

Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie

**Missie voltooid: de ervaren drempels tot zorg in
relatie tot klachten en hulpzoekgedrag onder
jonge veteranen**

P. Verholt

Universiteit Utrecht

Begeleiding: dr. S. de la Rie

Prof dr. R.J. Kleber

Onderzoek uitgevoerd bij Stichting Centrum '45

December 2012

Samenvatting

Een deel van de veteranen die op missie zijn geweest ontwikkelt klachten na afloop van een uitzending. Het zoeken van hulp blijkt een stap te zijn die niet, of pas na lange tijd gezet wordt. Het doel van dit huidige onderzoek is om de relatie tussen ervaren drempels tot zorg enerzijds en klachten en het zoeken naar hulp anderzijds, in kaart te brengen.

In dit onderzoek namen 33 jonge veteranen deel aan een semi-gestructureerd interview waarbij kwalitatieve en kwantitatieve gegevens verkregen werden omtrent de ervaren drempels tot zorg in relatie tot het zoeken naar hulp van veteranen met klachten. Het construct Drempels tot zorg wordt door Kim et al. (2011) geoperationaliseerd door de factoren Negatieve attitudes, Stigma en Organisatorische barrières. Verwacht wordt dat bij de kwalitatieve vragen over Drempels tot zorg dezelfde uitspraken worden genoemd als in de vertaalde Drempels tot zorg vragenlijst (*Perceived Barriers to Receiving Mental Health Care*) van Kim et al. (2011) en dat er op basis van deze uitspraken eenzelfde clustering kan worden gemaakt als in de reeds bestaande vragenlijst. Uit literatuur blijkt dat juist mensen met veel klachten, in hogere mate drempels tot zorg ervaren. Er wordt daarom verwacht dat veteranen met klachten meer drempels tot zorg ervaren dan veteranen zonder klachten. De *Theory of Planned Behavior*, een model dat gedrag tracht te voorspellen, wordt gebruikt om het gedrag Hulp zoeken voor psychische problemen te verklaren aan de hand van de factoren van de Drempels tot zorg vragenlijst. Verwacht wordt dat dit model een goed theoretisch kader biedt om dit gedrag te voorspellen. Er wordt onderzocht of de toe- of afname in scores op de Drempels tot zorg vragenlijst over tijd in relatie staat tot Tevredenheid met behandeling.

In de resultaten van dit onderzoek is allereerst te zien dat het merendeel van de antwoorden op de open vraag betreffende Drempels tot zorg niet overeen kwam met de stellingen van de reeds bestaande vragenlijst. Door de participanten in het huidige onderzoek werd opvallend vaak het niet erkennen/ontkennen van de klachten benoemd als drempel tot zorg. Tevens konden genoemde uitspraken niet worden onderverdeeld onder de drie bestaande factoren, hierom worden suggesties gedaan voor alternatieve clustering. Ten tweede wordt in dit onderzoek bevestigd dat veteranen met klachten in hogere mate drempels tot zorg ervaren dan veteranen die geen klachten ervaren. Participanten die boven de cutoff waarde scoren op de HTQ en HSCL scoren op de schalen Negatieve attitudes en Stigma significant hoger dan participanten die onder deze waarde scoren. Ten derde biedt de *Theory of Planned Behavior* in dit onderzoek geen geschikt theoretisch kader om Hulpzoekgedrag van veteranen te voorspellen, een alternatief model wordt voorgesteld. Tot slot is geen bevestiging gevonden voor de relatie tussen de daling van de drie factoren van de Drempels tot zorg vragenlijst en Tevredenheid met behandeling.

Om bovenstaande resultaten te kunnen ondersteunen, is het wenselijk zowel de kwantitatieve als kwalitatieve opzet van huidig onderzoek op grotere schaal uit te voeren. Een kritische blik op het reeds bestaand instrumentarium om Drempels tot zorg te meten wordt sterk aanbevolen. Het opstellen van een model waarbij het onderkennen en interpreteren van disstress en problemen wordt opgenomen lijkt van toegevoegde waarde. Interventies om Negatieve attitudes en Organisatorische barrières te verminderen zijn nodig, effectonderzoek naar de voorgestelde interventies is wenselijk.

Voorwoord

Voor deze masterthesis heb ik, samen met medestudente Jet Rooijmans, bij Stichting Centrum '45 meegewerkt aan het project 'Uw mening, onze missie'. Ik heb mij verdiept in de veteranenwereld die voor mij nog geheel onbekend was. Hoewel veteranen maar twee woorden nodig hebben om elkaar te begrijpen, hebben ze mij als buitenstaander toegelaten in hun wereld. Van Friesland tot Limburg ben ik afgereisd om de geworven veteranen te interviewen. Ik heb daardoor boeiende en interessante verhalen gehoord over kameraadschap, maar veelal ook over schokkende gebeurtenissen. Met plezier en enthousiasme heb ik gewerkt aan deze thesis, waarin ik een onderwerp heb belicht dat mij van begin tot eind geïntrigeerd heeft: drempels tot zorg. Dankbaar ben ik voor de verantwoordelijkheden die Jet en ik kregen om een grote uitvoerende factor te zijn voor het project, waarin wij zelfstandig te werk mochten gaan. Belangrijk om te vermelden, is dat deze thesis overlap vertoont met de thesis van Jet Rooijmans. Echter, wij hebben ervoor gekozen ieder een eigen onderwerp verder uit te lichten waardoor beide theses een eigen karakter hebben gekregen.

Mijn dank gaat allereerst uit naar de veteranen die mij hun verhaal hebben verteld, zonder hun openhartigheid was deze masterthesis niet tot stand gekomen. Daarnaast zijn er een aantal andere mensen die ik wil bedanken voor hun bijdrage aan deze thesis. Als tweede bedank ik Simone de la Rie, voor de begeleiding en haar kritische blik. Simone Andringa wil ik bedanken, voor de coördinatie van het project en het feit dat ze altijd hulp wilde bieden. Als vierde wil ik Rolf Kleber bedanken voor de vrijheid die wij kregen in het uitvoeren van deze afstudeeropdracht en de feedback op mijn thesis. Als allerlaatste wil ik zowel mijn dank als bewondering uitspreken aan Jet Rooijmans. We hebben samen vele uren in de bibliotheek, in onze flexkamer in Diemen en in de trein doorgebracht en ik heb deze samenwerking als zeer prettig ervaren. Met het afronden van deze onvergetelijke ervaring ga ik een nieuwe uitdaging aan voor het afronden van mijn master; de praktijkstage. Ondertussen kijk ik met trots terug op dit prachtige resultaat.

Paula Verholt

Utrecht, december 2012

“Destijds vond ik dat niet, maar nu denk ik wel eens; had maar eens een keer links of rechts gepraat.

Noem het maar eens gewoon een keer van je afpraten. In feite, lijkt het wel op bijvoorbeeld wat jij nou doet (...) Nou word je eindelijk een keer gedwongen om het helemaal terug te spoelen.”

- Libanon veteraan

Inhoudsopgave

<i>Samenvatting</i>	2
<i>Voorwoord</i>	3
<i>Inhoudsopgave</i>	4
1 Inleiding	6
1.1 Ontstaan van klachten	7
1.2 Hulpzoekgedrag	9
1.3 Mogelijkheden tot hulpverlening	9
1.4 Drempels tot zorg	10
1.5 Theory of Planned Behavior.....	11
1.6 Doel en relevantie onderzoek	12
1.7 Verwachtingen.....	12
1.7.1 Verwachting 1	12
1.7.2 Verwachting 2	13
1.7.3 Verwachting 3	13
1.7.4 Exploratief onderzoek	13
2 Methoden	15
2.1 Project	15
2.2 Werving	15
2.3 Participanten	16
2.4 Data huidig onderzoek	17
2.4.1 Kwalitatieve gegevens	17
2.4.2 Kwantitatieve gegevens	18
3 Resultaten	21
3.1.1 Verwachting 1.1	21
3.1.2 Verwachting 1.2	21
3.2.1 Verwachting 2.1	22
3.2.2 Verwachting 2.2	23
3.3 Verwachting 3	24
3.4 Exploratief onderzoek	25

4	Discussie	27
4.1	Verwachting 1	27
4.2	Verwachting 2.....	28
4.3	Verwachting 3	29
4.4	Exploratief onderzoek	30
4.5	Conclusie	31
 <i>Literatuurlijst.....</i>		 33
<i>Bijlage 1</i>	<i>Benadering deelnemers</i>	<i>36</i>
<i>Bijlage 2</i>	<i>Perceived Barriers to Mental Health Care</i>	<i>37</i>
<i>Bijlage 3</i>	<i>Clustering Kwalitatieve uitspraken Drempels tot zorg</i>	<i>39</i>

1 Inleiding

“ ... want als er ergens oorlog is dan heb je 100 klootzakken en je hebt 100.000 onschuldige burgers die daar ook maar toevallig rondlopen en die er dan middenin zitten. Ja, en die kiezen er niet voor. En het feit dat je ook maar iets - al is het maar een klein steentje - bij kan dragen aan iets van rust voor die mensen... Ja dat heeft mij altijd wel heel trots gemaakt.”

- Bosnië veteraan

“ ... dat komt ook door de moeilijke omstandigheden, dan ben je heel erg aangewezen op je collega's. Hoe moeilijker het wordt, hoe meer waarde ik daaraan hecht. Echt kameraadschap, dat bestaat écht. Dat heb ik daarna niet meer meegemaakt.”

- Bosnië veteraan

Het inzetten van Nederlandse militairen tijdens internationale vredesoperaties is in deze tijd een actueel onderwerp van zowel politieke als maatschappelijke discussie. De eerste grote vredesmissie onder de vlag van de Verenigde Naties (VN) waarbij Nederlandse militairen werden uitgezonden, betrof United Nations Interim Force in Libanon (UNIFIL; '79-'85). Tot op heden zijn ongeveer 90.000 Nederlandse militairen ingezet in internationale vredesoperaties (Kennis en onderzoekscentrum Veteraneninstituut, 2011). Hoewel het mandaat per missie verschilt, wordt deze gekenmerkt door een min of meer passieve houding van Nederlandse militairen tussen de strijdende partijen (Ministerie van Defensie, 2010). Met een groeiend aantal militairen dat op uitzending is geweest, groeit ook het aantal veteranen dat Nederland kent. Volgens de Nederlandse definitie is een veteraan 'een gewezen militair die het koninkrijk tijdens een oorlog of een daarmee vergelijkbare internationale operatie heeft gediend'. Ofwel, om als veteraan aangemerkt te worden dient iemand aan twee voorwaarden te voldoen: als militair gediend hebben tijdens een oorlog of internationale vredesoperatie, en hij of zij moet de actieve dienst hebben verlaten (Weerts, 2008). Een recente ontwikkeling zal in de nabije toekomst zorgen voor een verruiming van de definitie van het begrip 'veteraan'. De kamerbreed aangenomen Initiatiefwet Veteranen zal naar verwachting in het voorjaar van 2012 van kracht worden, waardoor ook actief dienende militairen die op uitzending zijn geweest de veteranenstatus toegewezen krijgen¹ (Veteraneninstituut, 2011).

¹ Hoewel deze wet officieel nog niet in werking is getreden, is in dit onderzoek al wel gebruikt gemaakt van deze ruimere definitie. Wanneer in dit onderzoek gesproken wordt over een 'veteraan', betreft dit zowel actief dienende militairen als oud-militairen die de dienst hebben verlaten. Tevens wordt met deze term zowel een mannelijke als een vrouwelijke veteraan bedoeld.

Naast deze verruiming van het begrip 'veteraan', bestaat er nog een andere aangenomen categorisering binnen de groep veteranen. Door een historisch verschil wat betreft de aard van de missies waarbij Nederlandse militairen betrokken zijn geweest, is een onderscheid te maken tussen twee generaties veteranen, de zogeheten 'jonge' en de 'oude' veteranen. Onder de 'oude veteranen' vallen de militairen die gediend hebben tijdens de Tweede Wereldoorlog, de Indonesische dekolonisatiestrijd, de Korea-oorlog, en het conflict om Nieuw-Guinea (Esch, Bramsen, Sonnenberg, Merlijn, & van der Ploeg, 1998). De generatie 'jonge veteranen' bestaat uit militairen die vanaf 1979 op missie zijn uitgezonden. In dit onderzoek zijn uitsluitend jonge veteranen betrokken. Het zoeken van hulp blijkt een stap te zijn die niet, of pas na lange tijd gezet wordt. Het doel van dit huidige onderzoek is om de relatie tussen ervaren drempels tot zorg enerzijds en klachten en het zoeken naar hulp anderzijds, in kaart te brengen. Deze onderwerpen worden nu nader belicht.

1.1 Ontstaan van klachten

Tijdens de missies naar Libanon en Bosnië werkten militairen vooral als buffer. In latere missies worden militairen tevens betrokken bij de opbouw van een democratisch staatsbestel, herstel van de infrastructuur en het op gang brengen van de lokale economie. Ofschoon deze missies een vreedzaam karakter vertonen, blijkt toch dat militairen blootgesteld kunnen worden aan zeer ingrijpende situaties als beschietingen, zelfmoordaanslagen of menselijk leed. Doordat men alleen onder strikte voorwaarden geweld mag gebruiken, neutraal moet blijven en beperkt is in zijn of haar mogelijkheden in dergelijke stressvolle situaties, kunnen gevoelens van machteloosheid en agressie ontstaan (Dirkzwager & Bramsen, 2008).

Een deel van de veteranen die op missie is geweest ontwikkelt klachten (Dirkzwager & Bramsen, 2008). Wanneer deze klachten een langere tijd aanhouden en een beperking vormen in het functioneren van de veteraan, kan er sprake zijn van een stoornis. De meest voorkomende klachten betreffen (een combinatie van) posttraumatische stressstoornis (PTSS), stemmingsstoornissen, overige angststoornissen en verslavingsproblematiek (alcohol, drugs) (Weerts, 2008). De negatieve gevolgen van een uitzending worden vaak uitgedrukt in termen van een PTSS. Het hebben van een PTSS wordt geassocieerd met beperkingen op een aantal belangrijke levensgebieden. Moeilijkheden met, of het beperkt zijn in werk stijgen naarmate iemand meer PTSS symptomen heeft (Rona et al., 2009). Tevens is PTSS gerelateerd aan een verhoogde kans op werkloosheid. Daarnaast zijn cijfers over het overwegen van scheiding en het daadwerkelijk scheiden van een partner verhoogd onder veteranen met een PTSS (Schnurr, Lunney, Bovin & Marx, 2009).

Hoeveel militairen PTSS ontwikkelen na een uitzending blijft onduidelijk; de uitkomsten van onderzoeken verschillen sterk. Ook binnen onderzoeken worden verschillen tussen

onderzoekspopulaties gevonden. Onderzoek naar de gevolgen van de vredesmissie naar Irak laat verschillen zien in PTSS scores tussen bataljons. Waar binnen de SFIR3 17 tot 21 procent van de militairen voldeed aan de criteria voor PTSS, werden binnen de SFIR5 waarden tussen de 0 en 6 procent PTSS gevonden (Engelhard, van den Hout, Weerts, Arntz, Hox & McNally, 2007). In een steekproef onder Amerikaanse soldaten die uitgezonden zijn naar Irak wordt het vóórkomen van PTSS hoger ingeschat; ruim 12-19 procent voldoet aan de criteria voor PTSS. Daarnaast worden in deze steekproef hoge percentages angststoornissen en depressies gevonden (Hoge et al., 2004). Amerikaans onderzoek is echter niet zonder meer generaliseerbaar naar militairen die uitgezonden zijn onder de Nederlandse vlag. Amerikaanse soldaten gaan op oorlogsmissie, in tegenstelling tot de vredesmissies waarvoor Nederlandse militairen uitgezonden worden. In een grootschalig onderzoek van Dirkzwager en Bramsen (2008) is onderzocht in hoeverre PTSS voorkomt bij Nederlandse veteranen van vredesmissies. Het overgrote deel van de onderzoekspopulatie (N=3500) ontwikkelde geen PTSS, maar 15,5 procent vertoonde wel posttraumatische stressreacties en 5,6 procent voldeed aan alle criteria.

Er zijn aanwijzingen dat PTSS een hardnekkig probleem kan worden. Onder de groep Libanonveteranen, bij wie de missie op het moment van onderzoek minimaal vijftien jaar terug dateerde, voldeed 6 procent aan de PTSS criteria (Dirkzwager & Bramsen, 2008). Dit beeld van hardnekkige klachten wordt bevestigd door onderzoek van een UNIFIL-projectgroep, deze resultaten wijzen uit dat Libanonveteranen in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking een slechtere psychische gezondheid in het algemeen, meer posttraumatische stressklachten, meer slaapproblemen en meer gevoelens van boosheid ervaren (Mouthaan et al., 2005).

De oorzaak van het krijgen van een PTSS lijkt makkelijk aan te wijzen, immers: iemand heeft een duidelijk te identificeren schokkende gebeurtenis meegemaakt waaraan deze aandoening kan worden toegeschreven. Toch verklaart dit niet waarom niet alle militairen die een ingrijpende situatie hebben meegemaakt, PTSS ontwikkelen. Uit onderzoek blijkt het lastig te zijn om factoren te vinden die militairen met PTSS onderscheiden van militairen die deze stoornis niet ontwikkelen. Wel blijkt dat in vergelijking met militairen die geen klachten ontwikkeld hebben, militairen die voldoen aan de criteria van PTSS een hogere score op deze symptomen voorafgaand aan vertrek hebben en meer gerapporteerde negatieve gebeurtenissen op missie meegemaakt hebben (Engelhard et al., 2007). Deze lineaire relatie tussen het meemaken van incidenten en PTSS symptomen wordt tevens aangetoond door Hoge et al. (2004). Daarnaast wordt een hoge mate van de persoonlijkheidstrekken neuroticisme en zelfkritiek significant geassocieerd met PTSS bij oorlogsveteranen (Cox, MacPherson, Enns & McWilliams, 2004). In dit onderzoek blijft echter onduidelijk of deze hoge mate van de genoemde persoonlijkheidstrekken voorspellers van PTSS zijn, of consequenties. Een kleiner hippocampaal volume wordt ook in verband gebracht met PTSS onder veteranen. In een

tweelingonderzoek van Gilbertson et al. (2002) blijkt dat tweelingbroers van veteranen met PTSS die zelf niet zijn blootgesteld aan de oorlog, vergelijkbare hippocampale volumes laten zien. Deze tweelingbroers hebben significant minder volume in vergelijking met oorlogsveteranen zonder PTSS en hun tweelingbroers. Dit resultaat wekt de suggestie dat een kleinere hippocampus een vooraf bestaande, familiale kwetsbaarheidfactor zijn, in plaats van een neurotoxisch resultaat van de blootstelling aan een schokkende gebeurtenis.

Daarnaast werden in een meta-analyse van Ozer, Best, Lipsey en Weiss (2008) het ervaren van levensbedreiging tijdens de traumatische gebeurtenis, ervaren steun na de traumatische gebeurtenis en hogere waarden van emotionaliteit en dissociaties tijdens of meteen na de traumatische ervaring als grootste predictor gevonden van het krijgen van PTSS (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2008). In bovenstaande studies lijkt een begin gemaakt te zijn aan de zoektocht naar predictoren van het wel of niet krijgen van PTSS na een schokkende gebeurtenis.

1.2 Hulpzoekgedrag

De psychosociale problemen die geassocieerd worden met PTSS en de hardnekkigheid van deze aandoening geven het belang van behandeling voor deze klachten aan. Als voordelen van het krijgen van hulp noemen veteranen verbetering met betrekking tot symptomen, iemand die de symptomen begrijpt en als resultaat het weer 'normaal' worden. Daarnaast geeft de meerderheid aan dat iedereen hun besluit om hulp te zoeken aan zou moedigen en dat ook Defensie hun keuze zou ondersteunen (Stecker, Fortney, Hamilton, Ajzen, 2007). Toch blijkt het zoeken van hulp een stap te zijn die pas na lange tijd gezet wordt. Gemiddeld 9,7 jaar na de laatste uitzending melden veteranen zich voor het eerst aan voor behandeling. Een combinatie van vermijding en het niet in verband brengen van de klachten met het militaire verleden door zowel de veteraan als de geraadpleegde artsen vormen hiervoor deels de verklaring (Hopman, 2008).

1.3 Mogelijkheden tot hulpverlening

Wanneer een veteraan in Nederland de stap naar hulpverlening zet, bestaan er meerdere mogelijkheden om in zorg terecht te komen. Actief dienende militairen vallen door de zorgplicht van Defensie als werkgever onder de militair geneeskundige zorg. Voor veteranen die de actieve dienst hebben verlaten bestaat een andere route tot hulpverlening. Sinds 2007 bestaat het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV), waarbij zeventien gespecialiseerde zorginstellingen verspreid over het land zijn aangesloten. Het LZV kent één Centraal Aanmeld Punt (CAP), met één telefoonnummer voor alle vragen van veteranen en verwijzers (0343-474184) (Hopman, 2008). Er wordt gewerkt volgens het principe van stepped-care, waarbij conform de omvang van de hulpvraag en problematiek zorg op maat kan worden geboden. De diensten lopen uiteen van maatschappelijke ondersteuning tot

gespecialiseerde behandeling binnen de topklinische zorg, welke zowel voor de veteraan als zijn directe verwanten toegankelijk is (LZV-groep, 2012).

1.4 Drempels tot zorg

“In plaats van dat je gebruik maakt van hulpverlening ging je ze eigenlijk eerder zien als vijanden dan mensen die je kunnen helpen. Maar ook schaamte in dat opzicht, dat je denkt dat jij de enige in heel Nederland bent die daar last van heeft (...) in die periode denk je dat jij de enige bent hier die zo gek als een deur wordt.”

- Libanon veteraan

Hoewel de symptomen van PTSS in ernstige mate het functioneren van een persoon kunnen verstoren, toont onderzoek van Hoge et al. (2004) aan dat maar 38 tot 45 procent van de militairen die voldeden aan de criteria voor een psychische stoornis geïnteresseerd waren in hulp hiervoor. Het daadwerkelijk ontvangen van professionele hulp voor klachten en problemen werd door 23 tot 40 procent gerapporteerd. In een onderzoek van Fikretoglu, Guay, Pedlar en Brunet (2008) ontving circa één derde van de militairen die positief gescreend waren op een psychische stoornis counseling of therapie. Nog lagere percentages werden gevonden in het onderzoek van Kim, Britt, Klocko, Riviere en Adler (2011), waarin maar 19 procent van de soldaten die een psychisch probleem rapporteerden, gebruik maakten van een psychische gezondheidsinstelling.

Hoewel voordelen van therapie erkend worden, zijn er blijkbaar overheersende nadelen die bij de afweging resulteren in het niet-initiëren van hulp voor psychische problemen. Militairen geven aan meer moeite te hebben met het bediscussiëren van psychologische problemen dan het bespreken van medische problemen (Britt, 2007). Een construct wat hiermee samenhangt is het stigma rond (hulp voor) psychische problemen, men is bezorgder over stigma voor psychische problemen in vergelijking met stigma voor medische problemen. Stigma wordt geoperationaliseerd als publieke overtuigingen, vooroordelen en stereotypen die, wanneer geïnternaliseerd, schade aan iemand zijn/haar eigenwaarde kan aanrichten en het zoeken van behandeling kan belemmeren (Kim et al., 2011). Zelf-stigma is de internalisatie van hoe het generale publiek mensen portretteert met een mentale ziekte, en het geloof hierin. Individuen willen geen hulp zoeken, aangezien het zoeken van hulp resulteert in de negatieve consequenties geassocieerd met het label van het zoeken van behandeling (Britt, Greene-Shortridge, Nquyen & Rath, 2008). Voorbeelden van Stigma die militairen ervaren zijn ‘Ik zou worden gezien als zwak’ en ‘Collega’s uit mijn eenheid zouden minder vertrouwen in me hebben’ (Kim et al., 2011). Opvallend is dat militairen die voldeden aan de screening criteria voor een psychische stoornis twee keer zo waarschijnlijk bezorgdheid over het gestigmatiseerd

worden rapporteren dan militairen die niet aan deze criteria voldoen (Hoge et al., 2004). Deze bevinding is meerdere malen gerepliceerd (Britt et al., 2008; Kim et al., 2011; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley & Southwick, 2009).

Naast Stigma kunnen Negatieve attitudes ten opzichte van hulp voor psychische problemen een belemmering zijn om hulp te zoeken. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de verwachting van therapie als geanticipeerd nut of het vertrouwen in hulpverleners. Van militairen die Negatieve attitudes rapporteerden is de kans 40 procent kleiner dat zij hulp voor psychische problemen initiëren. Ook bij Negatieve attitudes geldt; bij militairen die voldoen aan de criteria voor een psychische stoornis is het twee keer zo waarschijnlijk dat zij deze attitudes rapporteren. Wanneer men de voordelen van hulp voor psychische problemen groter inschat dan de nadelen van stigma en negatieve attitudes, kunnen verdere barrières tot zorg er alsnog toe leiden dat men geen hulp zoekt (Kim et al., 2011). De afwezigheid van het gevoel van controle over de mogelijkheid om tijd en bronnen voor behandeling te vinden speelt hier een rol in. Voorbeelden hiervan zijn het niet weten waar hulp te krijgen is of denken dat men geen vrij van het werk kan krijgen voor behandeling (Britt et al., 2008). Deze drempels worden wederom vaker ervaren door militairen gediagnosticeerd met een psychische stoornis dan militairen zonder deze stoornis (Kim et al., 2011; Dirkzwager & Bramsen, 2008). Andere redenen om zorg te mijden onder militairen met psychische problemen zijn bijvoorbeeld denken dat de klachten niet erg genoeg zijn, of het helemaal niet erkennen van de klachten (Dirkzwager & Bramsen, 2008; Fikretoglu et al., 2008). Kortom, bovenstaande literatuur wijst uit dat juist de mensen die behandeling nodig hebben, drempels tot zorg ervaren.

1.5 The Theory of Planned Behavior

Een model dat gedrag tracht te voorspellen is de *Theory of Planned Behavior* (TPB; Ajzen, 1991). Centraal in deze theorie staat de intentie om dit gedrag uit te voeren, waarbij; hoe sterker de intentie, hoe waarschijnlijker dat het gedrag wordt uitgevoerd. De intentie wordt verklaard door drie factoren, namelijk attitudes tegenover het gedrag, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole. Samen met de intentie heeft de waargenomen gedragscontrole, de waargenomen makkelijk- of moeilijkheid van het uitvoeren van het gedrag, een directe invloed op het uit te voeren gedrag. Attitudes refereren aan de mate waarin een persoon een positief of negatieve evaluatie of waardering heeft van het uit te voeren gedrag. De subjectieve norm wordt geoperationaliseerd door de waargenomen sociale druk om het gedrag wel of niet uit te voeren.

Meerdere malen is de TPB in verband gebracht met Hulpzoekgedrag. Het model wordt voorgesteld bij het voorspellen van het zoeken van medische hulp voor een acuut hartinfarct (Waller, 2006) en borstkanker (Bish, Ramirez, Burgess & Hunter, 2005). Godin en Kok (1996; in Connor &

Armitage, 2006) rapporteren dat 34 procent van gezondheidsbevorderend gedrag verklaard wordt door de componenten van de TPB.

In het huidige onderzoek worden constructen gebruikt die kenmerkend zijn voor de factoren van de TPB. De Perceived Barriers to Mental Health Care (verder aangeduid als Drempels tot zorg vragenlijst) is een vragenlijst waarin de domeinen Stigma, Negatieve attituden en Organisatorische barrières tot hulp voor psychische problemen worden geïnventariseerd (Kim et al., 2011). Met deze vragenlijst wordt getracht een volledig beeld te geven van drempels die ervaren kunnen worden omtrent het zoeken naar hulp. Subjectieve norm is te vergelijken met Stigma, Waargenomen gedragscontrole met Organisatorische barrières en het concept Attituden komt overeen met de Negatieve attituden die in dit onderzoek gebruikt worden. Het uit te voeren gedrag wordt in het kader van dit onderzoek geoperationaliseerd in de vorm van het zoeken naar hulp voor psychische klachten. In het onderzoek van Kim et al. (2011) werden deze factoren eveneens in verband gebracht met het zoeken van professionele hulp. Alleen Negatieve attituden bleken hierbij voorspellend te zijn in het verklaren van de variantie van Hulpzoekgedrag.

1.6 Relevantie en doel

Zoals in bovenstaande literatuur naar voren komt, is een missie niet afgerond bij terugkeer in Nederland. Bij een minderheid van de militairen ontstaan psychische klachten. Het zoeken van hulp voor deze problemen is niet voor alle militairen vanzelfsprekend. Meerdere onderzoeken hebben het belang van onderliggende drempels tot het zoeken van hulp onderstreept. In het huidige onderzoek wordt getracht deze onderliggende mechanismen in kaart te brengen. Door het gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens wordt het mogelijk om met een kritische blik naar het huidige instrumentarium te kijken en hier eventueel kanttekeningen bij te plaatsen.

Een ander relevante invalshoek in huidig onderzoek is het repliceren van bevindingen uit eerdere studies, waarin een sterk verband werd gevonden tussen drempels tot zorg en het ervaren van klachten. Deze bevindingen zijn echter afkomstig uit onderzoek bij militairen die onder de Amerikaanse vlag zijn uitgezonden. Tot op heden is onduidelijk of deze relatie ook bestaat bij Nederlandse militairen, daarom wordt getracht dit verband te repliceren .

Ten derde wordt met het gebruik van de TPB een eerste poging ondernomen om Hulpzoekgedrag onder veteranen in een theoretisch kader te plaatsen. Door meer inzicht te krijgen in de variabelen die Hulpzoekgedrag verklaren kan men inspelen op de belangrijkste drempels die veteranen belemmeren om hulp te zoeken. Op deze manier leveren wij een bijdrage aan de belangrijke missie om ervoor te zorgen dat veteranen die hulp behoeven voor psychische klachten, deze hulp zoeken en ontvangen.

1.7 Verwachtingen

1.7.1. Verwachting 1

1.1 Zoals eerder werd vermeld, wordt met de vragenlijst van Kim et al. (2011) getracht een volledig beeld te geven van drempels die ervaren kunnen worden omtrent het zoeken naar hulp voor psychische klachten. Wanneer met een open vraag aan veteranen gevraagd wordt welke drempels zij nu en in het verleden hebben ervaren, zoals in huidig onderzoek is uitgevoerd, wordt om deze reden verwacht dat de antwoorden op de kwalitatieve vragen over Drempels tot zorg overeenkomen met de stellingen in de Drempels tot zorg vragenlijst.

1.2 In dit onderzoek worden de uitspraken op een betekenisvolle inhoudelijke manier geclusterd. Een bijbehorende verwachting die in huidig onderzoek is opgesteld is dat op basis van de genoemde uitspraken eenzelfde clusterstructuur onderscheiden kan worden als in de vragenlijst van Kim et al. (2011).

1.7.2 Verwachting 2

2.1 Ten tweede wordt in dit onderzoek verwacht dat mensen die aangeven in dienst klachten te ervaren, hoger scoren op de Drempels tot zorg vragenlijst voor hoe zij de drempels ten tijde van terugkeer ervoeren dan mensen die aangeven in dienst geen klachten te ervaren.

2.2 De bijbehorende verwachting in dit onderzoek is dat participanten die boven de cut-off score uitkomen op de HTQ en de schalen Angst en Depressie van de HSCL significant hoger scoren op de Drempels tot zorg vragenlijst voor hoe zij deze nu ervaren dan participanten die onder deze cut-off score uitkomen.

1.7.3 Verwachting 3

De verwachting voor huidig onderzoek met betrekking tot het TPB-model zoals hierboven toegelicht, is dat de TPB een theoretisch kader biedt om het gedrag hulp zoeken te verklaren. De schalen van de Drempels tot zorg vragenlijst worden verondersteld significante voorspellers te zijn in het verklaren van de tijd tot hulp zoeken.

1.7.4 Exploratief onderzoek

De opzet van huidig onderzoek en de daarbij verkregen data bieden een goede basis voor het uitvoeren van exploratief onderzoek. De verwachtingen zoals opgesteld in dit onderzoek, zijn alle gebaseerd op bevindingen in de tot op heden verrichte onderzoeken op het gebied van Drempels tot zorg en het zoeken van hulp bij het ervaren van klachten. Weinig is echter bekend over de invloed van Tevredenheid met behandeling op Drempels tot zorg. De meeste onderzoeken zijn gericht op de relatie tussen de ervaren drempels en het eerste contact met hulpverlening (Britt et al., 2011; Kim et

al., 2011; Stecker et al., 2007), maar of dit gevolgen heeft voor de mate van drempels die iemand ervaart, is een gebied wat nog nauwelijks is onderzocht. Dit is de reden dat in huidig onderzoek gekeken is naar deze relatie. Er wordt onderzocht of er een lineair verband bestaat tussen Tevredenheid met behandeling en de afname van de ervaren Drempels tot zorg na terugkeer van missie en de huidige ervaren drempels.

2 Methoden

2.1 Project

Dit onderzoek is verricht in het kader van het Veteranenproject 'Uw mening, onze missie'. Stichting Centrum '45 en het Veteraneninstituut hebben het initiatief genomen om vanuit het perspectief van de veteraan en zijn partner/gezinsleden de behoefte aan zorg in kaart te brengen. In het project 'Uw mening, onze missie' staat het verbeteren van de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg centraal. Door middel van het afnemen van semi-gestructureerde interviews met zowel veteranen als hun partners worden de zorgbehoefte, zorgconsumptie en de ervaringen en opvattingen omtrent zorg systematisch onderzocht. Daarbij wordt gekeken naar de uitzendervaringen, eventuele klachten, veerkracht en gezinsbelasting.

In deze bijdrage is met een deel van de tot op heden verzamelde data getracht een aantal specifieke vragen te beantwoorden. De focus van dit onderzoek is de ervaren drempels tot zorg in relatie tot klachten en het zoeken naar hulp. Er wordt een overkoepelend model ontwikkeld, waarvan in deze bijdrage een deel zal worden uitgelicht.

2.2 Werving

Van april 2011 tot december 2011 zijn de participanten op diverse manieren voor het onderzoek geworven. Omdat er geen representatief databestand van veteranen voor dit project ter beschikking stond, was het niet mogelijk om een representatieve steekproef te trekken.

Ten eerste zijn mogelijke deelnemers tijdens het bezoeken van reünies en bijeenkomsten voor veteranen persoonlijk benaderd door de onderzoekers met de vraag of zij geïnteresseerd waren in deelname. Het selectie criterium was hierbij dat het jonge veteranen betrof die hebben deelgenomen aan een of meer van de uitzendingen sinds UNIFIL in Libanon (1979-1986), ongeacht of zij na hun missie klachten hebben ontwikkeld of dat zij in aanraking zijn gekomen met hulpverlening. Bij interesse van de veteraan voor deelname aan het project zijn contactgegevens genoteerd, waarna zij per mail benaderd werden voor een afspraak (zie bijlage 1 voor voorbeeldbrief). Zestien veteranen zijn op deze manier benaderd, waarna bij negen veteranen een interview is afgenomen. Onder de non-responders (56,25%) bevonden zich mensen die ook na een eenmalige herinnering niet meer reageerden, tevens werden praktische redenen opgegeven om af te zien van deelname ('te druk met werk'). Daarnaast is een databestand aangeschreven, bestaand uit veteranen die eerder hebben meegewerkt aan andere onderzoeken, of mensen die actief zijn in de veteranenwereld. Hieruit volgden zeven interviews.

Er is geworven onder de cliënten van Stichting Centrum '45, waar veteranen in behandeling zijn. In de kliniek gaven vier veteranen zich op voor deelname, allen hebben zij deelgenomen aan het project. Tijdens werving in de dagkliniek hebben elf participanten hun medewerking toegezegd, acht van hen hebben deelgenomen (non-respons = 27%, reden: 'geen interesse meer').

De folder van het project is via diverse media verspreid. Een oproep in het blad *Checkpoint* (van het Veteraneninstituut, bedoeld voor veteranenpashouders) resulteerde in één aanmelding. Oproepen op diverse social media (Facebook en Hyves) leverden eveneens één participant op. Tot slot is geworven in het eigen netwerk van de onderzoekers, waaruit twee participanten volgden.

2.3 Participanten

Er zijn in totaal 33 participanten geïnccludeerd in het huidige onderzoek, het merendeel van de participanten is man (94%, N = 31). De leeftijd varieerde van 28 tot 63 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar (SD = 9.19). De meeste participanten waren niet meer in dienst van Defensie (N = 30), de overige participanten waren ten tijde van het onderzoek nog wel in dienst van Defensie (N = 3), maar kunnen volgens de nieuwe richtlijn wel als 'veteraan' worden aangemerkt. Van de participanten gaf 57,6% aan gehuwd te zijn (N = 19), 18,2% ongehuwd samenwonend (N = 6), en hetzelfde percentage van de deelnemers (18,2%) gaf aan gescheiden te zijn. Door de overige 6% van de participanten werd geen burgerlijke staat opgegeven (N = 2). De veteranen waren gemiddeld op 1 uitzending geweest (M = 1.58, SD = 1.238), met een maximum van zes missies. In tabel 1 is een overzicht gegeven van het aantal participanten dat heeft deelgenomen aan diverse missies, op volgorde van missie.

Tabel 1: Frequenties participanten dat heeft deelgenomen aan diverse missies, aangegeven op volgorde van missie

Land van uitzending*	1 ^e missie	2 ^e missie	3 ^e missie	4 ^e missie	5 ^e missie	6 ^e missie
Libanon	15	-	-	-	-	-
Voormalig Joegoslavië	13	5	-	-	-	1
Cambodja	2	-	-	-	-	-
Haiti	-	1	-	-	-	-
Kazachstan	1	-	-	-	-	-
Afghanistan	1	1	1	1	1	-

*Libanon (UNIFIL, '79-'85), voormalig Joegoslavië (Bosnië, Kroatië; UNPROFOR, '92-'95; IFOR, '95-'96; SFOR, '96-'04; Kosovo, (UNMIK en KFOR, '99-'00)), Cambodja (diverse missies, '92-'93), Haïti (UMNIH, '93-'96); Kazachstan (gegevens onbekend); Afghanistan (ISAF, '06-'10).

2.4 Data huidig onderzoek

De dataverzameling vond plaats in de periode augustus 2011 tot februari 2012 en bestond uit twee onderdelen, het semi-gestructureerde interview en een selectie vragenlijsten. Het interview en de vragenlijsten zijn samengesteld door de projectgroep van 'Uw mening, onze missie', onder leiding van mevrouw dr. S. de la Rie. In huidig onderzoek is een selectie gemaakt uit de open en gesloten vragen uit het interview, waaruit zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens volgden.

2.4.1 Kwalitatieve gegevens

Instrumenten

Het semigestructureerde interview bestaat uit open en gesloten vragen. In het huidige onderzoek is een selectie gemaakt van twee open vragen uit het interview, met als onderwerp de ervaren drempels tot het zoeken van hulp. Deze vraag werd tweemaal gesteld. In eerste instantie werd over de periode als militair gevraagd: 'Waren er voor u drempels om hulp te zoeken?', waarop men 'ja' of 'nee' kon antwoorden. Bij het beantwoorden met 'ja' werd gevraagd om een toelichting ('Zo ja, welke?'). Dezelfde vraag werd gesteld voor de periode als veteraan ('Waren/zijn er voor u drempels om hulp te zoeken?'). De antwoorden op deze vragen zijn opgenomen met een voicerecorder, de antwoorden zijn na afloop letterlijk genoteerd.

Procedure

Het merendeel van de interviews vond plaats bij de participant thuis, een aantal interviews zijn afgenomen in de kliniek van Stichting Centrum '45 (locatie Oegstgeest). Van tevoren werd aan de participant het verloop en het doel van het interview uitgelegd, werd er gewezen op het recht om bepaalde vragen niet te beantwoorden en werd de anonieme verwerking van de gegevens toegelicht. Ook werd toestemming gevraagd om geluidsopnames te maken van het interview in verband met het uitwerken van het gesprek. Hierna was er ruimte voor eventuele vragen van de participant. Vervolgens werd de participant verzocht een Informed Consent te tekenen. Over het algemeen duurden de gesprekken één tot twee uur.

Analyse

Het analyseren van de kwalitatieve gegevens is in een aantal stappen handmatig uitgevoerd door de onderzoekers, onder supervisie van dr. Simone de la Rie. Voor beide open vragen aangaande drempels tot het zoeken van zorg (als militair en als veteraan) werden de antwoorden per participant bekeken en werden de gedane uitspraken omtrent de ervaren drempels zorgvuldig gemarkeerd. Vervolgens werden de gemarkeerde uitspraken van gelijke strekking geturfd. In de volgende stap vond een brede clustering van de uitspraken plaats, waarna in de derde stap een aantal clusters

onder een gemeenschappelijke categorie werd ingedeeld. Middels de frequenties van de gedane uitspraken in de overkoepelende categorieën heeft een handmatige analyse plaatsgevonden.

2.4.2 Kwantitatieve gegevens

Instrumenten

De data voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek werden vergaard uit zowel het interview als uit de selectie vragenlijsten die na afloop van het interview door de participant zelf werd ingevuld.

Drempels tot zorg werden gemeten aan de hand van de Perceived Barriers to Mental Health Care (Kim et al., 2011), deze vragenlijst is voor dit project uit het Engels vertaald door dr. S. de la Rie en dr. M. Schok. De 17 items op deze vragenlijst worden gemeten op een 5-punt Likertschaal ('helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'). Er worden drie dimensies onderscheiden op deze vragenlijst: Stigma (*'Het zou te gênant zijn'*; 7 items), Negatieve attitudes ten opzichte van behandeling (*'Ik vertrouw hulpverleners niet'*; 6 items) en Organisatorische barrières (*'Hulpverlening is niet beschikbaar'*; 4 items). Deze vragenlijst werd tijdens het interview tweemaal afgenomen. In eerste instantie werd gevraagd naar de opvattingen van nu, vervolgens werd gevraagd naar de opvattingen in de periode dat men nog in dienst was en voordat men eventuele hulp had gezocht.

Het (hebben) **ervaren van klachten** werd in het interview op twee momenten gemeten, voor zowel de periode als militair (*'Heeft u tijdens of na de uitzending en nog in dienst was als militair klachten/ problemen gekregen waarvoor u hulp nodig vond of vindt?'*), als voor de periode als veteraan (*'Heeft u nadat u uit dienst was als veteraan klachten/ problemen gekregen waarvoor u hulp nodig vond of vindt?'*). Beide keren kon het antwoord 'ja' of 'nee' worden gegeven.

Vanwege de retrospectieve opzet van het onderzoek kon het klachtenniveau in de periode als militair niet op een valide manier worden gemeten. Het **huidige klachtenniveau** is gemeten door afname van twee vragenlijsten die na afloop van het interview door de participant zelf werden ingevuld. De Harvard Trauma Questionnaire - 16 (HTQ-16; Mollica et al., 1992) wordt gebruikt als transcultureel screeningsinstrument voor PTSS en heeft een hoge betrouwbaarheid en validiteit bij participanten uit verschillende culturen. De items worden gemeten op een 4-punt Likertschaal ('helemaal geen last' tot 'zeer veel last'). De HTQ-16 inventariseert posttraumatische klachten van de afgelopen week. Voorafgaand aan de vragenlijst werd de open vraag *'Heeft u tijdens de missie schokkende of ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?'* gesteld. Daarna is aan de participant gevraagd aan te geven in hoeverre men last heeft gehad van een drietal domeinen, overeenkomend met de DSM-III criteria voor een PTSS: intrusie (*'Terugkerende gedachten of herinneringen aan de pijnlijke of angstwekkende gebeurtenissen'*), vermijding (*'Bezigheden vermijden die aan de pijnlijke of*

angstwekkende gebeurtenissen doen herinneren) en arousal (*'Moeite met slapen'*). De gehanteerde gemiddelde cutoff score is 2.5, waarmee onderscheid gemaakt wordt of men wel of geen PTSS heeft (Mollica et al., 1992).

De Hopkins Symptom Checklist – 25 (HSCL-25; Mollica, Wyshak, Marneffe, Khuon & Lavelle, 1987) meet algemene psychopathologie en bestaat uit 25 items. De vragenlijst bevat tien vragen over angst en vijftien vragen gericht op depressieve symptomen. Het voorkomen van de symptomatologie wordt op een 4-punt Likertschaal (*'helemaal geen last' tot 'zeer veel last'*) weergegeven. Het gaat daarbij om een beoordeling door de participant van de mate van de aanwezigheid van de klachten in de afgelopen week. Angst wordt gemeten aan de hand van vragen over zenuwachtigheid (*'Zenuwachtig of trillerig van binnen'*), spanning (*'Je gespannen of opgewonden voelen'*), rusteloosheid (*'Je rusteloos voelen, niet stil kunnen zitten'*) en paniekaanvallen (*'Bonzend of snel kloppend hart'*). Depressie wordt gemeten aan de hand van vragen over neerslachtige stemming met gevoelens van schuld (*'Je zelf van allerlei dingen de schuld geven'*), hopeloosheid (*'Je wanhopig over de toekomst voelen'*), verlaagde zelfwaardering (*'Gevoelens dat je niks waard bent'*), verlies van eetlust (*'Weinig eetlust hebben'*) en gebrek aan energie (*'Weinig energie hebben'*). De gehanteerde gemiddelde cutoff score is 1.75 (Mollica et al., 1987)

Hulpzoekgedrag is tijdens het interview gemeten door te vragen naar de tijd tot het zoeken van hulp (*'Hoe lang heeft het geduurd vanaf het moment dat u klachten/problemen heeft gekregen tot het moment dat u hulp heeft gezocht?'*). De participant kon deze duur aangeven in termen van weken, maanden of jaren. Deze gegevens werden achteraf omgerekend naar de tijd in dagen.

Het **ontvangen van hulp** is tweemaal in het interview uitgevraagd (*'Heeft hulp of behandeling gekregen?'*), gemeten met de antwoordmogelijkheden 'ja' of 'nee'. Deze vraag is gesteld voor de periode als militair en als veteraan.

Tevredenheid met behandeling is voor iedere behandeling uitgevraagd (*'In hoeverre heeft deze behandeling u geholpen uw klachten/problemen te verminderen?'*) en gemeten op een 4-punt Likertschaal (1 = *Helemaal niet geholpen*; 2 = *Een beetje*; 3 = *Nogal veel*; 4 = *Zeer goed geholpen*). Wanneer iemand meerdere behandelingen heeft ondergaan, is gekozen voor de ervaring met de meest recente behandeling.

Procedure

Na de afname van het semi-gestructureerde interview werd een selectie vragenlijsten bij de participant achtergelaten, met het verzoek deze in te vullen en in de bijgeleverde retourenvelop terug te sturen. 18 procent van de vragenlijsten (N = 6) werd niet geretourneerd voordat dit onderzoek werd afgerond, ondanks herhaaldelijke verzoeken nadien. Redenen die participanten

opgaven waren 'nog steeds bezig met invullen', 'niets meer te maken willen hebben met het onderzoek', of de participant was niet meer te bereiken.

Analyse

De kwantitatieve data zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 18.0. Gegevens van verwachting 2 zijn geanalyseerd middels het uitvoeren van diverse onafhankelijke t-toetsen.

Vanwege het kleine aantal participanten ($N = 33$) zijn chi-kwadraat toetsen uitgevoerd voor het toetsen van het model (verwachting 3). De factoren Negatieve attituden, Stigma en Organisatorische barrières werden gecategoriseerd in laag en hoog aan de hand van de mediaan. De tijd tot hulp zoeken is opgesplitst op 450 dagen, de volgende waarde lag hier ver boven.

Voor het analyseren van de gegevens van het exploratieve onderzoek zijn gepaarde t-toetsen uitgevoerd. Daarnaast zijn correlaties berekend voor de afname op de factoren van de Drempels tot zorg vragenlijst en de Tevredenheid met behandeling. De waardes van Tevredenheid zijn bepaald aan de hand van de meest recente ervaring met behandeling.

3 Resultaten

3.1.1 Verwachting 1.1

Verwacht werd dat de antwoorden op de kwalitatieve vragen over Drempels tot zorg overeenkomen met de uitspraken in de Drempels tot zorg vragenlijst. De stelling *'Hulpverlening is niet beschikbaar'* werd drie keer genoemd, *'Psychologische problemen lossen zich vanzelf wel op zonder hulp'* werd twee keer genoemd en de stellingen *'Ik vertrouw hulpverleners niet'*, *'Ik weet niet waar ik hulp kan vinden'* en *'Het is moeilijk om vrij te krijgen voor de behandeling'* werden allen één keer genoemd. Naast deze antwoorden zijn er 40 andere Drempels tot zorg genoemd, deze komen niet overeen met stellingen uit de gebruikte vragenlijst om Drempels tot zorg te meten.

De uitspraak *'Ik erkende mijn klachten niet/ ik ontkende mijn klachten'* werd veruit het meeste genoemd, namelijk door 13 participanten. Daarnaast werd *'Ik ben niet veranderd of gek, anderen zijn veranderd of gek'* door 5 participanten vermeld en *'Zo erg zijn mijn problemen niet'* werd genoemd door 4 participanten. *'Hij of zij (hulpverlener) begrijpt mij niet'* en *'Ik had het gevoel dat ik aan mijn lot was overgelaten door defensie'* werden allebei door drie participanten opgesomd.

3.1.2 Verwachting 1.2

Er werd verwacht dat er op basis van de genoemde uitspraken dezelfde clusterstructuur onderscheiden konden worden als in de vragenlijst samengesteld door Kim et al. (2011). Naar aanleiding van de 45 antwoorden die gegeven zijn, is door de onderzoekers besloten deze stellingen handmatig te clusteren op de manier die gepresenteerd wordt in tabel 2.

Tabel 2: Clusters en onderliggende subclusters gebaseerd op de kwalitatieve uitspraken

Persoonlijke drempels	Contextgerelateerde drempels
Niet onderkennen van klachten en de noodzaak hulp te zoeken	Cultuur
<i>Niet erkennen/ontkennen klachten</i>	<i>Militaire cultuur</i>
<i>Niet de link leggen met de uitzending</i>	<i>Hulp zoeken hoort niet</i>
Vermijden	Praktische problemen bij hulp vragen
Negatieve verwachtingen	Stigma
Zelfbeeld	

Het overkoepelende cluster *Persoonlijke drempels* bestaat uit de subclusters *Niet onderkennen van klachten en de noodzaak hulp te zoeken*, *Vermijden*, *Negatieve verwachtingen* en *Zelfbeeld*. Bij het Niet onderkennen van klachten en de noodzaak hulp te zoeken is de vaakst genoemde uitspraak *'erkende mijn klachten niet/ ik ontkende mijn klachten'*. In het cluster Vermijden werd als drempel

onder andere 'Ik was bang om erover te praten' genoemd. De uitspraak 'Hij of zij (hulpverlener) begrijpt mij niet' kenmerkt het cluster Negatieve verwachtingen en 'Ik ben/word gek' valt onder het cluster Zelfbeeld. Daarnaast zijn er *Contextgerelateerde drempels* onderscheiden welke bestaan uit de clusters *Cultuur, Praktische problemen bij hulpvragen en Stigma*. Onder het cluster Cultuur valt de uitspraak 'Militairen tonen hun zwakte niet' en in het cluster praktische problemen bij hulp vragen wordt 'Hulpverlening is niet beschikbaar' genoemd. De factor Stigma is zowel in de Drempels tot zorg vragenlijst als in dit onderzoek gedifferentieerd, de uitspraak 'Ik dacht dat ik de enige met het probleem was' valt binnen dit cluster.

Er werd een groot scala aan uitspraken gedaan die niet congruent is aan de stellingen in de vragenlijst. Vijf uitspraken uit de vragenlijst werden door participanten spontaan genoemd, de overige veertig uitspraken kwamen niet overeen met stellingen uit de vragenlijst.

3.2.1 Verwachting 2.1

Verwacht werd dat participanten die op de kwalitatieve vraag aangaven klachten te ervaren (T 1) significant hoger scoren op de Drempels tot zorg vragenlijst dan participanten die op deze vraag aangaven geen klachten te ervaren (T 1). De onafhankelijke t-toets wijst uit dat er significant verschil tussen deze groepen bestaat, waarbij participanten die klachten ervoeren significant hoger scoren op de vragenlijst dan participanten die geen klachten ervoeren ($t(25.912) = 4.979, p < .05$). Wanneer dit op het niveau van dimensies wordt geanalyseerd, blijkt dat er op zowel de dimensie Negatieve attituden ($t(26) = 3.116, p < .05$), als de dimensie Stigma ($t(26) = 3.423, p < .05$) en de dimensie Organisatorische barrières ($t(26) = 2.655, p < .05$) een significant verschil bestaat tussen mensen die aangaven geen klachten te ervaren en mensen die aangaven wel klachten te ervaren. In tabel 3 worden deze resultaten in een overzicht weergegeven.

Tabel 3: N, gemiddelde scores en significantie niveaus per schaal van de Drempels tot zorg vragenlijst

Schaal	Klachten als militair (N=19)	Geen klachten als militair (N=9)	Significantieniveau
Totaal	M = 51.211	M = 31.333	$p < 0.05$
Negatieve attituden	M = 17.368	M = 10.668	$p < 0.05$
Stigma	M = 22.790	M = 13.556	$p < 0.05$
Organisatorische barrières	M = 11.053	M = 7.111	$p < 0.05$

In tabel 4 is de vergelijking gemaakt tussen de scores van de participanten die wel of niet klachten ervoeren op de 17 items van de Drempels tot zorg vragenlijst. De antwoorden 'een beetje mee eens' en 'helemaal mee eens' werden gezien als instemmend met de stelling. In veel gevallen waren participanten die aangaven klachten te ervaren minstens anderhalf keer zo waarschijnlijk om in te stemmen met drempels tot zorg dan participanten die geen klachten ervoeren.

Tabel 4: Ervaren barrières met genoemde percentages, uitgesplitst naar de variabele klachten

Ervaren barrière	Klachten als militair	Geen klachten als militair
	%	%
<i>Ik vertrouw hulpverleners niet</i>	36.8	20.0
<i>Hulpverlening is niet beschikbaar</i>	31.6	0.0
<i>Ik weet niet waar ik hulp kan vinden</i>	52.6	20.0
<i>Het is moeilijk om een afspraak te maken</i>	31.6	0.0
<i>Het is moeilijk om vrij van het werk te krijgen voor de behandeling</i>	10.5	20.0
<i>Het zou te gênant zijn</i>	63.2	30.0
<i>Het zou mijn carrière schade berokkenen</i>	63.2	20.0
<i>Collega's uit mijn eenheid zouden minder vertrouwen in me hebben</i>	42.1	30.0
<i>Mijn commandant van de eenheid zou me anders behandelen</i>	42.1	20.0
<i>Mijn leidinggevenden zouden me de schuld geven van het probleem</i>	15.8	10.0
<i>Ik zou worden gezien als zwak</i>	57.9	20.0
<i>Het zou mijn machtsbeveiliging beïnvloeden</i>	36.8	30.0
<i>Mijn leidinggevenden ontmoedigen het gebruik van geestelijke gezondheidszorg</i>	15.8	10.0
<i>Psychologische problemen lossen zich vanzelf wel op zonder hulp</i>	63.2	20.0
<i>Behandeling is een laatste redmiddel</i>	68.4	20.0
<i>Psychische problemen van een collega zijn mijn zorg niet</i>	26.3	40.0
<i>Ik zou neerkijken op een collega als hij of zij in behandeling is</i>	21.1	0.0

3.2.2 Verwachting 2.2

Er werd verwacht dat participanten die boven de grenswaarde uitkomen op de HTQ en de schalen Angst en Depressie van de HSCL significant hoger scoren op de Drempels tot zorg vragenlijst dan participanten die onder deze grenswaarde uitkomen. De onafhankelijke t-test wijst uit dat er significant verschil tussen deze groepen bestaat, waarbij participanten die boven de grenswaarde (2.5) scoren op de HTQ significant hoger scoren op de vragenlijst dan participanten die onder de grenswaarde scoren ($t(22) = 2.697, p < .05$). Wanneer dit op het niveau van dimensies wordt geanalyseerd, blijkt dat op zowel de dimensie Negatieve attituden ($t(22) = 2.336, p < .05$) als de dimensie Stigma ($t(22) = 2.163, p < .05$) een significant verschil bestaat tussen mensen die boven en onder de grenswaarde scoren. Er bestaat geen significant verschil tussen deze groepen op de factor Organisatorische barrières ($t(22) = 1.422, p = 0.169$). Participanten die boven de grenswaarde (1.75) van de HSCL-angst scoren, hebben een significant hogere score op de Drempels tot zorg vragenlijst in totaal ($t(24) = 3.261, p < .05$) en per dimensie (Negatieve attituden ($t(24) = 2.308, p < .05$); Stigma

($t(24) = 2.435$, $p < .05$); Organisatorische barrières ($t(24) = 2.463$, $p < .05$)) dan participanten die onder deze grenswaarde scoren. Met betrekking tot de onderscheiden groepen op de HSCL-depressie (grenswaarde = 1.75) wordt eenzelfde resultaat vastgesteld als bij de vergelijking tussen de groepen op de HTQ; op de totaal score ($t(23) = 4.773$, $p < .05$), de dimensie Negatieve attituden ($t(23) = 4.540$, $p < .05$) en de dimensie Stigma ($t(23) = 3.405$, $p < .05$) scoren participanten die boven de grenswaarde van de HSCL-depressie scoren significant hoger dan de participanten die onder deze grenswaarde scoren. Er bestaat geen significant verschil tussen deze groepen op de factor Organisatorische barrières ($t(23) = 2.031$, $p = 0.054$).

Tabel 5: Gemiddelde scores, N en significantie niveaus per schaal van de Drempels tot zorg vragenlijst op HTQ en HSCL

Schaal	Boven grenswaarde (N)	Onder grenswaarde (N)	Significantieniveau
HTQ – Totaal	M = 40.231 (13)	M = 30.546 (11)	$p < .05$
HTQ – Negatieve attituden	M = 12.000 (13)	M = 9.546 (11)	$p < .05$
HTQ – Stigma	M = 20.231 (13)	M = 14.364 (11)	$p < .05$
HTQ – Organisatorische barrières	M = 8.000 (13)	M = 6.635 (11)	$p = .169$
HSCL Angst – Totaal	M = 39.941 (17)	M = 28.556 (9)	$p < .05$
HSCL Angst – Negatieve attituden	M = 11.824 (17)	M = 9.333 (9)	$p < .05$
HSCL Angst – Stigma	M = 19.647 (17)	M = 13.333 (9)	$p < .05$
HSCL Angst – Organisatorische barrières	M = 8.471 (17)	M = 5.889 (9)	$p < .05$
HSCL Depressie – Totaal	M = 42.000 (14)	M = 27.909 (11)	$p < .05$
HSCL Depressie – Negatieve attituden	M = 12.643 (14)	M = 8.727 (11)	$p < .05$
HSCL Depressie – Stigma	M = 20.929 (14)	M = 12.909 (11)	$p < .05$
HSCL Depressie – Organisatorische barrières	M = 8.429 (14)	M = 6.273 (11)	$p < .05$

3.3 Verwachting 3

Wegens het geringe aantal participanten was het niet mogelijk een regressie analyse uit te voeren op de verkregen data voor de te toetsen theorie, om deze reden is de chi-kwadraattoets uitgevoerd. Verwacht werd dat de TPB een theoretisch kader biedt om het gedrag hulp zoeken te verklaren. De chi-kwadraattoets van Stigma op Tijd tot hulp zoeken blijkt niet significant ($\chi^2(1) = .012$, $p = .914$). Participanten met een hoge score op Stigma hebben geen grotere kans om hoog te scoren op Tijd tot hulp zoeken te scoren dan participanten met een lage score op Stigma (tabel 4).

Tabel 6: Chi-kwadraattoets Stigma en Tijd tot hulp zoeken

Stigma		Tijd tot hulp zoeken	
		Kort	Lang
	Laag	37,5% (N=3)	40% (N=4)
	Hoog	62,5% (N=5)	60% (N=6)

Daarnaast bleek de chi-kwadraattoets van Negatieve attitudes op Tijd tot hulp zoeken niet significant ($\chi^2 (1) = .748, p = .387$). Participanten met een hoge score op Negatieve attitudes hebben geen grotere kans om hoog te scoren op Tijd tot hulp zoeken dan participanten met een lage score op Negatieve attitudes (tabel 5).

Tabel 7: Chi-kwadraattoets Negatieve attitudes en Tijd tot hulp zoeken

Negatieve attitudes		Tijd tot hulp zoeken	
		Kort	Lang
	Laag	50% (N=4)	30% (N=3)
	Hoog	50% (N=4)	70% (N=7)

Ook de chi-kwadraattoets van Organisatorische barrières op Tijd tot hulp zoeken blijkt niet significant ($\chi^2 (1) = 3.378, p = .067$). Participanten met een hoge score op Organisatorische barrières hebben geen grotere kans om hoog te scoren op Tijd tot hulp zoeken te scoren dan participanten met een lage score op Organisatorische barrières.

Tabel 8: Chi-kwadraat toets Organisatorische barrières en Tijd tot hulp zoeken

Organisatorische barrières		Tijd tot hulp zoeken	
		Kort	Lang
	Laag	62,5% (N=5)	20% (N=2)
	Hoog	37,5% (N=3)	80% (N=8)

3.4 Exploratief onderzoek

Er is onderzocht of er een lineair verband bestaat tussen Tevredenheid met behandeling en de afname van de ervaren Drempels tot zorg na terugkeer van missie en de huidige ervaren drempels.

Eerst is onderzocht of er een significante toename of daling is in Drempels tot zorg. Voor zowel de totaalscore ($t(22) = 4.444, p < .05$) de schaal Negatieve attitudes ($t(22) = 4.538, p < .05$), de schaal Stigma ($t(22) = 2.608, p < .05$) en de schaal Organisatorische barrières ($t(22) = 2.752$) is een significantie daling gebleken. Het verband tussen Tevredenheid met behandeling en de afname van de ervaren Drempels tot zorg na terugkeer van missie is niet significant bevonden. Hoewel de mate

van Negatieve attituden, Stigma en Organisatorische barrières afnam, hangt dit niet significant samen met Tevredenheid met behandeling.

Tabel 9: Correlaties tussen afname factoren Drempels tot zorg en Tevredenheid met behandeling

	Afname score Negatieve attituden	Afname score Stigma	Afname score Organisatorische barrières
Tevredenheid met behandeling	.061	.165	.165

4. Discussie

4.1. Clustering uitspraken Drempels tot zorg

Allereerst werd middels een kwalitatieve analyse onderzocht of de antwoorden op de twee open vragen over Drempels tot zorg overeenkomen met de uitspraken in de vertaalde versie van de *Perceived Barriers to Receiving Mental Health Care* vragenlijst (Kim et al., 2011). Tegen de verwachting in werd er een groot scala aan uitspraken gedaan die niet congruent is aan de stellingen in de vragenlijst. Slechts vijf uitspraken uit de vragenlijst werden door participanten spontaan genoemd, de overige veertig uitspraken kwamen niet overeen met stellingen uit de vragenlijst. In Dirkzwager en Bramsen (2008) deden veteranen tevens uitspraken die duiden op andere drempels en belemmeringen tot het zoeken van hulp voor psychische klachten, zoals het denken dat hun problemen niet serieus genoeg waren en het moeilijk vinden om over problemen te praten. Opvallend in huidig onderzoek is de uitspraak '*Ik ontkende mijn klachten/ik erkende mijn klachten niet*', deze werd door dertien veteranen genoemd. Fikretoglu et al. (2008) veronderstellen dat het gebrek aan erkenning van de noodzaak van psychische hulpverlening één van de meest betekenisvolle Drempels tot zorg is.

Tevens konden deze vijftienveertig uitspraken niet ondergebracht worden onder, de door Kim et al. (2011) voorgestelde, factoren Negatieve attituden, Stigma en Organisatorische barrières. De voorgestelde clustering bevat de twee overkoepelende clusters Persoonlijke drempels en Contextgerelateerde drempels. Onder de Persoonlijke drempels vallen de uitspraken van de clusters Niet onderkennen van klachten en de noodzaak hulp te zoeken, Vermijden, Negatieve verwachtingen en Zelfbeeld. De clusters Cultuur, Praktische problemen bij hulpvragen en Stigma vallen onder de Contextgerelateerde drempels.

Bovenstaande resultaten en recente onderzoeken wekken de suggestie dat de vragenlijst onder de loep genomen moet worden en er eventuele aanpassingen moeten worden gedaan. Hoewel een groot scala aan uitspraken gedaan is die niet overeen komt met de stellingen uit Kim et al. (2011), werd vooral de uitspraak '*Ik ontkende mijn klachten/ik erkende mijn klachten niet*' veel gezegd. Gezien het aantal veteranen die de uitspraak deed, is het belangrijk nader te onderzoeken of deze stelling moet worden opgenomen in een vragenlijst om Drempels tot zorg te meten. Een onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie maakt het mogelijk de belangrijkste drempels tot zorg te onderscheiden en te vertalen naar een vragenlijst. Er moet voorzichtig worden omgesprongen met de voorgestelde clustering in huidig onderzoek. De uitspraken zijn met zorg op een betekenisvolle wijze geclusterd, echter bevatten sommige clusters uitspraken die maar door enkele militairen genoemd zijn. Toch is er voor nu een sterke aanwijzing om aan te nemen dat de

vragenlijst van Kim et al. (2011) gewijzigd moeten worden. De ontkenning en het niet erkennen van de klachten blijkt voor veel veteranen een belangrijke Drempel tot zorg.

4.2. Ervaren klachten en Drempels tot zorg

Het gegeven dat militairen die klachten ervaren in hogere mate Drempels tot zorg ervaren, wordt in het huidige onderzoek onder veteranen gerepliceerd. Participanten die aangaven klachten te ervaren nadat zij terugkwamen van missie en zij nog in dienst waren als militair scoren hoger op alle schalen en het totaal van de Drempels tot zorg vragenlijst dan militairen die aangaven geen klachten te ervaren op dit tijdstip. Het antwoord op de gesloten vraag over klachten en de antwoorden over de ervaren Drempels tot zorg als militair zijn retrospectief verkregen, waarbij de missie voor veel veteranen al 25 jaar geleden is. Toch geven veteranen aan nog erg goed te weten hoe zij toen dachten over het krijgen van hulp voor psychische klachten, daarom is ervoor gekozen deze resultaten toch te presenteren. In veel gevallen waren veteranen die aangaven deze klachten te hebben gehad, anderhalf keer zo waarschijnlijk instemmend te antwoorden op de drempels tot hulpverlening.

Daarnaast is onderzocht of participanten die boven de cut-off waarde op de klachtenlijsten (HTQ, HSCL-Angst en HSCL-Depressie) scoren, hogere Drempels tot zorg ervaren. Op de schalen Negatieve attituden en Stigma en de totaalscore op de Drempels tot zorg vragenlijst wordt hoger gescoord door participanten die boven deze grenswaarde scoren, dan participanten die hieronder scoren. Er bestaat geen verschil tussen participanten die boven of onder de grenswaarde scoren op de HTQ en HSCL-Depressie met betrekking tot de factor Organisatorische barrières, dit verschil wordt wel gevonden tussen de groepen op de HSCL-Angst. Een verklaring voor deze laatste resultaten kan het feit zijn dat 23 participanten in deze sample behandeling hebben gehad of momenteel behandeld worden. Waar klachten nog steeds kunnen voortduren, is de stap naar hulp gezet. Mogelijk heeft men ervaren dat het niet moeilijk is om vrij te krijgen van het werk voor behandeling en dat hulpverlening wel beschikbaar is. Stigma en Negatieve attituden blijken hardnekkige constructen te zijn, in eerder onderzoek is tevens aangetoond dat deze moeilijk te veranderen zijn (Buckley & Malouff, 2005).

Het is zorgwekkend dat juist de mensen die hulp nodig hebben, meer drempels tot zorg ervaren. Aan het hulp zoeken voor psychologische klachten hangen zoveel negatieve consequenties, dat men er liever voor kiest de stap tot zorg niet te maken. In de literatuur ligt de focus op het verminderen van deze drempels op de factor Stigma. In Britt (2007) worden twee strategieën voorgesteld om stigma te reduceren. De eerste betreft het bespreken van de oorzaken van een posttraumatische stressstoornis, waarbij verteld moet worden dat vooral omgevingsfactoren hier een grote rol bij spelen. De tweede strategie is het in contact komen met andere militairen of

veteranen met een psychische stoornis; deze wordt als beste aanbevolen. Gezien de uitspraken over psychische problemen binnen de militaire cultuur en de uitspraken in het cluster Zelfbeeld en Stigma zou de laatste interventie dergelijke opvattingen kunnen verminderen. Onderzoek onder militairen of veteranen naar het effect van beide interventies is helaas nog niet voorhanden. Ook Dichstein, Vogt, Handa & Litz (2010) stippen het belang van contact met een ervaringsdeskundige aan. Daarnaast kunnen cognitieve technieken helpen om stereotypes te veranderen (cognitieve herstructurering). Informatie over psychotraumabehandelingen zijn mogelijk werkzaam in het veranderen van attitudes en werkgevers moeten werknemers inlichten over de mogelijkheid tot behandeling van psychische klachten, om de waargenomen gedragscontrole te vergroten (Dichstein et al., 2010).

4.3 Voorgestelde theorie voor Hulpzoekgedrag

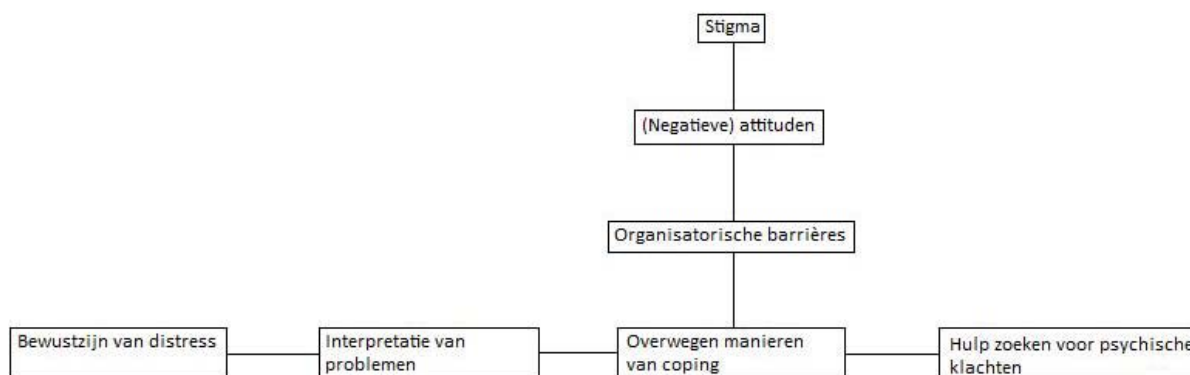
Uit de resultaten van de chi-kwadraattoets blijkt dat de *Theory of Planned Behavior* in dit onderzoek geen goed theoretisch kader biedt om Hulpzoekgedrag onder deze groep veteranen te verklaren aan de hand van de scores op de Drempels tot zorg vragenlijst. Geen van de toetsen bleek significant te zijn, alleen de chi-kwadraattoets van Organisatorische barrières tot zorg lag in de lijn der verwachting. In Kim et al. (2011) was alleen Negatieve attitudes significant in het voorspellen van Hulpzoekgedrag, vervolgonderzoek moet uitwijzen welke factoren het belangrijkste zijn in het verklaren van Hulpzoekgedrag onder militairen en veteranen.

In huidig onderzoek is uit de kwalitatieve analyse gebleken dat veel veteranen hun problemen niet erkennen of zelfs ontkennen. Daarnaast zagen sommigen de ernst van de problemen niet in en vonden ze anderen veranderd of gek, in plaats van zichzelf. Een model dat Hulpzoekgedrag onder veteranen wil voorspellen dient rekening te houden met deze uitspraken, die invloed lijken te hebben op het hulpzoekproces. Naast *The Theory of Planned Behavior* bestaan er andere theorieën die trachten gedrag te voorspellen in het kader van het zoeken van hulp, waaronder het model van Yates, Exsom, Bickman & Howe (1989; zie figuur 1). Dit model veronderstelt dat vóór coping met psychische problemen, er een bewustzijn van distress en interpretatie van problemen vereist zijn. Bevindingen uit de kwalitatieve analyse in huidig onderzoek lijken in dit model te passen in deze factoren van het model van Yates et al. (1989)



Figuur 1: Model van Yates, Exsom, Bickman en Howe (1989).

Door Wagenaar (2004; zie figuur 2) wordt op basis van een literatuurstudie voorgesteld dat het model van Yates et al. (1989) de basis is van Hulpzoekgedrag, waarbij de factoren uit de *Theory of Planned Behavior* ingepast worden in de laatste stap van het model van Yates et al. (1989), namelijk 'Overwegen manieren van coping'. Dit samengevoegde model zou onderzocht moeten worden in grootschalig onderzoek, om uit te wijzen of deze het hulp zoeken voor psychische problemen onder veteranen goed kan verklaren. In dit model wordt de copingstijl beïnvloed door de factoren uit de TPB. Bijvoorbeeld, wanneer men bang is gestigmatiseerd te worden en negatieve attitudes ten opzichte van psychische hulp heeft kan dit de vermijdende copingstijl in versterkte mate naar voren doen komen.



Figuur 2: Samengevoegd model uit Wagenaar (2004).

Coping is niet alleen belangrijk bij de instandhouding van klachten en het zoeken naar hulp, maar speelt mogelijk ook een rol bij het ontstaan van psychische klachten. Mogelijk hanteren veteranen die later klachten ontwikkelen voorafgaand aan de schokkende ervaringen tijdens de missie een vermijdende copingstijl. Veteranen die geen klachten ontwikkelen hanteren mogelijk een actieve copingstijl waarbij onder andere gezocht wordt naar sociale steun. Bovendien leidt de vermijdende copingstijl mogelijk niet alleen tot het lang rondlopen met klachten, maar tevens tot het ontstaan van een PTSS, depressie of angststoornis. Dit aandachtsgebied valt buiten de huidige bijdrage, maar is zeker een interessant uitgangspunt voor vervolgonderzoek.

4.4. Relatie Tevredenheid met behandeling en afname Drempels tot zorg

De scores op de subschalen en de totaalscore van de Drempels tot zorg vragenlijst zijn significant gedaald bij participanten die hulp ontvangen hebben voor psychische problemen. Onderzocht is of deze afname in de totaalscore gerelateerd is aan de mate van tevredenheid met de meest recente behandeling. De verbanden tussen de variabelen Daling van Negatieve attitudes, Daling van Stigma en Daling van Organisatorische barrières aan de ene kant en Tevredenheid met behandeling aan de

andere kant, werd niet significant bevonden. Veteranen die hoger scoorden op de mate van tevredenheid over de behandeling vertoonden een grotere daling in hun Drempels tot zorg vragenlijstscores. Waaraan deze afname aan scores te danken is, blijft een interessante vraag voor vervolgonderzoek. Wellicht heeft de tijdgeest er mee te maken; hedendaags is het normaler om naar een psycholoog te gaan, vroeger was dit weggelegd voor 'gekken'. Belangrijker in het verklaren van deze daling in scores lijkt de uitleg en het normaliseren van klachten. Door deze vorm van psycho-educatie, vast onderdeel van een traumabehandeling, zouden drempels tot zorg in het individu kunnen afnemen.

4.5 Conclusie

“Het gaat langzaam een beetje beter met me. En dat je ook meer inzicht hebt in de hulpverlening, en je daar wat meer rust in hebt gevonden. Dat je ook weet waar je heen kan. (...) Het is nog even kijken of ik het nog vol kan houden, maar dat zien we tegen die tijd wel.”

- Irak veteraan

“... ik denk dat alles wel zo'n beetje gezegd of besproken is wat dat betreft. Ja. Goed blijven ontwikkelen. Ik vind dat het hele zorgsysteem stand begint te krijgen en professioneler wordt en beter op wordt gezet. En blijf vooral luisteren naar signalen van mensen die het betreft. Want over het algemeen, kijk er valt altijd wat te klagen, maar er worden heel veel goede stappen gezet.”

- Voormalig Joegoslavië veteraan

In deze bijdrage is getracht via een kwalitatieve en kwantitatieve analyse drempels tot zorg te meten onder veteranen, waarbij in het kwantitatieve deel een onderscheid gemaakt is tussen veteranen die klachten ervoeren en participanten die geen klachten ervoeren. Eerder onderzoek heeft zich doorgaans gericht op het descriptief analyseren van deze Drempels tot zorg, in huidig onderzoek is een theorie getoetst waarin deze variabelen worden meegenomen in het verklaren van het zoeken van hulp voor psychische klachten. Daarnaast is exploratief onderzocht of een eventuele daling in de scores op de vragenlijst Drempels tot zorg te danken zijn aan de tevredenheid met de meest recente behandeling.

Beperkingen aan dit onderzoek zijn het retrospectieve karakter, wat de mogelijkheid limiteert om definitieve causale relaties vast te stellen. Daarnaast zijn de resultaten verkregen door de veteranen zelf te laten rapporteren over hun gezondheid en Drempels tot zorg. Doordat de anonimiteit benadrukt werd voorafgaand aan het onderzoek, wordt erop vertrouwd dat deze zelfrapportage tot weinig inaccurate antwoorden geleid heeft. De kleine onderzoeksgroep maakt het

niet mogelijk deze resultaten naar de gehele veteranenpopulatie te generaliseren. Daarnaast hebben veel van de participanten hulp ontvangen, terwijl uit onderzoek blijkt dat minder dan de helft van de veteranen met klachten hulp zoekt voor deze psychische klachten.

Vervolgstudies zouden zich kunnen richten op grootschaliger onderzoek naar het kwalitatief meten van Drempels tot zorg, modellen die Hulpzoekgedrag onder veteranen verklaren en het zoeken naar factoren die de daling in scores van Drempels tot zorg verklaren. Het opstellen van een model waarbij het onderkennen en interpreteren van distress en problemen wordt opgenomen lijkt van toegevoegde waarde. Interventies om Negatieve attitudes en Organisatorische barrières te verminderen zijn nodig, effectonderzoek naar de voorgestelde interventies is wenselijk.

Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C. & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 321-326
- Britt, T.W. (2007). The Stigma of Mental Health Problems in the Military. *Military Medicine*, 172, 2, 157-161.
- Britt, T.W., Bennet, E.A., Crabtree, M., Haugh, C., Oliver, K., McFadden, A. & Pury, C.L.S. (2011). The Theory of Planned Behavior and Reserve Component Veteran Treatment Seeking. *Military Psychology*, 23, 82-96.
- Britt, T.W., Greene-Shortridge, T.M., Brink, S., Nquyen, Q.B. & Rath, J. (2008). Perceived stigma and barriers to care for psychological treatment: implications for reactions to stressors in different contexts. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 4, 317-335.
- Buckley, G.I. & Malouff, J.M. Using Modeling and Vicarious Reinforcement to Produce More Positive Attitudes Toward Mental Health Treatment. *The Journal of Psychology*, 139(3), 197-209
- Cox, B.J., MacPherson, P.S.R., Enns, M.W. & McWilliams, L.A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 105-114
- Dickstein, B.D., Vogt, D.S., Handa, S. & Litz, B.T. (2010). Targeting Self-Stigma in Returning Military Personnel and Veterans: A Review of Intervention Strategies. *Military Psychology*, 22, 2, 224-236.
- Dirkzwager, A.J.E. & Bramsen, I. (2008). Deelname aan vredesmissies: gezondheidsgevolgen en behoefte aan zorg bij veteranen en hun familie. *Bijblijven*, 24, 8, 17-26.
- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Weerts, J., Arntz, A., Hox, J.J.C.M. & McNally, R.J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 140-145.
- Esch, S.C.M., Bramsen, I., Sonnenberg, G.P., Merlijn, V.P.B.M. & Ploeg, H.M. van der (1998). Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek. Het welbevinden van Cambodja-gangers en hun behoefte aan hulp en nazorg. Amsterdam: Vrije Universiteit, EMGO Instituut
- Fikretoglu, D., Guay, S., Pedlar, D. & Brunet, A. (2008). Twelve Month Use of Mental Health Services in a Nationally Representative, Active Military Sample. *Medical Care*, 46, 2, 217-223.

- Gilbertson, M.W., Shenton, M.E., Ciszewski, A. Kasai, K., Lasko, N.B., Orr, S.P., Pitman, R.K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci*, 5, 1242-1247.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I. & Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, *The New England Journal of Medicine*, 351, 1, 13-21.
- Hopman, B.E.M. (2008). En dan kom je thuis... *Bijblijven*, 24, 27-34.
- Kennis en Onderzoekscentrum. Factsheet Veteranen en hun missies nr 5. Doorn: Veteraneninstituut, 2011.
- Kim, P.Y., Britt, T.W., Klocko, R.P. & Riviere, L.A. (2011). Stigma, Negative Attitudes About Treatment, and Utilization of Mental Health Care Among Soldiers. *Military Psychology*, 23, 1, 65-81.
- Maguen, S., Schumm, J.A., Norris, R.L., Taft, C., King, L.A., King, D.W. & Litz, B.T. (2007). Predictors of Mental and Physical Health Service Utilization Among Vietnam Veterans. *Psychological Services*, 4, 168-180.
- Ministerie van Defensie (2010). Verkregen op 24 januari 2012, van http://www.defensie.nl/landmacht/onderwijs/werkstukken_basisvorming/missies/
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., Marneffe, D. de, Khuon, F. & Lavelle J. (1987). Indochinese Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Mouthaan, J., Dirkwager, A., de Vries, M., Elands, M., Scagliola, S. & Weerts, J. (2005). Libanon laat ons nooit helemaal los. *Unifilvereniging.nl*.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2008). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 1, 3-36.
- Pietrzak, R.H., Johnson, D.C., Goldstein, M.B., Malley, J.C. & Southwick, S.M. (2009). Perceived Stigma and Barriers to Mental Health Care Utilization Among OEF-OIF Veterans. *Psychiatric Services*, 60, 1118-1122.
- Rona, J.R., Jones, M., Iversen, A., Hull, L., Greenberg, N., Fear, N.T., Hotopf, M. & Wessely, S. (2009). The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 649-655.

- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Bovin, M.J. & Marx, B.P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review, 29*, 727-735.
- Stecker, T., Fortney, J.C., Hamilton, F. & Ajzen, I. (2007). An Assessment of Beliefs About Mental Health Care Among Veterans Who Served in Iraq. *Psychiatric Services, 58*, 1358–1361.
- Vermetten (2011). Echoes Online Post-Deployment Reïntegratie Lijst Nederland.
- Wagenaar, B.B.M. (2004). Determinanten van hulpzoekgedrag van jonge veteranen met PTSS: wat helpt en wat leidt tot uitstel? Doorn: Veteraneninstituut.
- Waller, C.G. (2006). Understanding Prehospital Delay Behavior in Acute Myocardial Infarction in Women. *Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine, 5*, 228-234.
- Weerts, J.M.P. (2008). Nederland en zijn veteranen: aantallen, achtergrond, onderzoek en beleid. *Bijblijven, 24*, 9-16.
- Yates, S., Axsom, D., Bickman, L. & Howe, G. (1989). Factors Influencing Help Seeking for Mental Health Problems after Disasters. *Psychological aspects of disaster, 163-189*.

Bijlage 1 Benadering deelnemers

Beste (naam deelnemer),

Afgelopen (datum) hebben we elkaar gesproken op (bijeenkomst) in (plaats). Zoals we u al hebben verteld zijn we nog hard op zoek naar veteranen willen deelnemen aan het project 'uw mening, onze missie'. Daarom zijn wij erg blij met uw aanmelding.

Concreet houdt deelname aan het project in dat we een interview en een aantal vragenlijsten afnemen, dit neemt ongeveer 1,5 uur in beslag. Hierbij zullen er vragen gesteld worden over uw ervaringen voor, tijdens en na de uitzending. Daarbij zal ook de behoefte aan zorg en de ervaringen met hulpverlening worden geïnventariseerd. Op deze manier is het de bedoeling een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg aan veteranen en aan hun partners/gezinsleden.

Graag zouden wij met u een afspraak plannen om bij u langs te komen. Mocht u een partner hebben die ook geïnteresseerd is in deelname aan het project, horen wij dit graag. Er is namelijk ook een partnerinterview, waarmee het perspectief van de partner in kaart wordt gebracht.

Kunt u ons laten weten op welke dagen (maandag t/m vrijdag) u in de maand (betreffende maand) beschikbaar bent?

We horen graag van u!

Met vriendelijke groet,

Paula Verholt en Jet Rooijmans

Bijlage 2 Perceived Barriers to Mental Health Care

Over uw ervaringen met de hulpverlening zullen wij zo meteen uitgebreider praten. Eerst wil ik u vragen in hoeverre u het eens bent met de volgende opvattingen over hulpverlening in de GGZ:

Opvattingen over hulpverlening

Omcirkel het juiste antwoord

- | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Ik vertrouw hulpverleners niet | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 2. Hulpverlening is niet beschikbaar | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 3. Ik weet niet waar ik hulp kan vinden | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 4. Het is moeilijk om een afspraak te maken | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 5. Het is moeilijk om vrij van het werk te krijgen voor de behandeling | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 6. Het zou te gênant zijn | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 7. Het zou mijn carrière schade berokkenen | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |
| 8. Collega's uit mijn eenheid zouden minder vertrouwen in me hebben | Helemaal
mee
oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Helemaal
mee eens |

9. Mijn commandant van de eenheid zou me anders behandelen	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
10. Mijn leidinggevendenden zouden me de schuld geven van het probleem	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
11. Ik zou worden gezien als zwak	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
12. Het zou mijn machtsbeveiliging beïnvloeden	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
13. Mijn leidinggevendenden ontmoedigen het gebruik van geestelijke gezondheidszorg	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
14. Psychologische problemen lossen zich vanzelf wel op zonder hulp	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
15. Behandeling is een laatste redmiddel	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
16. Psychische problemen van een collega zijn mijn zorg niet	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens
17. Ik zou neerkijken op een collega als hij of zij in behandeling is	Helemaal mee oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens

Persoonlijk/ intrapersonlijke/individuele problemen

Niet onderkennen van klachten en de noodzaak hulp te zoeken

Erkennen/ontkennen klachten

Zo erg zijn mijn problemen niet

||||

Niet erkennen/ ontkennen van problemen of klachten

||||| ||||| |||

Ik ben niet veranderd/ gek, anderen zijn veranderd/ gek

|||||

Geen hulp zoeken omdat het al zo lang geleden is

|

Hulpverlening is niet nodig

|

Niemand vroeg of het wel goed met me gingⁱ

|

Het kwam überhaupt niet in me op om hulp te zoeken

|

Ik wist niet dat ik hulp nodig had

|

Ik heb er nooit bij stilgestaan dat ik klachten of problemen had

|

Niet de link leggen met uitzending

Ik legde niet de link met de uitzending

|

Vermijden

Ik kan mijn problemen/ klachten wel wegstoppen

|

Ik vluchtte in allerlei andere activiteiten

|

Weerstand naar andere mensen toe

|

Bang om de controle te verliezenⁱⁱ

|

Ik moet gewoon doorgaan voor mijn kinderen

|

Bang om weer de angst van de missie te voelen

|

Bang om erover te praten

||

Psychologische problemen lossen zich vanzelf wel op zonder hulp

||

Negatieve verwachtingen

Hulp voor psychische klachten helpt/werkt niet

|

Hij/ zij (hulpverlener) begrijpt mij niet

III

Ik vertrouw hulpverleners niet

I

Zelfbeeld

Ik ben/ word gek

III

Als ik mijn klachten onder ogen kom heb ik het gevoel dat ik gefaald heb

I

Ik schaamde me voor mijn problemen/ klachten

II

Ik moet het zelf oplossen

II

Ik moet gewoon doorgaanⁱⁱⁱ

II

Hulp vragen is moeilijk^{iv}

I

Niet willen toegeven dat ik mijn problemen niet aankan

I

Omgeving/context

Cultuur

Beeld defensie

Het gevoel aan je lot overgelaten te zijn door defensie (op uitzending en bij terugkomst)

III

Ik wilde niets meer met defensie te maken hebben

I

Militaire cultuur

Militairen tonen hun zwakte niet

III

In de macho cultuur zoek je geen hulp voor problemen, dat is niet in

II

Binnen de militaire cultuur kun je niet gek worden (dat bestaat niet)

I

Je was niet bang en je had nergens last van^v

I

Met de jongens onderling maakten we er (klachten/problemen) een grapje van

Hulp zoeken hoort niet

Het hoorde niet om klachten naar buiten te brengen

I

‘Je praat niet over je problemen’

I

Je zoekt geen hulp voor problemen

II

Praktische problemen bij hulp vragen

Ik weet niet hoe ik hulp moet vragen

I

Ik weet niet waar ik hulp kan vinden

I

Het is moeilijk om vrij te krijgen voor de behandeling

I

Hulpverlening is niet beschikbaar

III

Stigma

Denken dat men de enige met het probleem is

II

Bang dat andere mensen zouden denken dat ik gek was

I

Ik zou worden gezien als zwak

III

Het staat niet goed op je CV als je hulp hebt gezocht voor psychische klachten

I

Je moet alleen naar een psychiater als je gek bent

I

ⁱ Anderen dachten ook niet dat ik problemen had, dus een bevestiging van wat ik zelf ook dacht

ⁱⁱ Want dan kan ik er niet meer zijn voor mijn kinderen

ⁱⁱⁱ Dat zie ik als mijn kracht, en mijn valkuil

^{iv} Dat heb ik nooit geleerd

^v Ten tijde van de missie (in militaire context)