFIL-cohort is dat zelfs bijna driekwart. Bij de cohorten daarna is te zien dat de veteranen langer in dienst blijven.

Ruim de helft van de veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort geeft aan dat hij aangesloten is bij een organisatie van oud-militairen en driekwart van hen neemt deel aan bijeenkomsten voor veteranen, zoals een veteranendag. Voor de andere cohorten geldt dit in mindere mate. Naarmate de veteranen uit een 'jonger' cohort afkomstig zijn, zijn het percentage dat is aangesloten bij een organisatie voor oud-militairen en het percentage dat deelneemt aan bijeenkomsten voor veteranen lager. Voor het '2006-heden'-cohort bedragen deze percentages respectievelijk 34% en 34%. Ook wat betreft het hebben van een veteranenpas is er een verschil tussen het 'Nieuw-Guinea'-cohort en

---

<sup>9</sup> De Koninklijke Marechaussee werd pas in 1998 een zelfstandig krijgsmachtdeel. Tot die tijd was het een wapen (onderdeel) van de Koninklijke Landmacht.

de overige cohorten. In het 'Nieuw-Guinea'-cohort heeft 91% van de veteranen een veteranenpas, bij de overige cohorten varieert het percentage tussen 69% en 76%.

Voor een meer uitgebreide bespreking van de missies en het dienstverband zie paragrafen 4.2.4 en 4.2.5 en Bijlage 5 in de achtergrondrapportage.

#### 4.1.6 Ervaringen van veteranen: terugdenkend aan de missie(s)

In de focusgroepen kwam naar voren dat de houding ten opzichte van de missie en/of de ervaringen tijdens of na de missie samenhangen met het welbevinden van veteranen. Daarbij werd met nadruk gewezen op het feit dat dit zowel (zeer) positieve als (zeer) negatieve ervaringen kunnen zijn. In de vragenlijst zijn 24 stellingen opgenomen over mogelijke ervaringen tijdens of na de missie, geclusterd in vier factoren. Voor de helft zijn dit positieve ervaringen, zoals 'voldoening' en 'kameraadschap', en voor de andere helft zijn dit negatieve ervaringen, zoals 'frustratie' en 'schaamte' (tabel 4.3).

**Tabel 4.3 Ervaringsitems (24 stellingen)**

<b>Voldoening</b>	<b>Kameraadschap</b>	<b>Frustratie</b>	<b>Schaamte</b>
Voldoening	Kameraadschap	Frustratie	Schaamte
Zingevend	Saamhorigheid	Spanning/stress	Schuldgevoel
Nuttig werk	Vertrouwen	Angst	Spijt
Trots		Miskenning	Misbruikt voelen
Erkenning		Machteloosheid	
Verbreden horizon		Onvoldoende voorbereid	
Militaire prestaties		Boosheid	
In het leven staan		Onbegrip	
Levenservaring			

De gemiddelde scores lopen van '0' (helemaal niet van toepassing) tot '10' (helemaal wel van toepassing). 'Kameraadschap' krijgt de hoogste score, een vol punt hoger dan de score voor 'voldoening' (tabel 4.4). Wat betreft de 'negatieve' ervaringen scoort 'schaamte' aanzienlijk lager dan 'frustratie'. Dat betekent dat men in sterke mate vindt dat schaamte *niet* van toepassing is. Overigens geldt dat alle mogelijke scores worden gebruikt. Er zijn dus uitschieters aan beide kanten, veteranen die zeer positieve en veteranen die zeer negatieve ervaringen hebben gehad. Ook per cohort worden (vrijwel) alle mogelijke antwoorden gegeven.

**Tabel 4.4 Gemiddelde, minimum en maximum schaalcores ervaringsvragen voor het totale veteranenbestand**

	<b>Gem</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Kameraadschap	7,5	0	10
Voldoening	6,5	0	10
Frustratie	3,8	0	10
Schaamte	1,7	0	10

Een kwart tot een derde van de scores op 'frustratie' is hoger dan 5,0, dat wil zeggen dat deze veteranen vinden dat 'frustratie' (deels) op hen van toepassing is. Een paar procent geeft aan dat dit zelfs voor een belangrijk deel van toepassing is (een score  $\geq 7,5$ ). Dit geldt vooral voor de veteranen uit het UNIFIL-cohort, waar 9% van de veteranen scoort. Wat betreft de factor 'voldoening' vindt het overgrote deel dat dit (deels) van toepassing is en een kwart tot een derde vindt dit grotendeels. Alleen de veteranen uit het 'Nieuw-

Guinea'-cohort blijven hier wat achter. Van deze veteranen vindt 10% dat voldoening voor een belangrijk deel *niet* op hen van toepassing is. Wat betreft 'kameraadschap' is er weinig onderscheid tussen de cohorten. Meer dan 85% vindt dit (deels) op zichzelf van toepassing en meer dan 50% vindt dit grotendeels van toepassing. Slechts enkele procenten is het daar niet mee eens. Schaamte is slechts voor een kleine groep van toepassing. De 'Nieuw-Guinea'- en 'UNIFIL-cohorten scoren hier iets hoger dan de overige cohorten. Echter het overgrote deel vindt dat 'schaamte' niet op henzelf van toepassing is.

#### *4.1.7 Ervaringen van veteranen: terugkeer van de missie en de reactie en steun vanuit de omgeving*

Bij de overgang van het leven tijdens de missie naar het leven thuis heeft 20% ('Nieuw-Guinea'-cohort) tot 30% ('Post-Srebrenica'-cohort) steun nodig gehad. Het percentage veteranen dat aangeeft dat ze toen steun nodig hadden en dat ze die steun ook hebben gekregen, varieert (tabel 4.5). Rond de helft van die veteranen in de 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten zegt geen steun te hebben ontvangen. Bij de volgende cohorten neemt het percentage dat steun nodig had, maar geen steun kreeg af.

Door de jaren (cohorten) heen is er sprake van een toenemende steun van naasten (partner, kinderen, familie, vrienden). Ook vanuit Defensie wordt door de jaren heen meer steun ontvangen. Verder wordt er ook een toename van steun gemeld door collega's die zelf uitgezonden zijn geweest.

Ondanks een toename van ontvangen steun wordt er door de jaren heen weinig verschil gemeld in de wijze waarop de omgeving van de veteraan (niet de directe naasten, maar degenen die wat verder weg staan) reageerde op de uitzending. Ruim de helft van de veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort geeft aan dat de reactie meestal tot vrijwel altijd positief was. In de andere cohorten varieert dit van 58% ('Post-Srebrenica'-cohort) tot 68% ('War on Terror'-cohort). Het percentage veteranen dat overwegend negatieve reacties ontving, is gering en varieert van 2% ('War on Terror'-cohort) tot 7% (UNIFIL-cohort). Opvallend is dat 16% van de veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort geen enkele reactie kreeg. Bij de andere cohorten varieert dit van 2%-6%.

**Tabel 4.5 Indien steun nodig, van wie gekregen: aantal (en percentage; meerdere antwoorden zijn mogelijk; in totaal hebben de 717 veteranen samen 1110 antwoorden gegeven)**

	<i>Cohort</i>						<i>Allen</i>
	<i>Nieuw-Guinea</i>	<i>UNIFIL</i>	<i>Cambodja-Srebrenica</i>	<i>Post-Srebrenica</i>	<i>War on Terror</i>	<i>2006-heden</i>	
	<i>N=111</i>	<i>N=156</i>	<i>N=131</i>	<i>N=132</i>	<i>N=111</i>	<i>N=76</i>	<i>N=717</i>
Contact met naasten	51 (45,9)	52 (33,3)	60 (45,8)	83 (62,9)	67 (60,4)	56 (73,7)	369 (51,5)
Debriefing Defensie	5 (4,5)	3 (1,9)	9 (6,9)	14 (10,6)	15 (13,5)	10 (13,2)	56 (7,8)
Contact met collega's die hetzelfde meemaakten	22 (19,8)	24 (15,4)	51 (38,9)	59 (44,7)	53 (47,7)	44 (57,9)	253 (35,3)
Contact met collega's niet in dezelfde uitzending	2 (1,8)	6 (3,8)	8 (6,1)	16 (12,1)	12 (10,8)	10 (13,2)	54 (7,5)
Contact leidinggevende	6 (5,4)	1 (0,6)	5 (3,8)	6 (4,5)	3 (2,7)	8 (10,5)	29 (4,0)
Aandacht thuisomgeving	33 (29,7)	41 (26,3)	44 (33,6)	43 (32,6)	42 (37,8)	32 (42,1)	235 (32,8)
Ondersteuning Defensie	5 (4,5)	4 (2,6)	12 (9,2)	14 (10,6)	10 (9,0)	15 (19,7)	60 (8,4)
Reguliere hulpverlening	3 (2,7)	5 (3,2)	11 (8,4)	11 (8,3)	13 (11,7)	11 (14,5)	54 (7,5)
Veteranenhelper	2 (1,8)	--	3 (2,3)	2 (1,5)	5 (4,5)	1 (1,3)	13 (1,8)
Geen steun gekregen	51 (45,9)	83 (53,2)	41 (31,3)	29 (22,0)	16 (14,4)	9 (11,8)	229 (31,9)

Voor de mate waarin de veteraan op dit moment steun vanuit de directe omgeving ervaart (het ontbreken daarvan is een potentiële 'risicofactor') is de Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB) in de vragenlijst opgenomen<sup>10</sup>. Deze lijst bestaat uit elf vragen, die samen drie schalen vormen:

- *Potentiele emotionele betrokkenheid*: de wetenschap dat iemand steun zal verlenen als dat nodig zou zijn, inclusief het delen van positieve ervaringen, of het elkaar helpen met karweitjes.
- *Feitelijke vertrouwelijkheid*: wederzijdse steun en advies die werkelijk gegeven worden.
- *Wederzijds bezoek*: het hebben van sociale contacten.

De scores lopen van '1' (bijna nooit), '2' (soms) en '3' (vaak) tot '4' (bijna altijd). Op alle drie de dimensies is er sprake van een geleidelijke toename van sociale steun in de latere cohorten. De mate waarin steun wordt ervaren, is gemiddeld echter bescheiden. Feitelijke vertrouwelijkheid wordt het laagst gescoord (gemiddeld 'soms'). Ook voor deze drie schalen voor sociale steun geldt dat er sprake is van extreme scores aan beide kanten van de schaal, van veteranen die (vrijwel) geen sociale steun ervaren tot veteranen die veel sociale steun ervaren.

<sup>10</sup> Dam-Baggen R & Kraaimaat F (1992). De Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB): een zelfbeoordelingslijst om sociale steun te meten. *Gedragstherapie*, 25, 27-45.

Het feit dat deze sociale steun bescheiden is, ondanks een lichte toename ervan in de latere cohorten, blijkt ook uit een vergelijking met een normgroep voor de algemene bevolking die door de auteurs van de ISB is samengesteld<sup>11</sup> (tabel 4.6).

**Tabel 4.6 Sociale steun scores veteranen versus een normgroep uit de algemene bevolking**

	<b>Totaal veteranen</b>	<b>Algemene bevolking</b>
Potentiele emotionele betrokkenheid	2,9	3,0
Feitelijke vertrouwelijkheid	2,1	3,3
Wederzijds bezoek	2,6	2,9

Wat betreft de potentiële emotionele betrokkenheid scoren de veteranen in het VRS vergelijkbaar met de algemene bevolking, maar wat betreft feitelijke vertrouwelijkheid scoren zij gemiddeld ruim een punt lager. Deze gemiddelde score is lager dan het schaal midden (2,5), dus is er sprake van 'soms' of 'bijna nooit' steun. Ook het wederzijds bezoek scoort bij de veteranen lager. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat een vergelijking wellicht mank gaat, omdat de samenstelling van de normgroep voor de algemene bevolking afwijkt van die van de veteranen in het VRS. De normgroep bevat meer dan 50% vrouwen, is gemiddeld 37 jaar oud en de helft is middelbaar of hoger opgeleid. De VRS steekproef veteranen bestaat vrijwel geheel uit mannen, en is gemiddeld tussen de 40 jaar ('2006-heden'-cohort) en 75 jaar ('Nieuw-Guinea'-cohort). Met uitzondering van het 'Nieuw-Guinea'-cohort (35%) heeft in alle andere cohorten 60-70% minimaal een middelbare beroepsopleiding. Het is bekend dat ouderen en lager opgeleiden minder steun ervaren. Hoewel de ervaren steun in het 'Nieuw-Guinea'-cohort inderdaad wat lager is dan in de andere cohorten, zijn de verschillen met de andere cohorten gering en scoort het gemiddeld jongste cohort (2006-heden) nog steeds een ruim een punt lager dan de normgroep op 'feitelijke vertrouwelijkheid'.

#### 4.1.8 Ervaringen van veteranen: invloed van de missie(s) op het latere leven

Ongeveer de helft van de veteranen in alle cohorten geeft aan dat de missie het leven (zeer) positief heeft beïnvloed. Voor 30-40% is er sprake van zowel een positieve als een negatieve invloed en rond de 10% vindt dat de missie geen enkele invloed heeft gehad. De percentages veteranen die uitsluitend een (zeer) negatieve invloed ervaren van de uitzending(en) op hun latere leven, is beperkt tot enkele procenten, variërend van 3% tot 7%.

Ongeacht de ervaringen tijdens de missies en de wijze waarop de uitzending het leven heeft beïnvloed, verlangt ruim de helft tot drie kwart van de veteranen terug naar die tijd. Dit geldt met name voor de veteranen uit het '2006-heden'-cohort.

Voor een uitgebreide bespreking van de ervaringen tijdens en na de missies en de factoranalyses zie paragrafen 4.2.5 t/m 4.2.8 en Bijlage 6 in de achtergrondrapportage.

<sup>11</sup> Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen.

## 4.2 Kwaliteit van leven en behoefte aan ondersteuning op levensgebieden

- *Wat zijn de subjectieve zorgbehoeften van de veteranen?*

De kwaliteit van leven en subjectieve behoefte aan ondersteuning zijn vastgesteld met de vragenlijst *Quality of life and Care*<sup>12</sup>, waarin op negen levensgebieden wordt nagegaan hoe de veteranen hun kwaliteit van leven ervaren, of zij op die levensgebieden behoefte hebben aan ondersteuning en, zo ja, of zij daarbij ook ondersteuning krijgen. De ervaren kwaliteit van leven wordt daarbij uitgedrukt in een rapportcijfer (1-10). De uitkomsten op deze negen levensgebieden zijn weergegeven in tabellen 4.7 t/m 4.15.

De veteranen beoordelen hun lichamelijk functioneren gemiddeld met een voldoende, waarbij de oudste cohorten wat lager scoren (tabel 4.7). Ondanks de gemiddelde rapportcijfers '7' of hoger, scoort een deel van de veteranen een onvoldoende. Met uitzondering van het '2006-heden'-cohort geeft een vijfde tot een kwart van de veteranen een rapportcijfer '6' of lager, wat bij tevredenheidsonderzoek in de regel als een onvoldoende wordt opgevat<sup>13</sup>. Tussen 10,7% en 16,3% van de veteranen heeft behoefte aan ondersteuning bij het lichamelijk functioneren; iets meer dan de helft van degenen met een zorgbehoefte op dit gebied krijgt ondersteuning en 5,1% tot 18,0% krijgt die ondersteuning ook. In een aantal gevallen wordt aangegeven dat men geen behoefte heeft aan ondersteuning, maar dat die wel wordt ontvangen. Bijvoorbeeld uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort zeggen 69 veteranen (13,8%) dat zij behoefte aan ondersteuning hebben en krijgen er 90 (18,0%) deze ondersteuning ook daadwerkelijk. Volgens de route van de vragenlijst zou het niet zo kunnen zijn dat het tweede percentage hoger is (bij 'geen behoefte' wordt de volgende vraag overgeslagen). Bij de digitale versie wordt deze route automatisch gevolgd. Bij de papieren versie kan deze vraag wel worden ingevuld. Dit geldt ook voor alle andere vragen over behoefte aan ondersteuning. In tabel 4.7 (en tabellen 4.8 t/m 4.15) is daarom ook weergegeven welk percentage van de veteranen dat wél ondersteuning wenst, deze ook krijgt. Dit is gemiddeld 57,8%, met een range van 42,1% (cohort 2006-heden) tot 76,8% (cohort Nieuw-Guinea).

**Tabel 4.7 Ervaren lichamelijk functioneren**

			<b>Wil ondersteuning</b>		<b>Krijgt ondersteuning</b>		<b>Wil en krijgt ondersteuning</b>	
			<b>N=379</b>		<b>N=272</b>		<b>N=219</b>	
<b>Cohort</b>	<b>Cijfer</b>	<b>% ≤ 6</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>
Nieuw-Guinea	7,0	27,6	69	13,8	90	18,0	53	76,8
UNIFIL	7,1	28,8	88	16,3	58	10,7	51	58,0
Cambodja-Srebrenica	7,3	22,5	67	15,1	41	9,2	36	53,7
Post-Srebrenica	7,4	19,1	57	13,2	35	8,1	33	57,9
War on Terror	7,4	23,2	60	15,1	30	7,6	30	50,0
2006-heden	7,8	15,0	38	10,7	18	5,1	16	42,1

<sup>12</sup> Wijngaarden B van, Meije D, Fotiadis, L, Wennink HJ, Kok I (2008). Kwaliteit van leven en vervulling van zorgwensen: De ontwikkeling van de Quality of Life and Care (QoLC) vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut.

<sup>13</sup> Kertzman T, Kok I, Wijngaarden B van (2003). De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg. Utrecht: Trimbos-instituut.



Het ervaren zelfstandig functioneren wordt gemiddeld met een ruime '8' beoordeeld (tabel 4.8). In het 'Nieuw-Guinea'-cohort ligt dit cijfer wat lager, waarschijnlijk ten gevolge van de hogere leeftijd van deze groep. Ook hier zijn er veteranen die een laag cijfer geven; 5,4% tot 12,8% geeft een '6' of minder. Een beperkt aantal veteranen wil ondersteuning bij het zelfstandig functioneren en een meerderheid van hen krijgt die ondersteuning ook. Gemiddeld krijgt 58,9% van de veteranen die ondersteuning wensen die steun ook. De twee oudere cohorten krijgen verhoudingsgewijs de meeste ondersteuning.

**Tabel 4.8 Ervaren zelfstandig functioneren**

			<i>Wil ondersteuning</i>		<i>Krijgt ondersteuning</i>		<i>Wil en krijgt ondersteuning</i>	
			<i>N=151</i>		<i>N=125</i>		<i>N=89</i>	
<i>Cohort</i>	<i>Cijfer</i>	<i>% ≤ 6</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	7,8	12,8	51	9,9	57	11,0	34	70,8
UNIFIL	8,4	9,4	33	6,1	26	4,8	23	69,7
Cambodja-Srebrenica	8,7	7,2	18	4,1	11	2,5	8	44,4
Post-Srebrenica	8,6	7,3	20	4,6	12	2,8	9	47,7
War on Error	8,6	8,3	19	4,8	12	3,0	10	52,6
2006-heden	8,7	5,4	10	2,8	7	2,0	5	50,0

Het psychisch functioneren wordt gemiddeld als voldoende beoordeeld, maar 18,9% tot 26,6% geeft een '6' of lager en 7,2% tot 14,5% wil hierbij ondersteuning hebben (tabel 4.9). Ruim een derde (38,2%) van degenen die ondersteuning wensen, krijgt die steun ook. De veteranen van het 2006-heden cohort blijven hierbij wat achter. Blijkbaar is psychische hulpverlening voor deze veteranen nog onvoldoende van de grond gekomen.

**Tabel 4.9 Ervaren psychisch functioneren**

			<i>Wil ondersteuning</i>		<i>Krijgt ondersteuning</i>		<i>Wil en krijgt ondersteuning</i>	
			<i>N=309</i>		<i>N=136</i>		<i>N=118</i>	
<i>Cohort</i>	<i>Cijfer</i>	<i>% ≤ 6</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	7,5	18,9	35	7,2	20	4,1	11	31,4
UNIFIL	7,2	26,6	77	14,5	34	6,4	31	41,3
Cambodja-Srebrenica	7,5	22,5	55	12,7	26	6,0	24	43,6
Post-Srebrenica	7,5	20,5	48	11,2	22	5,1	20	42,6
War on Error	7,4	23,7	53	13,7	24	6,2	22	41,5
2006-heden	7,5	23,6	41	11,8	10	2,9	10	24,4

De woonsituatie wordt gemiddeld met een ruime '8' beoordeeld en ook het percentage lage rapportcijfers is beperkt (tabel 4.10). Slechts een minderheid wil hierbij ondersteuning en een enkeling krijgt die steun ook. Van degenen die ondersteuning wensen, krijgt gemiddeld 25,8% die steun. De veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort krijgen relatief het vaakst ondersteuning.

**Tabel 4.10 Ervaren woonsituatie**

			<b>Wil ondersteuning</b>		<b>Krijgt ondersteuning</b>		<b>Wil en krijgt ondersteuning</b>	
			<b>N=89</b>		<b>N=38</b>		<b>N=23</b>	
<b>Cohort</b>	<b>Cijfer</b>	<b>% ≤ 6</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>
Nieuw-Guinea	8,3	3,4	27	5,1	25	4,7	13	50,0
UNIFIL	8,4	6,4	15	2,8	2	0,4	2	15,4
Cambodja-Srebrenica	8,3	7,8	9	2,0	1	0,2	1	12,5
Post-Srebrenica	8,4	6,9	17	3,9	4	0,9	3	17,6
War on Error	8,3	9,3	16	4,1	5	1,3	3	20,0
2006-heden	8,3	9,3	5	1,4	1	0,3	1	20,0

Ook de dagbesteding krijgt gemiddeld een ruime voldoende (tabel 4.11). Ruim 10% geeft een lager cijfer. Ook hier is de behoefte aan ondersteuning beperkt en wordt die ondersteuning door een kleine groep ontvangen. Gemiddeld 29,5% van de veteranen die ondersteuning wensen, krijgt deze ondersteuning. De veteranen van het 'Nieuw-Guinea'- en 'Post-Srebrenica'-cohorten krijgen relatief het vaakst ondersteuning.

**Tabel 4.11 Ervaren dagbesteding**

			<b>Wil ondersteuning</b>		<b>Krijgt ondersteuning</b>		<b>Wil en krijgt ondersteuning</b>	
			<b>N=129</b>		<b>N=52</b>		<b>N=38</b>	
<b>Cohort</b>	<b>Cijfer</b>	<b>% ≤ 6</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>
Nieuw-Guinea	7,5	14,1	21	4,3	22	4,5	11	57,9
UNIFIL	7,8	12,5	28	5,3	6	1,1	6	22,2
Cambodja-Srebrenica	8,0	12,9	16	3,7	5	1,1	4	25,0
Post-Srebrenica	8,0	10,3	18	4,1	10	2,3	9	50,0
War on Error	7,8	13,1	27	6,9	5	1,3	5	18,5
2006-heden	8,0	12,4	19	5,4	4	1,1	3	15,8

De ervaren financiële situatie wordt gemiddeld als voldoende beoordeeld (tabel 4.12), maar bijna een kwart geeft een '6' of lager. Desondanks is de behoefte aan ondersteuning beperkt, evenals de ontvangen ondersteuning. Gemiddeld krijgt een vijfde (20,9%) van de veteranen die ondersteuning wensen deze ondersteuning. De veteranen uit het cohort 2006-heden blijven hier (opnieuw) achter.

**Tabel 4.12 Financiële situatie**

			<i>Wil ondersteuning</i>		<i>Krijgt ondersteuning</i>		<i>Wil en krijgt ondersteuning</i>	
			<i>N=220</i>		<i>N=55</i>		<i>N=46</i>	
<i>Cohort</i>	<i>Cijfer</i>	<i>% ≤ 6</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	7,3	24,8	40	8,3	13	2,7	10	26,3
UNIFIL	7,3	23,1	46	8,7	9	1,7	8	17,4
Cambodja-Srebrenica	7,4	18,3	31	7,1	10	2,3	9	30,0
Post-Srebrenica	7,3	22,6	37	8,6	9	2,1	8	21,6
War on Error	7,4	23,0	37	9,5	11	2,8	9	25,0
2006-heden	7,3	22,3	29	8,3	3	0,9	2	6,9

Iets dergelijks geldt ook voor de ervaren sociale contacten (tabel 4.13). Hoewel rond 20% een laag rapportcijfer geeft, is de behoefte aan ondersteuning beperkt. Ruim een kwart (28,2%) van degenen die ondersteuning wensen, krijgt deze ondersteuning.

**Tabel 4.13 Ervaren sociale contacten**

			<i>Wil ondersteuning</i>		<i>Krijgt ondersteuning</i>		<i>Wil en krijgt ondersteuning</i>	
			<i>N=85</i>		<i>N=41</i>		<i>N=24</i>	
<i>Cohort</i>	<i>Cijfer</i>	<i>% ≤ 6</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	7,4	18,4	24	4,7	20	3,9	9	39,1
UNIFIL	7,3	22,5	21	3,9	5	0,9	5	25,0
Cambodja-Srebrenica	7,5	20,0	10	2,3	5	1,1	2	20,0
Post-Srebrenica	7,5	19,9	12	2,8	7	1,6	4	33,3
War on Error	7,4	20,2	13	3,3	3	0,8	3	23,1
2006-heden	7,7	14,6	5	1,4	1	0,3	1	20,0

Het oordeel over de persoonlijke relaties is gemiddeld positief en de behoefte aan ondersteuning hierbij is beperkt (tabel 4.14). Ruim een derde (24,9%) van degenen die ondersteuning wensen, krijgt deze ondersteuning. Veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort krijgen het vaakst ondersteuning.

**Tabel 4.14 Persoonlijke relaties**

			<i>Wil ondersteuning</i>		<i>Krijgt ondersteuning</i>		<i>Wil en krijgt ondersteuning</i>	
			<i>N=83</i>		<i>N=43</i>		<i>N=29</i>	
<i>Cohort</i>	<i>Cijfer</i>	<i>% ≤ 6</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	8,1	7,2	11	2,2	19	3,8	7	77,8
UNIFIL	7,9	14,4	17	3,2	6	1,1	6	37,5
Cambodja-Srebrenica	8,0	12,2	14	3,2	6	1,4	4	28,6
Post-Srebrenica	8,0	12,0	12	2,8	5	1,2	5	41,7
War on Error	8,0	10,4	18	4,6	4	1,0	4	22,2
2006-heden	8,1	11,0	11	3,1	3	0,8	3	27,3

De vrijetijdsbesteding krijgt gemiddeld een ruime voldoende en de behoefte aan ondersteuning is beperkt (tabel 4.15). Gemiddeld een kwart (25,3%) van degenen die ondersteuning wensen, krijgt deze ook. Per cohort lopen de percentages uiteen. Van de 'Post-Srebrenica'-veteranen krijgt de helft ondersteuning op dit gebied, tegen niemand van de veteranen uit het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort.

**Tabel 4.15 Ervaren vrijetijdsbesteding**

			<b>Wil ondersteuning</b>		<b>Krijgt ondersteuning</b>		<b>Wil en krijgt ondersteuning</b>	
			<b>N=83</b>		<b>N=33</b>		<b>N=21</b>	
<b>Cohort</b>	<b>Cijfer</b>	<b>% ≤ 6</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>
Nieuw-Guinea	7,8	7,9	24	4,8	16	3,2	9	39,1
UNIFIL	7,6	17,5	22	4,1	7	1,3	5	23,8
Cambodja-Srebrenica	7,8	13,4	12	2,7	1	0,2	0	0,0
Post-Srebrenica	7,8	15,4	8	1,9	5	1,2	4	50,0
War on Error	7,7	14,6	12	3,1	2	0,5	2	16,7
2006-heden	7,9	13,8	5	1,4	2	0,6	1	20,0

Over alle levensgebieden gezien, geeft ongeveer de helft van de veteranen op alle levensgebieden een '7' of hoger, dus een voldoende. Ongeveer 15–20% geeft één keer een onvoldoende ( $\leq 6$ ), en 20–25% geeft twee tot vijf onvoldoendes. Elk cohort bevat een kleine groep respondenten die op (vrijwel) alle negen levensgebieden een onvoldoende scoren (3–8%).

Het merendeel van de veteranen (77%) geeft aan op geen enkel levensgebied een behoefte aan ondersteuning te hebben, 11% noemt één levensgebied, en 8% noemt twee of drie levensgebieden. De resterende 4% noemt zes tot de negen levensgebieden.

Samengevat kan worden vastgesteld dat het oordeel over de kwaliteit van leven op de negen levensgebieden gemiddeld positief is, maar dat een deel van de veteranen een laag cijfer geeft.<sup>14</sup> Hoewel dat soms voor een kwart van alle veteranen geldt, blijft de behoefte aan ondersteuning beperkt. Alleen bij het lichamelijk en psychisch functioneren en de financiële situatie zijn deze percentages wat hoger. Het zijn vooral de oudere veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort die behoefte aan ondersteuning hebben op de levensgebieden. Lang niet iedereen die ondersteuning wil hebben, krijgt die overigens ook. Hierop gaan we in paragraaf 4.5 nader in. Overigens komt het ook voor dat er wel sprake is van ondersteuning, terwijl wordt aangegeven dat hier geen behoefte aan is.

Naast de vragen over de negen levensgebieden is aan de veteranen ook gevraagd om aan te geven hoe zinvol zij hun leven ervaren en hoe tevreden zij daarmee zijn. De zinvolheid van het leven wordt gemiddeld positief beoordeeld, maar evenals bij de levensgebieden geeft bijna een vijfde een '6' of lager. Tot slot is ook nog een

<sup>14</sup> Er zijn geen vergelijkbare gegevens bekend voor de 'gemiddelde' Nederlandse bevolking. Bij onderzoek onder personen die kortdurende ambulante hulpverlening kregen vanuit de geestelijke gezondheidszorg kwam naar voren dat rond 50% een cijfer  $\leq 6$  gaf voor de kwaliteit van leven op de levensgebieden: Wijngaarden B van, Meije D, Fotiadis, L, Wennink HJ, Kok I (2008). Kwaliteit van leven en vervulling van zorgwensen: De ontwikkeling van de *Quality of Life and Care* (QoLC) vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut).

rapportcijfer gevraagd voor het leven dat men op dit moment leidt. Ook hier weer blijkt men gemiddeld positief te oordelen, maar is er ook een kleine groep die laag scoort.

De behoefte aan ondersteuning op één of meerdere levensgebieden kan vele oorzaken hebben. Zo kan een behoefte aan ondersteuning bij het lichamelijk functioneren worden veroorzaakt door ouderdom. In de vragenlijst is specifiek gevraagd of een eventuele behoefte aan ondersteuning samenhangt met de uitzending(en) die men heeft gehad.

Veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort geven in bijna 80% van de gevallen aan dat dit *niet* het geval is. Voor de andere cohorten is dat ongeveer de helft. Dus in de helft van de gevallen wordt er door de veteraan een verband gelegd tussen de uitzending en de behoefte aan ondersteuning nu (tabel 4.16).

**Tabel 4.16 Samenhang tussen de behoefte aan ondersteuning en de uitzending(en)**

<i>Cohort</i>	<i>ja</i>	<i>%</i>	<i>deels</i>	<i>%</i>	<i>nee</i>	<i>%</i>
Nieuw-Guinea	3	1,8	30	18,4	130	79,8
UNIFIL	29	21,3	45	33,1	62	45,6
Cambodja-Srebrenica	8	8,1	46	46,5	45	45,5
Post-Srebrenica	6	6,4	38	40,4	50	53,2
War on Terror	4	4,0	47	47,5	48	48,5
2006-heden	10	12,0	37	44,6	36	43,4
<b>Totaal</b>	<b>60</b>		<b>243</b>		<b>371</b>	

Het gebruik van de papieren vragenlijst leidt soms tot hiaten in het databestand of een afwijkende route door de vragenlijst. Dit treedt vooral op bij de vragen naar kwaliteit van leven, behoefte aan ondersteuning en ontvangen ondersteuning. Er zijn bijvoorbeeld 95 veteranen die eerst aangeven dat zij geen behoefte aan ondersteuning hebben, maar vervolgens wel de vraag beantwoorden of die zorgvraag (die ze blijkbaar niet hebben) aan de uitzending is gerelateerd (tabel 4.17). Daarnaast hebben 56 veteranen die wel een zorgvraag hebben, de vraag of die zorgvraag gerelateerd is aan de uitzending niet beantwoord. Van die 56 veteranen behoren er 21 tot het 'Nieuw-Guinea'-cohort, de overige 35 tot de andere cohorten. In paragraaf 4.4 komen we hier op terug.

**Tabel 4.17 Afwijkende antwoorden bij de behoefte aan ondersteuning en de relatie met de uitzending(en)**

<i>Zorgbehoefte</i>	<i>Gerelateerd aan de uitzending</i>				
	<i>Ja</i>	<i>Deels</i>	<i>Nee</i>	<i>Missing</i>	<i>Totaal</i>
Geen behoefte	0	13	82	n.v.t.	95
Wel behoefte	60	230	289	56	635
<b>Totaal</b>	<b>60</b>	<b>243</b>	<b>371</b>	<b>56</b>	<b>731</b>

Voor een meer uitgebreide bespreking van de ervaren kwaliteit leven en de subjectieve behoefte aan ondersteuning op levensgebieden zie paragraaf 4.3 en Bijlage 5 in de achtergrondrapportage.

### 4.3 Risicofactoren voor de ervaren kwaliteit van leven en subjectieve behoeften aan ondersteuning

- *Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van (psychische) klachten bij veteranen?*
- *Wat is de relatie tussen enerzijds de zorgbehoefte en het zorggebruik en anderzijds de sociodemografische kenmerken van de veteraan?*

#### 4.3.1 Mogelijke risicofactoren voor kwaliteit van leven en zorgbehoefte

In hoofdstuk 2 is besproken welke achtergrondkenmerken mogelijke risicofactoren zijn voor het vóórkomen van klachten. In deze paragraaf komt aan bod in hoeverre er in deze studie een samenhang is tussen achtergrondkenmerken en – in dit geval – ervaren kwaliteit van leven en zorgbehoefte. De samenhang met daadwerkelijk zorggebruik blijft hierbij achterwege. Het percentage veteranen per cohort dat ondersteuning ontvangt, is gering (zie paragraaf 4.2), waardoor statistische analyses weinig zin hebben. In paragraaf 4.4.3 wordt wel een kwalitatieve analyse gepresenteerd op de groep veteranen die uitzendinggerelateerde klachten heeft en hiervoor al dan niet (professionele) ondersteuning ontvangt.

De analyses zijn uitgevoerd op de uitkomsten op alle levensgebieden. Er wordt dus breder gekeken dan alleen naar psychische klachten. De uitkomsten betreffen de ervaren kwaliteit van leven op alle negen levensgebieden en de eventuele behoefte aan ondersteuning op die gebieden. Ook is het rapportcijfer over het leven dat men op dit moment leidt in de analyses meegenomen

De uitkomstmaten zijn:

- De kwaliteit van leven op de negen levensgebieden
- De totale kwaliteit van leven over alle levensgebieden samen
- Het aantal levensgebieden waarop voor de kwaliteit van leven een onvoldoende wordt gegeven ( $\leq 6$ )
- Het aantal levensgebieden waarvoor een behoefte aan ondersteuning is
- Het rapportcijfer over de kwaliteit van het huidige leven

De achtergrondkenmerken die we gebruiken om de uitkomstmaten te voorspellen, zijn:

- Geslacht
- Leeftijd
- Krijgsmachtdeel
- Rang bij het verlaten van de dienst
- Laatste dienstverband
- Aantal missies
- Leeftijd bij (eerste) uitzending
- Al dan niet dienstplichtig bij de (eerste) uitzending
- Hoe lang in actieve dienst gebleven na (laatste) missie
- Aangesloten bij een organisatie voor veteranen
- Deelname aan reünie of veteranendag
- In bezit van veteranenpas
- Burgerlijke staat
- Samenstelling huishouden
- Betaalde arbeid

- Hoogst voltooide opleiding
- Netto huishoudinkomen
- Invloed van uitzending(en) op het leven
- Terug verlangen naar uitzending(en)
- Steun nodig gehad bij overgang naar het leven thuis
- Reactie vanuit de omgeving bij terugkomst
- Voldoening
- Kameraadschap
- Frustratie
- Schaamte
- Potentiele emotionele steun
- Feitelijke vertrouwelijke steun
- Wederzijds bezoek

#### *4.3.2 Correlaties tussen achtergrondkenmerken en kwaliteit van leven en zorgbehoefte*

In alle cohorten blijkt een samenhang te bestaan tussen een deel van de achtergrondkenmerken en de uitkomstmaten. Het 'Nieuw-Guinea'-cohort is daarbij wat afwijkend van de rest. De door deze veteranen ervaren kwaliteit van leven hangt vooral samen met de hoogte van het inkomen, de ervaren sociale steun en de burgerlijke staat, hoewel ook elementen van de missie(s) een rol lijken te spelen, zoals de ervaringen bij terugkomst en de ervaringen tijdens de missie(s) (voldoening, kameraadschap, frustratie, schaamte). Bij de andere cohorten is er sprake van verbanden tussen de uitkomstmaten en kenmerken als sociale steun, de ervaringen in de missie(s), de ervaringen bij terugkomst, burgerlijke staat, werk en inkomen. Bij de latere missies spelen ook kenmerken van de uitzendingen mee, zoals de leeftijd waarop men werd uitgezonden, het krijgsmachtdeel, het dienstverband en de rang. Veel van de samenhangen gelden voor (vrijwel) alle levensgebieden. Er lijkt eerder sprake te zijn van een samenhang met de totale kwaliteit van leven dan met specifieke levensgebieden.

Voor een meer uitgebreide bespreking van de verbanden tussen achtergrondkenmerken en uitkomstmaten zie paragraaf 4.4.2 en Bijlage 8 in de achtergrondrapportage.

#### *4.3.3 Het belang van achtergrondkenmerken voor kwaliteit van leven en zorgbehoefte*

Met een multi-pele regressieanalyse is onderzocht in hoeverre de achtergrondkenmerken in samenhang met elkaar van belang zijn voor de ervaren kwaliteit van leven en de behoefte aan ondersteuning op levensgebieden. Daarbij zijn de hierboven vermelde achtergrondkenmerken meegenomen. De vragen over dienstplicht en dienstverband bij het verlaten van de dienst zijn samengevoegd tot één variabele. Dit geldt ook voor over burgerlijke staat en huishouden. Bij de vragen over arbeidspositie en krijgsmachtdeel zijn meerdere antwoorden mogelijk. Deze zijn bij de respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven, teruggebracht tot één categorie. Bijvoorbeeld betaald werkzaam zijn én in opleiding is opgevat als betaald werkzaam.

De multi-pele regressieanalyse is uitgevoerd op het totale bestand om te onderzoeken wat de 'rode draad' is, ofwel wat de achtergrondkenmerken zijn die in de meeste cohorten

een rol spelen. Vanwege het afwijkende karakter van het 'Nieuw-Guinea'-cohort (zie vorige paragraaf) is deze in de analyse buiten beschouwing gelaten.

De kwaliteit van leven op de levensgebieden en het aantal levensgebieden waarop behoefte aan ondersteuning bestaat, hangen telkens samen met 10 tot 16 achtergrondkenmerken. Hierbij gaat het vaak over dezelfde kenmerken. De sterkte van de verbanden is bescheiden. De verklaarde variantie per levensgebied varieert tussen de 20% en 40%. Dat betekent dat 60%-80% van de spreiding in de scores van de kwaliteit van leven op de levensgebieden en het aantal levensgebieden waarop behoefte aan ondersteuning bestaat, wordt veroorzaakt door factoren die niet in het onderzoek zijn betrokken. Het verband is het sterkst tussen enerzijds de achtergrondkenmerken en anderzijds de kwaliteit van alle levensgebieden samen, en het aantal levensgebieden waarop een onvoldoende wordt gescoord. Meer dan 50% van de variantie kan in die beide gevallen uit de achtergrondkenmerken worden verklaard.

Voor een uitgebreide presentatie van de multipale regressieanalyses zie paragraaf 4.4.3 en Bijlagen 9 en 10 in de achtergrondrapportage.

#### *4.3.4 Risicoprofielen*

Uit de analyse op het totale bestand blijkt dat een aantal achtergrondkenmerken voor meer dan één levensgebied van belang is. Uit deze achtergrondkenmerken is een selectie gemaakt. Gekozen is voor achtergrondkenmerken die voor vier of meer levensgebieden van belang zijn. Op deze wijze resteren zeventien achtergrondkenmerken (tabel 4.18). In de tabel is ook de richting van de verbanden weergegeven. Een hogere score op 'wederzijds bezoek', bijvoorbeeld, hangt samen met een hogere kwaliteit van leven. Werkloos zijn daarentegen hangt samen met een lagere kwaliteit van leven. Op grond van deze zeventien kenmerken kunnen risicoprofielen worden opgesteld. Bijvoorbeeld een lage score op wederzijds bezoek, alleenstaand én werkloos zijn, levert dan drie risicofactoren op voor een lage(re) kwaliteit van leven.



**Tabel 4.18 Achtergrondkenmerken die vier keer of vaker van belang zijn voor kwaliteit van leven en/of het aantal behoeften aan ondersteuning**

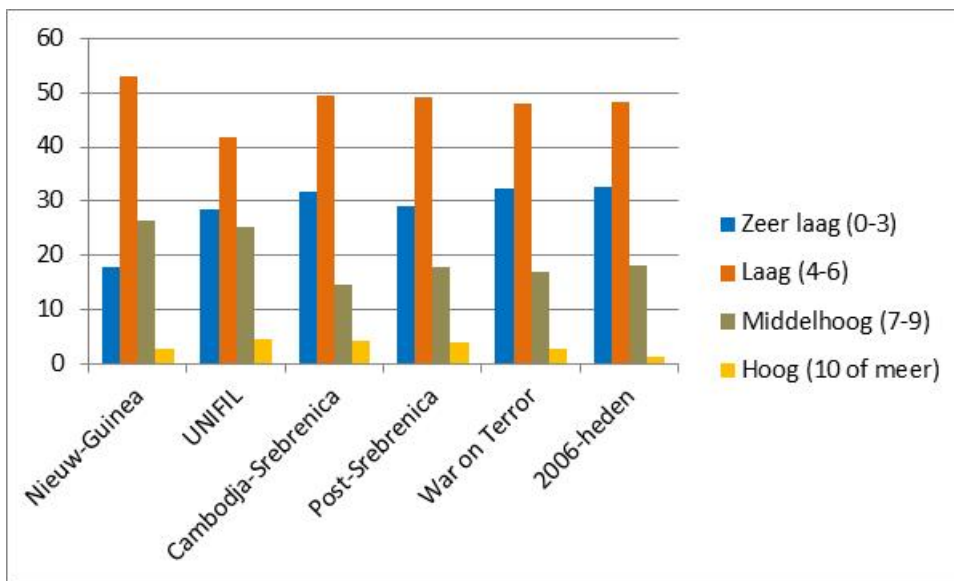
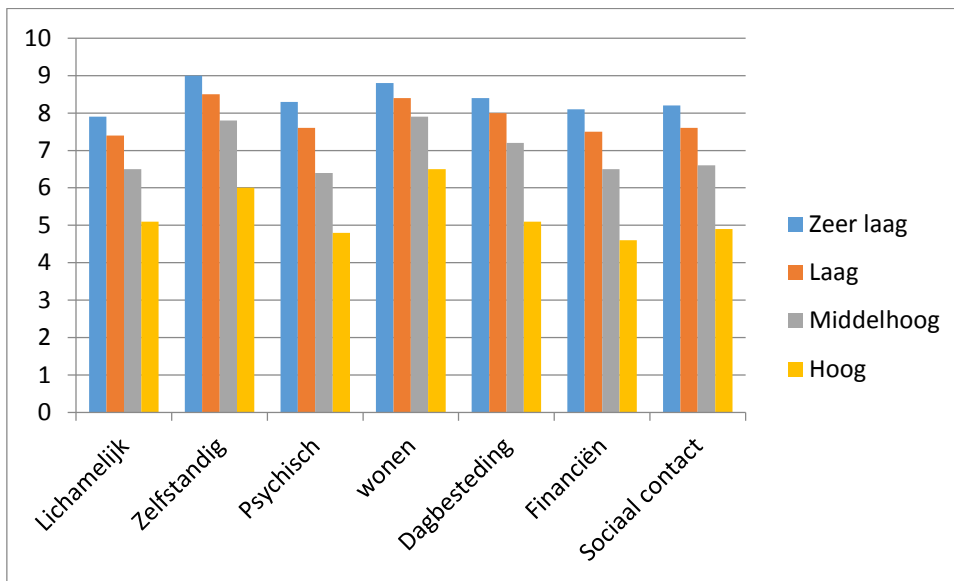
	<i>Richting</i>
<b><i>Kenmerken uitzending</i></b>	
Leeftijd bij eerste uitzending	+
Contract voor bepaalde tijd	-
Opleidingsniveau	+
<b><i>Ervaringen uitzending</i></b>	
Voldoening	+
Kameraadschap	+
Frustratie	-
Schaamte	-
Terugverlangen naar die tijd	-
Positieve invloed op leven	+
<b><i>Ervaringen bij terugkeer</i></b>	
Steun nodig gehad bij terugkomst	-
Reactie omgeving zeer positief	+
<b><i>Huidige steun</i></b>	
Potentiele emotionele steun	+
Wederzijds bezoek	+
<b><i>Huidige status</i></b>	
Netto inkomen	+
Werkloos	-
Arbeidsongeschikt	-
Alleenstaand	-

In tabel 4.19 en figuur 4.1 is het aantal risicofactoren per veteraan weergegeven, verdeeld over vier risicogroepen. Deze vier groepen zijn samengesteld op basis van de verdeling van de risicofactoren. De meeste veteranen behoren tot een '(zeer) laag risico'-groep (6 of minder risicofactoren). Ongeveer een vijfde behoort tot de 'middelhoog'-risicogroep (7-9 risicofactoren), en een kleine groep (ruim 3%) behoort tot de 'hoog risico'-groep (10 of meer risicofactoren). Door de cohorten heen zijn deze verhoudingen redelijk constant. Wel lijkt er door de jaren heen sprake te zijn van een afname van het percentage veteranen in de 'hoog risico'-groep.

**Tabel 4.19 Risicogroepen voor kwaliteit van leven; aantal risicofactoren en aantal veteranen per risicogroep (maximaal 17 factoren)**

<i>Risico-groep</i>	<i>Totaal</i>			<i>Cohort (%)</i>					
	<i>N risico-factor</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Nieuw-Guinea</i>	<i>UNIFIL</i>	<i>Camb-Srebr</i>	<i>Post-Srebr</i>	<i>War on Terror</i>	<i>2006-heden</i>
Zeer laag	0-3	788	28,0	17,8	28,4	31,6	29,2	32,3	32,7
Laag	4-6	1359	48,3	53,1	41,8	49,6	49,2	48,1	48,2
Middel-hoog	7-9	575	20,4	26,5	25,3	14,5	17,8	17,0	18,0
Hoog	10 >	92	3,3	2,6	4,5	4,3	3,8	2,7	1,1

**Figuur 4.1 Risicoprofielen (%)**



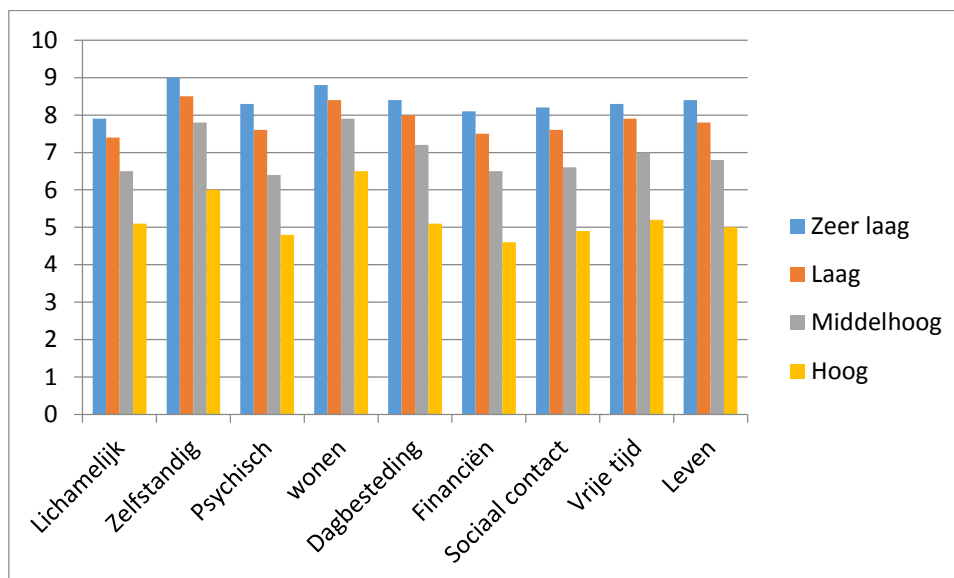
De vraag is in hoeverre het behoren tot een risicogroep zich uit in de kwaliteit van leven op levensgebieden en het rapportcijfer voor het huidige leven. Er blijkt een direct en significant verband te bestaan. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de '(zeer) laag-risicogroep en de '(middel)hoog'-risicogroep (tabel 4.20, figuur 4.2).

**Tabel 4.20 Gemiddelde rapportcijfers per risicogroep voor kwaliteit van leven en huidige leven als geheel**

<b>Risicogroep</b>	<b>Levensgebieden</b>									<b>Leven</b>
	<b>Lich</b>	<b>Zelfst</b>	<b>Psych</b>	<b>Woon</b>	<b>Dag</b>	<b>Finan</b>	<b>Soc</b>	<b>Pers</b>	<b>Vrij</b>	
Zeer laag	7,9	9,0	8,3	8,8	8,4	8,1	8,2	8,6	8,3	8,4
Laag	7,4	8,5	7,6	8,4	8,0	7,5	7,6	8,2	7,9	7,8
Middel-hoog	6,5	7,8	6,4	7,9	7,2	6,5	6,6	7,2	7,0	6,8
Hoog	5,1	6,0	4,8	6,5	5,1	4,6	4,9	5,7	5,2	5,0

De 'hoog'-risicogroep geeft op vrijwel alle gebieden gemiddeld een (dikke) onvoldoende, terwijl de 'zeer laag'-risicogroep gemiddeld een acht of hoger scoort. Bij de 'laag'-risicogroep is er sprake van ruime voldoendes. De rapportcijfers voor de 'middelhoog risico'-groep zijn lager, maar nog wel net voldoende, en nog steeds anderhalf tot twee punten hoger dan de 'hoog'-risicogroep.

**Figuur 4.2 Risicoprofielen versus rapportcijfers voor levensgebieden**



Deze verschillen komen ook duidelijk naar voren bij het aantal levensgebieden waarop een veteraan aangeeft behoefte aan ondersteuning te hebben (tabel 4.21). In de 'hoog'-risicogroep is er significant meer behoefte aan ondersteuning. Dat geldt met name voor de ervaren kwaliteit van het psychisch functioneren. Meer dan de helft van de veteranen in deze groep heeft behoefte aan ondersteuning. Ook de 'middelhoog'-risicogroep scoort hier relatief hoog.

**Tabel 4.21 Percentage veteranen met behoefte aan ondersteuning per risicogroep**

<b>Risicogroep</b>	<b>Levensgebieden</b>								
	<b>Lich</b>	<b>Zelfst</b>	<b>Psych</b>	<b>Woon</b>	<b>Dag</b>	<b>Finan</b>	<b>Soc</b>	<b>Pers</b>	<b>Vrij</b>
Zeer laag	7,4	1,5	2,2	0,8	0,7	1,4	0,4	0,3	0,7
Laag	11,8	3,7	8,8	2,2	2,9	6,1	2,1	1,5	2,1
Middelhoog	24,4	12,1	26,2	6,7	10,3	17,9	6,5	7,6	6,2
Hoog	45,2	29,5	53,2	20,0	40,0	47,6	24,7	26,6	22,5

Samenvattend kan op grond van deze analyses worden gesteld dat ruim 3% van de respondenten behoren tot de 'hoog'-risicogroep; veteranen in deze groep ervaren over het algemeen een lage kwaliteit van leven ervaart en ze hebben meer behoefte aan ondersteuning. Daarnaast maakt ongeveer 20% van de respondenten deel uit van de 'middelhoog'-risicogroep. Veteranen in deze groep zijn over het algemeen matig tevreden over hun kwaliteit van leven en ze hebben ook relatief meer behoefte aan ondersteuning, vooral bij hun psychisch functioneren. De resterende 75% ervaart gemiddeld een goede kwaliteit van leven en heeft slechts in een (zeer) beperkte mate behoefte aan ondersteuning.

Bij het vaststellen van de ervaren kwaliteit van leven en eventuele behoeften aan ondersteuning is zo breed mogelijk naar de levensgebieden gekeken. Een lage kwaliteit van leven bij lichamelijk functioneren kan zijn veroorzaakt door een incident tijdens de missie, maar bijvoorbeeld ook 'gewoon' door ouderdom, een ongeval of een infectie. Er is in de vragenlijst geen direct verband gelegd met de missie(s). Bij het vaststellen van risicoprofielen bleek dat 10 van de 17 achtergrondkenmerken direct samenhangen met de missie(s) en dienstverband (zoals de vragen over ervaringen, de leeftijd tijdens uitzending en de behoefte aan steun bij terugkomst). De overige kenmerken kunnen niet direct worden gekoppeld aan de missie(s), zoals hoogte van het inkomen of werkloos zijn. In de vragenlijst is in algemene zin gevraagd in hoeverre een behoefte aan ondersteuning door de veteraan gerelateerd wordt aan de uitzending. Hierbij is niet naar een specifiek levensgebied gevraagd, maar meer in het algemeen naar behoefte aan ondersteuning als zodanig. Met uitzondering van het 'Nieuw-Guinea'-cohort gaf ongeveer de helft van de veteranen aan dat er sprake is van (deels) een samenhang tussen één of meer behoeften aan ondersteuning en de uitzending. In het 'Nieuw-Guinea'-cohort was dit een kwart.

De samenhang tussen achtergrondkenmerken en de missie blijkt uit het verband tussen het aantal risicofactoren en het percentage veteranen dat minstens één van deze behoeften (deels) aan de missie(s) verbindt. Het percentage varieert van nog geen vijfde in de zeer lage risicogroep tot meer dan driekwart in de hoge risicogroep. In de middelhoge risicogroep is het twee derde (tabel 4.22).

**Tabel 4.22 Samenhang tussen uitzendgerelateerdheid van behoeften en risicogroepen (percentages)**

<b>Risicogroep</b>	<b>Uitzendgerelateerd?</b>	
	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Zeer laag	17,6	82,4
Laag	32,0	68,0
Middelhoog	62,2	37,8
Hoog	78,7	21,3

## 4.4 Professionele hulpverlening

- *Hangen eventuele subjectieve zorgbehoeften samen met de uitzending?*
- *Van welke professionele hulp/ondersteuning maken veteranen gebruik en hoe werden zij naar deze hulp/ondersteuning verwezen?<sup>15</sup>*
- *Indien een veteraan professionele hulp of ondersteuning ontvangt, hoe waardeert hij deze hulp of ondersteuning?*

### 4.4.1 Professionele ondersteuning

In onderstaand schema is nog eens weergegeven hoeveel veteranen een behoefte aan ondersteuning hebben, hoe vaak deze behoefte volgens henzelf gerelateerd is aan de uitzending(en) en of er informele of professionele ondersteuning wordt ontvangen. Zoals uit dit schema blijkt, geven 635 veteranen aan op tenminste één levensgebied behoefte aan ondersteuning te hebben, van wie er 337 ook daadwerkelijk steun ontvangen. In 290 gevallen blijkt er sprake te zijn van steun voor een behoefte die volgens de veteraan gerelateerd is aan de uitzending(en). Van de veteranen die aangeven geen behoefte aan ondersteuning te wensen, krijgen er 80 toch ondersteuning, waarvan in 13 gevallen voor een behoefte die gerelateerd is aan de uitzending(en). Al eerder werd aangegeven dat dit eigenlijk niet kan, gezien de routing in de vragenlijst. Deze afwijkende antwoorden komen alleen voor bij de papieren lijsten.

In totaal 303 veteranen krijgen dus ondersteuning op één of meer levensgebieden (47,7% van het totaal), hetzij door iemand uit de directe omgeving, hetzij (ook) door professionele hulpverleners. In 174 gevallen (57,4%) komt de ondersteuning vanuit de eigen omgeving en in 129 gevallen (42,6%) is er sprake van professionele ondersteuning, variërend van tien veteranen uit het '2006-heden'-cohort tot 34 veteranen uit het UNIFIL-cohort. Dit betekent dat van de 2.814 veteranen die de vragenlijst hebben ingevuld, 4,6% professionele hulp ontvangt, die al dan niet gerelateerd is aan de missie(s). In het merendeel van de gevallen heeft de veteraan zelf of samen met een partner contact gezocht met de hulpverlening.

Er is weer sprake van grote en significante verschillen tussen de risicogroepen. Van de (zeer) lage risicogroepen krijgt nog niet de helft professionele hulp, ook al is minimaal één behoefte aan ondersteuning gerelateerd aan de missie(s). Van beide andere risicogroepen is dat 75-100% (tabel 4.23). Hoog risico houdt verband met meer behoeften aan ondersteuning, meer missiegerelateerde behoeften en meer professionele ondersteuning.

---

<sup>15</sup> In de vragenlijst is niet zozeer gevraagd naar verwijzingen, maar naar wie het initiatief heeft genomen om hulp/ondersteuning te zoeken.

**Schema: kwaliteit van leven, behoefte aan steun, relatie met uitzending(en) en ontvangen steun**

	Voldoende kwaliteit van leven (N=2010)	Onvoldoende kwaliteit van leven (N=122)	Missing (N=682)
	Geen behoefte aan steun (N=2179)	Behoeftte aan steun (N=635)	
Geen steun ontvangen (N=2099)	Wel steun ontvangen (N=80)	Wel steun ontvangen (N=337)	Geen steun ontvangen (N=298)
Niet uitzending gerelateerd (N=95)	Wel uitzending gerelateerd (N=13)	Wel uitzending gerelateerd (N=290)	Niet uitzending gerelateerd (N=579)
	Professionele hulpverlening (N=174) Informeel hulpverlening (N=129)		

**Tabel 4.23 Samenhang tussen professionele ondersteuning en risicogroepen (percentages)**

	<b>Professionele ondersteuning?</b>	
	<b>N=174</b>	
<b>Risicogroep</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Zeer laag	46,2	53,8
Laag	40,4	59,6
Middelhoog	75,9	24,1
Hoog	100	0.0

In ongeveer driekwart van de gevallen heeft de veteraan zelf of samen met een partner of andere naaste contact gezocht met de hulpverlening.

Bij de aard van de hulpverlening is een onderscheid gemaakt tussen civiele en militaire hulpverlening. Wat betreft de civiele hulpverlening wordt de huisarts of bedrijfsarts het vaakst genoemd (85 keer), gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg (54 keer) en fysiotherapie (37 keer). Het merendeel van de veteranen krijgt geen militaire hulpverlening. Degenen voor wie dit wel geldt, krijgen hun hulp voornamelijk van De Basis (32 keer), het ABP (15 keer) en veteranenverbanden (21 keer).

#### 4.4.2 Kenmerken van degenen die wel en degenen die geen professionele hulp ontvangen

Zoals in paragraaf 4.4.1 al werd aangegeven, zijn het vooral de hogere risicogroepen die gebruikmaken van professionele hulp. Om een indruk te krijgen van deze groepen veteranen, zijn hun achtergrondkenmerken vergeleken met de degenen die wel een behoefte aan ondersteuning hebben, maar geen professionele hulp krijgen, en met de overige veteranen. Deze groepen worden in het vervolg respectievelijk 'veteranen met hulp' (N=129), 'veteranen zonder hulp' (N=174), en 'overige veteranen' (N=2511) genoemd.

De vergelijkingen zijn op kwalitatief niveau uitgevoerd, waarbij de gegevens van de gehele groepen 'veteranen met hulp' en 'veteranen zonder hulp' zijn vergeleken met de gegevens van de overige veteranen in de zes cohorten bij elkaar. De vergelijkingen zijn op 'face value' uitgevoerd en moeten daarom met terughoudendheid beschouwd worden. Opmerkelijke uitkomsten zijn slechts een indicatie dat er iets aan de hand is of zou kunnen zijn.

##### *Kenmerken van het dienstverband*

Veteranen met professionele hulp hebben vooral gediend bij de Koninklijke Landmacht (82,2%). Voor veteranen met steunbehoefte zonder hulp is dat 77,3 %. In vergelijking met de overige veteranen zijn dit hoge percentages. Alleen in het UNIFIL-cohort dienden meer veteranen bij de Koninklijke Landmacht (94,8%), in de overige cohorten varieerde het aantal tussen 39,8% en 65,1%.

Veteranen met professionele hulp waren bij de (eerste) uitzending gemiddeld twee jaar jonger dan veteranen met steunbehoefte zonder professionele hulp (21,7 jaar versus 23,6 jaar). Een jongere leeftijd bij eerste uitzending is een risicofactor. Beide groepen zijn aan de jonge kant en vergelijkbaar met de gemiddelden van veteranen uit de 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten (20,1 en 21,6 jaar). Bij de overige veteranen is de gemiddelde leeftijd bij de eerste uitzending een paar jaar hoger (27,2 tot 29,2 jaar).

Het grootste deel van de steun behoevende veteranen met of zonder hulp is op missie geweest in het Midden-Oosten (respectievelijk 45,8% en 44,6%) en/of in het voormalige Joegoslavië (respectievelijk 44,1% en 45,9%). Een kwart van de steun behoevende veteranen zonder hulp (24,3%) is in Azië (India, Pakistan, Cambodja en Afghanistan) op missie is geweest. Dit is 10% meer dan de veteranen met professionele hulp (14,4%).

Veteranen met professionele hulp zijn vaker aangesloten bij één of meerdere verenigingen of organisaties voor (oud-)militairen (51,7%). Voor steun behoevende veteranen zonder hulp is dit 42,2%, voor de overige veteranen is dit 33,9% tot 42,2%. Alleen de veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort zijn hierbij vaker aangesloten (59,9%).

Meer dan de helft (52,5%) van de veteranen met professionele hulp neemt wel eens deel aan een bijeenkomst voor veteranen. Bij de steun behoevende veteranen zonder hulp is dit 41,1%. In de 'Nieuw-Guinea'- en UNIFIL-cohorten is het respectievelijk 75,1% en 51,0%, bij de overige veteranen varieert dat van 29,6% tot 37,2%.

### *Sociodemografische kenmerken*

Steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp zijn iets vaker gescheiden (respectievelijk 16,2% en 16,1%) dan de overige veteranen (tussen 4,4% en 13,2%). Het gaat hier echter over kleine aantallen (respectievelijk 19 en 30). Wat betreft de samenstelling van het huishouden valt op dat er wat meer alleenstaanden zijn bij de veteranen met of zonder hulp (respectievelijk 17,8% en 18,4%). Ook hier gaat het weer om kleine aantallen (respectievelijk 21 en 34). In de cohorten varieert dit van 8,8% tot 11,4%. Alleenstaand zijn is overigens een risicofactor.

Veteranen met professionele hulp hebben minder vaak een betaalde baan (zijn werkloos, in opleiding of hebben een pensioen) dan de anderen, 43,2% tegen 69,5% tot 77,3% voor de overige veteranen (exclusief het 'Nieuw-Guinea'-cohort waarin vrijwel iedereen gepensioneerd is). Voor de steun behoevende veteranen zonder professionele hulp is dit 62,2%.

Meer specifiek zijn steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp vaker werkloos dan de anderen, gemiddeld 15,0% tegen 4,0% tot 7,7% voor de veteranen in de zes cohorten. Veteranen met professionele hulp springen er uit op het gebied van arbeidsongeschiktheid; bijna een derde is volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (31,4%). In de cohorten ligt dit percentage tussen de 1,4% en 7,4%, voor de steun behoevende veteranen zonder hulp is dit 7,6%. Werkloosheid en arbeidsongeschiktheid zijn risicofactoren, dat blijkt uit deze cijfers.

Het netto huishoudinkomen ligt over het algemeen lager bij de steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp. Respectievelijk 28,8% en 16,8% verdient minder dan modaal. Bij de overige veteranen varieert dit tussen 0,5% en 17,8% ('Nieuw-Guinea'-cohort). Een laag inkomen is ook een risicofactor.

### *Ervaringen tijdens en na de uitzending*

Op de vraag in welke mate de uitzending het leven van de veteraan heeft beïnvloed, antwoorden de steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp veel negatiever dan de overige veteranen. Respectievelijk 27,1% en 21,1% meldt dat de uitzending het leven (zeer) negatief heeft beïnvloed. Bij de overige veteranen varieert het percentage dat (zeer) negatief is beïnvloed van 3,4% tot 7,0%. Ook de invloed van de missie op het latere leven is een risicofactor.

Wat betreft de ervaringen tijdens de missies scoren de veteranen met professionele hulp gemiddeld hoger op de 'negatieve' schalen, en vergelijkbaar op de 'positieve' schalen, vergeleken met de overige veteranen. Steun behoevende veteranen zonder hulp scoren minder negatief, vooral op schaamte, één van de risicofactoren (Tabel 4.24).

**Tabel 4.24 Gemiddelde scores op de ervaringsvragen**

	<b>Overige veteranen</b> <b>N=2511</b>	<b>Met professionele hulp</b> <b>N=174</b>	<b>Zonder professionele hulp</b> <b>N=129</b>
<b>Schaalscores</b>			
Frustratie	3,6 - 4,1	6,4	5,6
Voldoening	5,9 - 6,8	6,0	5,9
Kameraadschap	7,4 - 7,7	7,5	7,0
Schaamte	1,5 - 2,4	4,0	2,8



Veteranen met professionele hulp geven vaker aan dat ze steun nodig hadden bij de overgang van de missie naar het leven thuis (71,2%), één van de risicofactoren. Bij de steun behoevende veteranen zonder professionele hulp is dit 58,4%. Bij de overige veteranen ligt dit percentage beduidend lager en varieert het tussen de 19,9% en 30,0%.

#### *Sociale steun*

Steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp scoren wat lager (respectievelijk gemiddeld 2,5 en 2,4) op potentiële emotionele betrokkenheid, tegen 2,8 - 3,1 in de cohorten. Deze twee groepen scoren ook wat lager op wederzijds bezoek: 2,3 tegen 2,5 - 2,8 voor de overige veteranen. Op feitelijke vertrouwelijkheid zijn er geen verschillen. Het ontberen van sociale steun is ook een risicofactor.

#### *Levensgebieden*

In tabel 4.25 zijn de rapportcijfers voor de kwaliteit van leven op de negen levensgebieden weergegeven. De rapportcijfers van de steun behoevende veteranen met professionele hulp liggen over de gehele linie (veelal een punt) lager. Ook de steun behoevende veteranen zonder professionele hulp scoren lager, maar doorgaans in mindere mate.

**Tabel 4.25 Gemiddelde scores op de kwaliteit van leven**

<b>Levensgebieden</b>	<b>Overige veteranen</b> <b>N=2511</b>	<b>Met professionele hulp</b> <b>N=174</b>	<b>Zonder professionele hulp</b> <b>N=129</b>
Lichamelijk functioneren	7,0 – 7,8	5,3	6,1
Zelfstandig functioneren	7,8 – 8,7	6,5	7,5
Psychisch functioneren	7,2 – 7,5	4,7	5,5
Woonsituatie	8,3 – 8,4	7,4	7,4
Dagbesteding	7,5 – 8,0	6,0	6,8
Financiële situatie	7,3 – 7,4	5,7	5,8
Sociale contacten	7,3 – 7,7	6,1	6,0
Persoonlijke relaties	7,9 – 8,1	6,9	6,7
Vrijtijdsbesteding	7,6 – 7,9	6,5	6,3

Het gemiddelde rapportcijfer voor alle levensgebieden bij elkaar van de steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp is lager dan die van de overige veteranen, namelijk respectievelijk 6,1 en 6,4 tegen een score van 7,7 tot 8,0 bij de overige veteranen.

#### *Zinvolheid van het leven*

Steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp beoordelen het leven als minder zinvol dan de overige veteranen. Zij scoren gemiddeld (5,5 en 6,1 op een schaal van 1 tot 10). De overige veteranen scoren hier gemiddeld 7,3 tot 8,5. Ook het rapportcijfer voor het huidige leven als geheel wordt lager gescoord, respectievelijk 5,7 en 6,0 voor de steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp, tegen 7,4 tot 7,8 voor de overige veteranen. Het hebben van een aan een missie gerelateerde ondersteuningsbehoefte lijkt van invloed te zijn op de mening rondom de zinvolheid van

het leven. Steun behoevende veteranen met of zonder professionele hulp scoren gemiddeld 1 tot 2 punten lager.

De hier gepresenteerde analyses zijn in overeenstemming met de risicofactoren die eerder werden gepresenteerd. Meer risicofactoren maken de kans op een behoefte aan ondersteuning groter en ook de kans op al dan niet professionele hulp. Uit bovenstaande vergelijkingen komt dat ook naar voren. Vooral de veteranen met professionele hulp lijken (want het is niet statistisch getoetst) het vaakst een 'ongunstige' score op een van de risicofactoren te hebben.

#### 4.4.4 Waardering van de professionele ondersteuning

Het merendeel van degenen die professionele hulp ontvangen, krijgt deze van civiele hulpverleners. Hun ervaringen met die hulpverleners varieert tussen de cohorten. Op de vraag of de hulpverlener voldoende begrijpt wat de veteraan heeft meegemaakt tijdens de missie, zegt 70% van de veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort dat dit nooit of soms gebeurt. Daarentegen geeft 70% van de veteranen in het '2006-heden'-cohort aan dat dit meestal tot altijd gebeurt. De andere cohorten zitten daar tussenin. Ook op de vraag of de veteraan serieus genomen wordt, zijn er verschillen tussen de cohorten. Ruim een kwart van de veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort voelt zich nooit of soms serieus genomen. Voor de anderen is dit ongeveer één op de tien of minder. De grote meerderheid (driekwart of meer) van de veteranen die professionele hulp ontvangen vindt dat zij de juiste ondersteuning krijgen. Dat geldt met name voor het '2006-heden'-cohort (90%). Ondanks deze overeenstemming varieert het rapportcijfer voor de civiele ondersteuning. De professionele hulp ontvangende veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort geven gemiddeld het laagste cijfer (6,4), die van het 'Post-Srebrenica'-cohort het hoogste (8,0). Met uitzondering van het '2006-heden'-cohort geeft in alle cohorten ruim een derde van de professionele hulp ontvangende veteranen een '6' of lager. In het 2006-heden cohort is dat één op de vijf.

Gezien de kleine aantallen voor de militaire hulpverlening zijn de uitkomsten niet goed te interpreteren en kan alleen een globaal beeld worden geschetst. Wat betreft begrip voor de ervaringen in de missie(s) en serieus genomen worden, lijken de oordelen op die voor de civiele hulpverlening. De veteranen in het 'Nieuw-Guinea'-cohort zijn ook hier kritischer. De vraag of men de juiste ondersteuning heeft gekregen, levert een vergelijkbaar beeld op. Het gemiddelde rapportcijfer voor de ontvangen ondersteuning varieert van 5,2 tot 7,6.

### 4.5 Waarom geen professionele ondersteuning als er wel behoefte is

- *Wanneer er wel sprake is van behoefte aan hulp of ondersteuning op één of meer levensgebieden, maar de veteraan geen professionele hulp of ondersteuning ontvangt, wat is dan de reden daarvoor?*

Aan veteranen die wel één of meer behoeften aan ondersteuning hadden op levensgebieden vanwege (deels) aan de uitzending gerelateerde klachten, maar geen ondersteuning ontvangen, is gevraagd of zij wel behoefte hebben aan ondersteuning door professionals. In totaal 126 veteranen hebben deze vraag beantwoord. Van hen blijken er 84 (67%) een behoefte aan professionele hulp te hebben, maar deze niet te

krijgen. De reden(en) hiervoor konden zij aangeven aan de hand van een meerkeuzevraag. Bijna de helft van de veteranen die deze vraag hebben beantwoord, geeft aan dat 'je het zelf moet oplossen', dat men zich er niet toe kan zetten, of dat men helemaal geen hulp heeft gezocht. Ook hebben zij soms geen zin in gedoe of verwacht men niet veel soelaas van een behandeling. Ook de eigen bijdrage is een reden om geen hulp te zoeken. Andere redenen, zoals voor gek worden verklaard, of niet serieus genomen worden, worden niet veel genoemd. De reden dat men geen ondersteuning ontvangt, heeft blijkbaar niet zozeer te maken met zaken als wantrouwen of stigma, maar eerder met het zelf geen initiatief willen of kunnen nemen. Gezien de geringe aantallen moeten deze redenen slechts als indicatie worden opgevat (tabel 4.26).

**Tabel 4.26 Redenen voor ontbreken professionele ondersteuning: aantal keer genoemd (meerdere antwoorden mogelijk)<sup>16</sup>**

	<b>Totaal N=84</b>
Moet het zelf oplossen	41
Kan me er niet toe zetten	39
Geen hulp gezocht	34
Geen zin in gedoe	32
Behandeling zal niet helpen	32
Eigen bijdrage	31
Behoeft niet groot genoeg	25
Negatieve consequenties	25
Zoek zelf mijn weg	21
Weet niet waarheen ik moet	17
Gaat vanzelf weer over	17
Niet de juiste ondersteuning	17
Geen tijd voor hulpverlening	14
Bang voor geheimhouding	13
Voor gek worden verklaard	12
Minder vertrouwen collega's	11
Niet serieus worden genomen	10
Liever hulp familie	8
Geen behandeling beschikbaar	8
Alleen bij psychisch probleem	7
Te ver van waar ik woon	3
Negatieve kijk op missies	3

#### **4.6 Betrekken van het thuisfront**

- *In hoeverre is het thuisfront betrokken bij de hulp of ondersteuning en hoe waarderen veteranen deze betrokkenheid?*

In de vragenlijst is een vraag opgenomen naar de mate waarin de partner en/of kinderen bij de begeleiding door een professionele hulpverlener zijn betrokken. Van de 164 veteranen die deze vraag beantwoorden, geven er 13 (7,9%) aan dat deze vraag niet van toepassing is omdat zij geen partner en/of kinderen hebben. Van de resterende 151

<sup>16</sup> Alleen de totalen zijn aangegeven, omdat het slechts geringe aantallen per cohort betreffen, variërend van 4 ('Nieuw-Guinea'-cohort) tot 22 ('2006-heden'-cohort).

veteranen geeft 76,2% aan dat het thuisfront niet is betrokken bij de hulp. Een kwart van hen geeft aan dat zij daaraan ook geen behoefte hebben, de anderen hebben er mogelijke wel behoefte aan. De 36 veteranen van wie de partner wel werd betrokken, geven hiervoor gemiddeld een 6,6 als rapportcijfer, en ruim een derde geeft een onvoldoende ( $\leq 6$ ).

Om het belang van het bij de hulpverlening betrekken van naasten nader te onderzoeken is aan een aselechte groep (15% van de oorspronkelijke steekproef) een open vraag voorgelegd. Deze vraag is toegevoegd op verzoek van de opdrachtgever en is bedoeld om een voorlopige, kwalitatieve indruk te krijgen van wensen van de naasten van veteranen. De open vraag luidt:

*“Welke wensen hebben naasten van veteranen volgens u wat betreft aandacht vanuit Defensie of aandacht vanuit de professionele ondersteuning of hulpverlening?”*

Van de 900 personen in deze aselechte groep hebben 425 respondenten de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld en onder hen zijn 242 veteranen die iets bij de open vraag hebben ingevuld. In 87 gevallen geeft men aan dat men geen antwoord op deze vraag heeft. Hierop zijn 155 antwoorden gegeven. Deze geven de volgende indicaties. In de omgang met naasten is het belangrijk dat Defensie de naasten goed op de hoogte houdt. Dit geldt zowel voor wat er tijdens de uitzending gebeurt als voor de mogelijke gevolgen van de uitzending voor de psychische gezondheid van de veteraan. Daarnaast dienen naasten steun en begeleiding te ontvangen, zowel tijdens als na de uitzending. Dit is vooral belangrijk in het geval van gezondheidsproblemen van de veteraan. Ten slotte is het van belang dat, wanneer naasten aandacht krijgen, deze aandacht persoonlijk is en er waardering uit deze aandacht spreekt.

Voor een uitgebreide bespreking van deze open vraag zie paragraaf 4.7 in de achtergrondrapportage.
--

#### **4.7 Bekendheid met het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)**

In aanvulling op de oorspronkelijke onderzoeksvragen zijn ter afsluiting enkele vragen in de lijst opgenomen over de bekendheid met het LZV en met de werkwijze van het LZV. Het blijkt dat de veteranen in beperkte mate bekend zijn met het LZV. In totaal 1110 veteranen (39,4%) hebben van het LZV gehoord. Van de oudere cohorten is dat bijna de helft en bij de jongere cohorten is dat ongeveer een derde.

Vervolgens is gevraagd aan degenen die bekend zijn met het bestaan van het LZV, waarvan ze het LZV kennen. De digitale en papieren lijst verschillen wat betreft de antwoordmogelijkheden voor deze vraag. Bij de digitale lijst kon één antwoord worden gegeven, bij de papieren lijst konden respondenten meerdere mogelijkheden aankruisen. In de digitale lijst wordt Checkpoint het meest genoemd, in twee derde tot bijna drie kwart ('Nieuw-Guinea'-cohort) van de gevallen. Door de veteranen in de 'Cambodja-Srebrenica'-, 'War on Terror'- en '2006-heden'-cohorten worden de media in 15% tot 20% van de gevallen genoemd. Via veteranenverbanden en individuele veteranen is tussen 10% en 15% op de hoogte van het bestaan van het LZV.

Ook bij de papieren vragenlijst wordt Checkpoint het meest genoemd. Voor de veteranen uit het 'Nieuw-Guinea'-cohort, die het vaakst een papieren lijst hebben gebruikt, is dit 90%. Het '2006-heden'-cohort blijft hier iets bij achter met bijna 60%. De media worden in 15% tot 30% van de gevallen genoemd, de veteranenverbanden 10% tot 20%, en individuele veteranen ook 10% tot 20%.

Van degenen die wel van het LZV hebben gehoord, weet nog niet de helft welke ondersteuning het LZV aan veteranen kan bieden. In totaal 553 veteranen kennen het LZV en weten wat het te bieden heeft. Dat is 19,7% van alle veteranen die gerespondeerd hebben.

Voor een meer uitgebreide bespreking van de bekendheid met het LZV zie paragraaf 4.8 in de achtergrondrapportage.



## 5 De antwoorden op de onderzoeksvragen samengevat

Dit hoofdstuk worden de antwoorden op de centrale vraag (paragraaf 5.1) en de deelvragen van het onderzoek (paragraaf 5.2) nog eens samengevat.

### 5.1 Antwoord op de centrale vraag

De centrale vraag van het onderzoek luidde:

In hoeverre is er bij de Nederlandse veteranen sprake van een behoefte aan zorg en hoe gaan veteranen om met die behoefte?

Aan het onderzoek hebben 2814 veteranen deelgenomen, een respons van 48%. Van de deelnemers hebben 635 veteranen (23%) een zorgbehoefte op één of meer van de negen levensgebieden. De grootste behoefte aan ondersteuning bestaat op de volgende levensgebieden:

- lichamelijk functioneren (N=379; 13%);
- psychisch functioneren (N=309; 11%);
- financiële situatie (N=220; 8%).

Van de respondenten met een zorgbehoefte geven 303 veteranen (11% van alle respondenten) aan dat de zorgbehoefte (deels) gerelateerd is aan de uitzending(en) waaraan ze hebben deelgenomen. Van deze 303 veteranen hebben er 129 (5% van alle respondenten) zorg van een civiele - en/of militaire zorginstantie. De overige 174 veteranen krijgen alleen hulp vanuit hun omgeving of ze krijgen geen hulp.

De civiele hulpverlening waarvan de veteranen met (deels) aan de uitzending gerelateerde klachten het meest gebruikmaken, is de huisarts of bedrijfsarts (N=85), gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg (N=54) en fysiotherapie (N=37);. De veteranen konden hier meer dan één hulpverleningsinstantie noemen.

De 'militaire' hulpverlening waarvan de veteranen met (deels) aan de uitzending gerelateerde klachten het meest gebruikmaken, is het maatschappelijk werk van Stichting De Basis (N=32), gevolgd door veteranenverbanden (N=21) en het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (N=15). Ook hier geldt dat de veteranen meer dan één hulpverleningsinstantie konden noemen.

Er zijn 174 veteranen die vanwege hun (deels) aan de uitzending gerelateerde zorgbehoefte geen professionele ondersteuning ontvangen. In totaal 84 veteranen hebben daarvoor één of meer redenen genoemd. Grofweg zijn hun redenen in vier hoofdredenen in te delen:

- men wil het zelf oplossen;
- men is passief;
- men verwacht negatieve consequenties;
- men heeft onvoldoende vertrouwen in de hulpverlening.

## 5.2 Antwoord op de (overige) deelvragen

Naast het antwoord op de centrale vraag (waarmee ook een aantal deelvragen zijn beantwoord) heeft het onderzoek antwoord gegeven op de volgende zeven deelvragen. Deze deelvragen zijn geclusterd in drie thema's:

- kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek
- risicofactoren voor zorgbehoefte
- ervaringen met de professionele hulp

### *Kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek*

Wat zijn de sociodemografische kenmerken van de veteranen die hebben deelgenomen aan het onderzoek? (deelvraag 2).  
Hoe verhouden de sociodemografische kenmerken van de veteranen zich tot die van de algemene bevolking? (deelvraag 3)

De meeste deelnemers aan het onderzoek zijn man. Er nemen in totaal 101 vrouwen deel (4%). De leeftijd van de veteranen ten tijde van het onderzoek varieert van 20 tot 94 jaar en is gemiddeld 53 jaar. De meeste veteranen hebben tenminste middelbaar onderwijs genoten. Onder de oudere veteranen bevinden zich verhoudingsgewijs veel veteranen die geen of lager onderwijs hebben genoten. Meer dan 80% van de veteranen leeft samen met een partner en/of kinderen. De meeste veteranen zijn gehuwd of hebben een geregistreerd partnerschap. Ongeveer 10-15% van de veteranen is alleenstaand. De overgrote meerderheid van de veteranen heeft een betaalde baan (58%), 38% is met pensioen, 5% is werkloos en 4% is arbeidsongeschikt. De meerderheid verdient één tot twee keer modaal.

De veteranen wijken op het oog niet veel af van de algemene Nederlandse bevolking wat betreft hun sociodemografische kenmerken.

### *Risicofactoren voor zorgbehoefte*

Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van klachten bij veteranen? (deelvraag 1)  
Wat is de relatie tussen enerzijds de zorgbehoefte en het zorggebruik en anderzijds de sociodemografische kenmerken van de veteraan? (deelvraag 10)

Van de veteranen ervaart 50% een positieve invloed van de uitzending op het verdere leven. Voor 35% geldt dat men zowel een positieve als negatieve invloed ervaart, 10% is neutraal en 5% ervaart een negatieve invloed. Er blijkt een samenhang te bestaan tussen zeventien risicofactoren – de meeste zijn aan de uitzending(en) gerelateerd – en het welbevinden en de behoefte aan ondersteuning (zie tabel 5.1). Het betreft kenmerken van de uitzending, ervaringen opgedaan tijdens de uitzending en bij terugkeer, de huidige sociale steun en de huidige arbeidsstatus. Er wordt een sterke samenhang gevonden tussen het aantal risicofactoren en het welbevinden en de zorgbehoefte. Dat geldt voor alle levensgebieden. Degenen met de meeste risicofactoren (meer dan 10) scoren onvoldoendes op alle levensgebieden. Zij scoren ook verreweg het hoogst op de behoeften aan (uitzendgerelateerde) ondersteuning. Het betreft ruim 3% van alle respondenten, die over de gehele linie een laag welbevinden ervaren. Het zijn deze veteranen die ook professionele zorg ontvangen. Alle veteranen in deze 'hoog risico'-groep ontvangen professionele hulp.



**Tabel 5.1 Risicofactoren voor het welbevinden en de behoefte aan ondersteuning**

	<i>Effect</i>
<b><i>Kenmerken uitzending</i></b>	
Leeftijd bij eerste uitzending (hoger)	+
Contract voor bepaalde tijd	-
Opleidingsniveau (hoger)	+
<b><i>Ervaringen uitzending</i></b>	
Voldoening	+
Kameraadschap	+
Frustratie	-
Schaamte	-
Terugverlangen naar die tijd	-
Positieve invloed op leven	+
<b><i>Ervaringen bij terugkeer</i></b>	
Steun nodig gehad bij terugkomst	-
Reactie omgeving zeer positief	+
<b><i>Huidige steun</i></b>	
Potentiele emotionele steun	+
Wederzijds bezoek	+
<b><i>Huidige status</i></b>	
Netto inkomen (hoger)	+
Werkloos	-
Arbeidsongeschikt	-
Alleenstaand	-

Noot: + is **positieve invloed** op welbevinden en **minder behoefte** aan ondersteuning  
 - is **negatieve invloed** op welbevinden en **meer behoefte** aan ondersteuning

Het zijn vooral de veteranen uit de 'hoog risico'-groep die gebruikmaken van professionele hulp. De sociodemografische kenmerken van deze veteranen wijken op sommige aspecten af van veteranen die wel een behoefte aan ondersteuning hebben, maar geen professionele hulp krijgen, en met de overige veteranen. Onderstaande tabel 5.2 vat de verschillen samen van deze groepen, respectievelijk: 'zorgbehoevende veteranen met hulp' (N=129), 'zorgbehoevende veteranen zonder hulp' (N=174), en 'overige veteranen' (N=2511). De vergelijkingen zijn op 'face value' uitgevoerd en moeten daarom met terughoudendheid beschouwd worden.

Uit de tabel blijkt op welke factoren de veteranen uit de groep met zorgbehoefte verschillen van de groep overige veteranen. Een '+' houdt in dat het kenmerk is oververtegenwoordigd in de groep met zorgbehoefte en een '-' betekent ondervertegenwoordigd. Over het algemeen geldt dat de groep zorgbehoevende veteranen met hulp zich lijkt te onderscheiden van de groep zorgbehoevende veteranen zonder hulp doordat het effect (+ of -) sterker is.

**Tabel 5.2    Overzicht verschillen groep met (deels) uitzendgerelateerde zorgbehoefte in vergelijking met de groep overige veteranen**

<b>Kenmerk</b>	<b>Veteranen met (deels) uitzendgerelateerde zorgbehoefte in vergelijking met de groep overige veteranen</b>
Koninklijke Landmacht	+ <sup>a</sup>
Jonge leeftijd bij eerste uitzending	+ <sup>a,b</sup>
Uitgezonden naar Midden-Oosten	+
Uitgezonden geweest naar voormalig-Joegoslavië	+
Uitgezonden geweest naar Azië	+
Aangesloten bij één of meerdere verenigingen of organisaties voor (oud-) militairen	+ <sup>b</sup>
Deelname aan een bijeenkomst voor veteranen	+ <sup>a,b</sup>
Gescheiden/alleenstaand	+
Betaalde baan	- <sup>c</sup>
Werkloos	+
Arbeidsongeschikt	+
Inkomen minder dan modaal	+
Negatieve invloed uitzending op verdere leven	+
Negatieve ervaring met uitzending (frustratie en schaamte)	+
Steun nodig na terugkeer	+
Potentieel emotionele steun	-
Wederzijds bezoek	-
Kwaliteit van leven op negen levensgebieden	-
Zinvolheid van het leven	-

Noot: a = het UNIFIL-cohort kent ook een oververtegenwoordiging van dit kenmerk ten opzichte van de overige cohorten; b = het Nieuw-Guinea-cohort kent ook een oververtegenwoordiging van dit kenmerk ten opzichte van de overige cohorten; c = het Nieuw-Guinea-cohort kent ook een ondervertegenwoordiging van dit kenmerk ten opzichte van de overige cohorten vanwege pensioen.

Uit de tabel blijkt onder meer dat in de groep veteranen met zorgbehoefte het aantal veteranen dat werkloos of arbeidsongeschikt is of een lager inkomen heeft, oververtegenwoordigd is in vergelijking met de groep overige veteranen. Ook blijkt bijvoorbeeld dat in de groep met zorgbehoefte het aantal veteranen dat potentieel emotionele steun ontvangt en wederzijds bezoek ervaart, verhoudingsgewijs minder is dan in de groep overige veteranen terwijl het aantal gescheiden of alleenstaande veteranen weer verhoudingsgewijs hoger is. Tot slot kijken in de groep veteranen met zorgbehoefte verhoudingsgewijs meer veteranen negatief terug op de uitzending dan in de groep overige veteranen.

### *Ervaringen met de professionele hulp*

Wie heeft het initiatief genomen om professionele hulp te zoeken? (deelvraag 6)  
Indien een veteraan professionele hulp of ondersteuning ontvangt, hoe waardeert hij deze hulp of ondersteuning? (deelvraag 8)  
In hoeverre is het thuisfront betrokken bij de hulp of ondersteuning en hoe waarderen veteranen deze betrokkenheid? (deelvraag 9)

In het merendeel van de 129 gevallen waarin de veteraan professionele hulp heeft, heeft de veteraan zelf of samen met een partner contact gezocht met de hulpverlening.

Het merendeel van degenen die professionele hulp ontvangen, krijgt deze van civiele hulpverleners. De grote meerderheid (driekwart of meer) van de veteranen die professionele hulp ontvangt, vindt dat zij de juiste ondersteuning krijgt. Ruim een derde van de veteranen die professionele hulp ontvangt geeft een '6' of lager als rapportcijfer voor de ondersteuning. Voor de veteranen die vanaf 2006 voor het laatst zijn uitgezonden, is dat één op de vijf.

Gezien de kleine aantallen voor de militaire hulpverlening zijn de uitkomsten niet goed te interpreteren. Het globale beeld is dat de resultaten vergelijkbaar zijn met de oordelen voor de civiele hulpverlening. Het gemiddelde rapportcijfer voor de ontvangen ondersteuning varieert van 5 tot 8.

Driekwart van de veteranen die professionele hulp krijgen en die een partner hebben, geeft aan dat het thuisfront niet is betrokken bij de hulp. Een kwart van hen geeft aan dat zij daaraan ook geen behoefte heeft. De veteranen van wie de partner wel werd betrokken, geven hiervoor gemiddeld een 7 als rapportcijfer, en ruim een derde geeft een rapportcijfer  $\leq 6$ .

Een aselechte groep (15% van de oorspronkelijke steekproef) is gevraagd: "*Welke wensen hebben naasten van veteranen volgens u wat betreft aandacht vanuit Defensie of aandacht vanuit de professionele ondersteuning of hulpverlening?*" Hierop zijn 155 antwoorden gegeven. Deze geven de volgende indicaties. In de omgang met naasten is het belangrijk dat Defensie de naasten goed op de hoogte houdt. Dit geldt zowel voor wat er tijdens de uitzending gebeurt als voor de mogelijke gevolgen van de uitzending voor de psychische gezondheid van de veteraan. Daarnaast dienen naasten steun en begeleiding te ontvangen, zowel tijdens als na de uitzending. Dit is vooral belangrijk in het geval van gezondheidsproblemen van de veteraan. Ten slotte is het van belang dat, wanneer naasten aandacht krijgen, deze aandacht persoonlijk is en er waardering uit deze aandacht spreekt.



## 6 Conclusie

Vergeleken met de algemene Nederlandse bevolking wijken de veteranen op het oog niet veel af wat betreft hun sociodemografische kenmerken. Over het algemeen scoren zij zelfs wat gunstiger wat betreft enkele risicofactoren. Zij zijn vaker gehuwd dan leeftijdsgenoten en vormen vaker een huishouden met partner en/of kinderen. Bij de oudere leeftijdscategorieën komen minder scheidingen dan in de algemene bevolking. Bij de jongere veteranen is dat overigens juist iets meer. Wat betreft arbeidspositie scoren de veteranen vergelijkbaar met de algemene bevolking. Er zijn wel wat verschillen. De oudere veteranen (55+) hebben vaker betaald werk dan hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking. Vanaf het 'Cambodja-Srebrenica'-cohort is er daarentegen sprake van minder betaald werk voor de groep tussen 50 en 60 jaar. Vanaf dat cohort neemt het aantal dienstplichtigen en neemt het aantal beroepsmilitairen toe. Doordat de beroepsmilitairen in deze leeftijdsgroep met functioneel leeftijdsontslag gaan, neemt het aantal werkenden af. Voor zover een vergelijking met de algemene bevolking is toegestaan (het betreft hier een selecte groep veteranen met wisselende responspercentages en daarmee geen 'echte' representatieve groep), kan worden vastgesteld dat de veteranen in dit onderzoek in grote lijnen niet wezenlijk verschillen van hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking.

Door de cohorten heen is er sprake van een ontwikkeling in het veteranenbestand. Naast het feit dat er tussen de cohorten grote verschillen zijn in leeftijdsopbouw, is te zien dat de gemiddelde leeftijd bij eerste uitzending door de tijd heen is toegenomen en dat er ook meer spreiding is in leeftijden. Hoewel het grootste deel van de uitgezonden militairen bij de start van hun eerste uitzending begin 20 is, is het aandeel oudere militairen op een missie toegenomen. Een andere ontwikkeling betreft de omslag van een krijgsmacht die vooral uit dienstplichtigen bestaat naar een beroepskrijgsmacht, waarbij het aandeel van vrouwen toeneemt en ook het gemiddelde opleidingsniveau hoger wordt. Dit vertaalt zich ook in de rang waarin men uiteindelijk afzwaait. Het aantal militairen dat afzwaait in de laagste rangen is door de jaren afgenomen. Samengevat kan worden gesteld dat de omvorming van de krijgsmacht gereflecteerd wordt in de samenstelling van de veteranencohorten.

Door de jaren heen is er sprake van een toenemende steun vanuit de naasten bij terugkeer van de missie (partner, kinderen, familie, vrienden). Ook vanuit Defensie wordt door de jaren heen meer steun ontvangen. Verder wordt er ook een toename van steun gemeld door collega's die zelf uitgezonden zijn geweest. Hoewel de steun bij terugkeer toeneemt, lijkt de binding met medeveteranen door de jaren heen af te nemen, zoals de responscijfers ook lijken te suggereren. Driekwart van de oudere veteranen is aangesloten bij een veteranenorganisatie en neemt deel aan bijeenkomsten zoals de nationale veteranendag. In de latere cohorten neemt de betrokkenheid op deze manier steeds verder af. Van het jongste cohort is nog maar een derde lid van een veteranenorganisatie en/of bezoekt bijeenkomsten. Hiervoor is mogelijk een andere wijze van betrokkenheid in de plaats gekomen, bijvoorbeeld via social media. Overigens moet worden opgemerkt dat een toegenomen ervaren steun in de loop der tijd ook het gevolg zou kunnen zijn van een veranderde perceptie door de jaren heen (herinnering, verwachtingen ten aanzien van steun, etc.).

In tegenstelling tot de toegenomen ervaren steun bij terugkeer van de missie, blijft de feitelijke sociale steun in het algemeen achter bij die van een normgroep uit de

Nederlandse bevolking. Waar veteranen wel met de algemene bevolking overeen komen wat betreft de mogelijke steun vanuit hun omgeving en hun sociale contacten in de vorm van wederzijds bezoek, wordt feitelijke vertrouwelijkheid minder vaak ervaren. Dit ondanks het feit dat zij wat betreft betaalde arbeid en het hebben van een partner gelijk en soms zelfs wat hoger scoren dan de algemene bevolking.

Het speerpunt van dit onderzoek was het bevragen van veteranen naar hun welbevinden op diverse levensgebieden. In de beeldvorming rond veteranen wordt vaak de nadruk gelegd op veteranen die getraumatiseerd raken en PTSS of lichamelijk onverklaarde klachten ontwikkelen. Dit betreft echter maar een beperkt deel van de veteranenpopulatie. In dit onderzoek is breder gekeken dan alleen naar psychische klachten. Er is ook gevraagd naar aspecten van het 'gewone' dagelijkse bestaan, zoals de financiële situatie, de woonsituatie en sociale contacten. Daarnaast is gevraagd naar een eventuele behoefte aan ondersteuning op die gebieden. Uit het onderzoek blijkt dat het over de gehele linie goed gaat met het welbevinden van de veteranen. Gemiddeld wordt er een (dikke) voldoende als rapportcijfer gegeven voor het welbevinden op de diverse levensgebieden en is er maar in (zeer) beperkte behoefte aan ondersteuning. Er is echter een kleine groep die op meer levensgebieden een onvoldoende scoort en wél behoefte heeft aan ondersteuning.

Een laag niveau van welbevinden en een behoefte aan ondersteuning kunnen diverse oorzaken hebben, die niets te maken hoeven te hebben met feit dat iemand op missie is geweest. Als daar specifiek naar gevraagd wordt, blijkt dat ruim 45% van de respondenten aangeeft dat een behoefte aan ondersteuning geheel of gedeeltelijk te maken heeft met de uitzending. In de vragenlijst is overigens niet verder gespecificeerd op welk(e) levensgebied(en) er een behoefte aan ondersteuning is die gerelateerd is aan de uitzending(en). Ongeveer de helft van deze respondenten (bijna 5% van alle respondenten) krijgt overigens professionele hulp, meestal geleverd door civiele hulpverleners. Het gaat daarbij vaak om huis- of bedrijfsartsen en fysiotherapeuten. Ondersteuning vanuit de geestelijke gezondheidszorg wordt door 2% van de respondenten genoemd. De vraag is in hoeverre dit cijfer representatief is voor de gehele populatie veteranen. Er is gebruikgemaakt van een gestratificeerde steekproef in zes cohorten. Hoewel de aantallen veteranen per groep waaruit de steekproef werd getrokken niet veel verschilden, vormt de steekproef geen afspiegeling van de totale populatie. Bij de bespreking van de behoeften aan ondersteuning, bleken vooral de oudere veteranen behoefte aan ondersteuning te hebben. Daarnaast werd geconstateerd dat de helft van degenen die ondersteuning behoeven deze niet krijgt en daardoor buiten beeld blijft. Zij vinden dat zij het zelf moeten oplossen, dat zij zich er niet toe kunnen zetten of dat zij er niets van verwachten. Zaken als stigma lijken minder te spelen, blijkt uit de antwoorden op de vragenlijst. Het feit dat het percentage veteranen dat ondersteuning voor hun geestelijke gezondheid ontvangt beperkt is, houdt wel in dat de uitkomsten van dit onderzoek met enige terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd.

Een ander speerpunt van het huidige onderzoek is de identificatie van mogelijke risicofactoren voor een verminderd welbevinden en het hebben van een behoefte aan ondersteuning op levensgebieden. Hiervoor werden mogelijke risicofactoren uit een literatuurstudie en twee bijeenkomsten van focusgroepen in de vragenlijst meegenomen. Voor een deel zijn dit achtergrondkenmerken als geslacht, opleiding, leeftijd bij eerste uitzending en het hebben van betaald werk. Voor een ander deel betreft het de

ervaringen die veteranen tijdens en na de missie hebben gehad en de huidige steun die zij vanuit hun sociale netwerk ontvangen. Er blijkt een samenhang te bestaan tussen 17 van deze kenmerken en het welbevinden en de behoefte aan ondersteuning. Het betreft kenmerken van de uitzending, ervaringen opgedaan tijdens de missie en bij terugkeer, de huidige sociale steun en de huidige arbeidsstatus. Er wordt een sterke samenhang gevonden tussen het aantal risicofactoren en het welbevinden en de zorgbehoefte. Dat geldt voor alle levensgebieden. Degenen met de meeste risicofactoren (meer dan 10) scoren onvoldoendes op alle levensgebieden. Zij scoren ook verreweg het hoogst op de behoeften aan (uitzendgerelateerde) ondersteuning. Het betreft ruim 3% van alle respondenten, die over de gehele linie een laag welbevinden ervaren. Het zijn deze veteranen die ook professionele zorg ontvangen. Alle veteranen in deze hoge risicogroep ontvangen professionele hulp. De risicofactoren uit de literatuur worden dus ook in dit onderzoek bevestigd.

Tegenover deze hoge risicogroep met een laag niveau van welbevinden behoort ongeveer driekwart van de veteranen tot de groep met een (zeer) laag risicoprofiel (zes of minder). Zij scoren hoog op hun welbevinden en er is geen of slechts in beperkte mate sprake van behoeften aan ondersteuning. Ook worden eventuele behoeften aan ondersteuning weinig toegeschreven aan een missie. Tussen beide uitersten is er een groep bestaande uit een vijfde van het totale aantal respondenten dat een middelhoog risicoprofiel heeft (7 tot 9 kenmerken). Hun welbevinden is matig (veel 'zesjes'), er is relatief vaker sprake van behoefte aan ondersteuning en in twee derde van de gevallen wordt die behoefte gerelateerd aan de uitzending. Hoewel er dus over de gehele linie een beperkt aantal veteranen professionele zorg ontvangt, wordt deze zorg vooral gegeven aan veteranen met een middelhoog tot hoog risicoprofiel. Slechte ervaringen tijdens de missies en bij terugkeer en huidig sociaal isolement door weinig sociale steun, alleenstaand zijn en/of werkloos zijn of arbeidsongeschikt vormen hier de belangrijke kenmerken en dienen – indien mogelijk - te worden gemonitord.

Er is dus sprake van een groep veteranen die voor het overgrote deel een hoge mate van welbevinden meldt en maar weinig behoefte aan ondersteuning. Er is echter ook een groep met wie het minder goed gaat. Een gering percentage waardeert het bestaan over (vrijwel) de gehele linie als onvoldoende. Het zijn veteranen die weinig positieve ervaringen tijdens en na de missie hebben gehad en nu een grotere kans lopen om in een sociaal isolement te leven.





## 7 Reflectie op het onderzoek

In de media en onder de bevolking bestaat er een beeld van veteranen met psychosociale problematiek regelmatig.<sup>17</sup> Dit onderzoek toont aan dat dat beeld nuancering behoeft. Met de overgrote groep veteranen gaat het goed. En als het niet goed gaat, dan schrijven de veteranen dat in de meeste gevallen *niet* toe aan de uitzending.

Aan degenen die zorg krijgen is gevraagd van welke zorginstanties ze deze ontvangen.<sup>18</sup> Daarna is gevraagd hoe tevreden men is met de hulpverlening. Daarbij moesten de veteranen – indien zij hulp krijgen van meerdere zorginstanties – de zorgprofessional in gedachte houden met wie zij het meest te maken hadden. Omdat uit het onderzoek niet duidelijk wordt wie die zorgverlener is waarmee men het meest te maken heeft, is het niet duidelijk over welke hulpverlener het waardeoordeel precies gaat.

Dit onderzoek richtte zich op de kwaliteit van leven en het hebben van zorgbehoeften in de periode van drie maanden voorafgaand aan het onderzoek. Wat onduidelijk blijft is welk deel van de veteranen in het verleden een zorgbehoefte heeft gehad en óf en in hoeverre deze zorgbehoefte succesvol is geadresseerd. Dit betekent dat ook niet duidelijk is of degenen die nu een zorgbehoefte hebben dat voor het eerst hebben, hoe lang ze de zorgbehoefte hebben en of er verschillen zijn in zorgbehoeften in de tijd per veteraan.

In dit onderzoek is niet goed duidelijk geworden waarin de groepen veteranen met een zorgbehoefte die *wel* of *niet* zorg krijgen, zich onderscheiden. Nadere analyses van de beschikbare data in aanvulling op de face value-beoordeling of aanvullend (toekomstig) onderzoek zou mogelijk meer inzicht kunnen bieden in dit verschil.

Voor het onderzoek werden 6.000 niet-actieve veteranen benaderd, verdeeld over zes cohorten. De bruikbare respons was 48%, wat hoog genoemd kan worden voor dit type onderzoek. Hieruit blijkt dat de vragenlijst waarschijnlijk aansluit bij de leefwereld van de veteraan. De hoge respons is waarschijnlijk ook het gevolg van de gehanteerde methode van data verzamelen (Dillman-methode), de mogelijkheid om te kiezen tussen een digitale of een papieren vragenlijst, en de communicatie vanuit het Veteraneninstituut via Checkpoint op verschillende momenten voor en tijdens het onderzoek.

Vooraf de oudere veteranen repondeerden hoog (57%). Het responspercentage neemt af naarmate de cohorten jonger worden. De respons in het '2006-heden'-cohort is het laagst (36%). Het is onduidelijk wat hiervan de oorzaak is. Een algemene tendens bij vragenlijstonderzoek is dat vrouwen en oudere personen vaker responderen dan mannen en jongeren. Een dergelijk effect zou ook hier aan de hand kunnen zijn geweest. Een andere mogelijke verklaring is dat het reflecteren op het algemene welbevinden en het terugkijken naar de missie(s) bij de jongere generaties wellicht minder speelt.

---

<sup>17</sup> Zie Van Tilburg, A. & Elands, M. (2013). Veteranendagbladmonitor 2012. Doorn: Veteraneninstituut. Zie Duel, J. (2015). Hoe zien Nederlanders "de veteraan"? Checkpoint, januari-februari 2015, nr. 1, 20-21.

<sup>18</sup> Zorginstanties moet daarbij breed worden opgevat: ook nuldelijnshelpers en veteranenverbanden rekenen we bijvoorbeeld in dit onderzoek tot professionele zorginstanties.

Uit de antwoorden op de papieren vragenlijst bleek er een grote groep veteranen te zijn die weliswaar geen specifieke zorgbehoefte had, maar die toch zorg krijgt. Bij de vragenlijst via internet was deze antwoordcombinatie niet mogelijk. De bevinding dat men toch zorg krijgt voor een niet gevoelde behoefte, verdient nader aandacht bij een vervolgonderzoek.

Vanwege de manier waarop de streekproef is getrokken (per cohort), zijn de resultaten per uitzendperiode representatief voor alle veteranen die in dezelfde periode zijn uitgezonden. De resultaten van alle uitzendperiodes samen gelden echter niet voor de gehele groep uitgezonden veteranen die niet meer in dienst is. Zo was in het Veteranen Registratie Systeem van medio 2014 de groep veteranen uit de Nieuw-Guineaperiode veel groter dan bijvoorbeeld de groep veteranen uit de meest recente uitzendperiode. Dat zou betekenen dat de uitkomsten van de groep Nieuw-Guineaveteranen veel zwaarder zouden moeten wegen dan de uitkomsten van de veteranen uit de meest recente uitzendperiode. In dit onderzoek is die 'weging' niet toegepast.

Omdat cohort geen effect heeft en de wijze van steekproeftrekken – aselect per cohort – beperkingen oplegt aan de generalisatie van de onderzoeksresultaten, zou een vervolgonderzoek met een aselechte steekproef uit de gehele groep veteranen kunnen volstaan.

## 8 Aanbevelingen

Het is aan de opdrachtgever van het onderzoek om – op basis van haar taakstelling als toezichthoudend orgaan op het LZV – aanbevelingen te formuleren die gericht zijn op betere zorg voor veteranen en hun thuisfront. Op basis van dit onderzoek willen de onderzoekers echter een eerste aanzet geven voor dergelijke aanbevelingen.

Allereerst kan *outreaching* veteraneenzorg een waardevolle aanvulling zijn op het bestaande zorgaanbod. Een deel van de zorgvragen waarvoor geen hulp is gezocht, bevindt zich bij veteranen die zich mogelijk in een sociaal isolement bevinden (weinig sociale steun, alleenstaand, werkloos, arbeidsongeschikt, etc.). Een invulling van *outreaching* zorg kan een informeel contact zijn dat men (waarbij nog niet nader gespecificeerd is wie 'men' is) op gezette tijden legt met elke veteraan. Ook kan het nuldelijns hulp hierbij mogelijk een rol spelen, zeker als zij goed geïnformeerd zijn over mogelijke risicofactoren zodat zij daar alert op kunnen zijn.

Ten tweede blijkt uit de antwoorden van veteranen met een zorgbehoefte die geen zorg zoeken dat er behoefte is om zelfstandig de problemen aan te pakken. Dit past bij de 'can-do'-mentaliteit die militairen kenmerkt. De zorg kan hierop inspelen door dat te respecteren en te inventariseren hoe de zelfredzaamheid versterkt kan worden.

Het thuisfront is voor veteranen die zorg zoeken en krijgen een belangrijke factor. Het thuisfront speelt een belangrijke rol bij het in gang zetten van een vraag om zorg. Maar het thuisfront verdient ook zelf steun en zorg. Verder speelt het thuisfront – en meer algemeen de directe sociale omgeving – een belangrijke rol als buffer bij het ontstaan of verergeren van klachten. De vraag of het huidige zorgsysteem voldoende inspelt op de behoeften en met name de rol van het thuisfront verdient een antwoord.

Ten vierde verdient het beeld van de veteraan als iemand met psychosociale problemen nuancering. Met de meeste veteranen gaat het goed; bij klachten leggen de veteranen in de meeste gevallen geen relatie met eerdere uitzendingen.

Tot slot biedt de reflectie op het huidige onderzoek aanknopingspunten om de opzet en uitvoering van vervolgonderzoek naar dit thema aan te passen.