

*Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie*

**Missie voltooid: problemen na terugkeer in  
relatie tot klachten, ervaren drempels tot zorg en  
hulpzoekgedrag onder jonge veteranen**

J. Rooijmans

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 onderzoek is om de relatie tussen problemen na terugkeer enerzijds en de ervaren klachten, drempels tot zorg 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 problemen na terugkeer en ervaren drempels tot zorg in relatie tot het zoeken naar hulp van veteranen met klachten. Problemen tijdens de re-integratiefase na terugkeer van een missie worden door Blais, Thompson & McCreary (2009) geïnventariseerd met de Army Post Deployment Reintegration Scale (PDRS), verdeeld in de domeinen Familie, Werk en Persoonlijk. Er wordt daarom verwacht dat bij de kwalitatieve vragen over Problemen na terugkeer dezelfde uitspraken worden genoemd als in de PDRS van Blais et al. (2009) en dat er op basis van deze uitspraken eenzelfde clustering kan worden gemaakt als in de reeds bestaande vragenlijst. Daarnaast wordt verwacht dat veteranen met klachten meer Problemen na terugkeer ervaren dan veteranen zonder klachten. Een tweede construct dat samenhangt met klachten die veteranen na hun missie kunnen ontwikkelen, zijn Drempels tot zorg. Dit construct wordt door Kim et al. (2011) geoperationaliseerd door de factoren Negatieve attitudes, Stigma en Organisatorische barrières, gemeten door middel van de vertaalde Drempels tot zorg vragenlijst (*Perceived Barriers to Receiving Mental Health Care*; Kim et al, 2011). Deze drie factoren worden in dit onderzoek toegepast op de *Theory of Planned Behavior*, een model dat gedrag tracht te voorspellen, om hiermee het gedrag Hulp zoeken voor psychische problemen te verklaren. Verwacht wordt dat dit model een goed theoretisch kader biedt om dit gedrag te voorspellen. Er wordt onderzocht of de eventuele toe- of afname in scores op de Drempels tot zorg vragenlijst 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 Problemen na terugkeer niet overeen kwam met de stellingen van de reeds bestaande vragenlijst. 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. Ten derde biedt de *Theory of Planned Behavior* in dit onderzoek geen geschikt theoretisch kader om Hulpzoekgedrag van veteranen te voorspellen, hierbij wordt een alternatief model 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. Het opstellen van een model waarbij het onderkennen en interpreteren van distress en problemen wordt opgenomen lijkt van toegevoegde waarde. Bovendien wordt onderzoek naar beschermende factoren en causaliteit omtrent problemen na terugkeer sterk aanbevolen. Een betere informatievoorziening is van groot belang en draagt bij aan het verminderen en voorkomen van problemen op de langere termijn.

## Voorwoord

Met het voltooien van deze masterthesis sluit ik een indrukwekkende periode van mijn master Klinische- en Gezondheidspsychologie af. Een jaar geleden heb ik mij samen met medestudente Paula Verholt aangesloten bij het project 'Uw mening, onze missie' van Stichting Centrum '45. Hierdoor heb ik de mogelijkheid gekregen om kennis te maken met een wereld die mij voorheen geheel onbekend was: de wereld van veteranen en hun thuisfront.

Voor het bezoeken van diverse veteranenbijeenkomsten en het interviewen van veteranen en hun partners zijn wij het hele land doorgereisd. De gastvrijheid waarmee we steevast werden ontvangen was bijzonder, evenals de openheid waarmee de geïnterviewden hun verhaal vertelden. Het enthousiasme voor het project heeft bovendien geleid tot een extra periode als onderzoeksstagiair bij het project.

Een deel van de gegevens die wij gedurende deze periode hebben verzameld, hebben wij gebruikt voor huidig onderzoek. Belangrijk om te vermelden, is dat deze thesis overlap vertoont met de scriptie van Paula Verholt. Echter, wij hebben ervoor gekozen ieder een eigen onderwerp verder uit te lichten waardoor beide theses een eigen karakter hebben gekregen.

Een aantal mensen heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van deze thesis. Allereerst bedank ik de projectleider dr. Simone de la Rie, voor de begeleiding gedurende het hele proces. Ten tweede dank ik Simone Andringa, die zowel praktische als organisatorische ondersteuning heeft geboden tijdens het project. Ten derde gaat mijn dank uit naar prof. dr. Rolf Kleber, voor de begeleiding van het schrijfproces vanuit de Universiteit Utrecht. Tot slot dank ik Paula Verholt, mijn maatje gedurende dit hele project. Vele uren zijn we samen onderweg geweest, hebben we interviews afgenomen en gingen we met onze laptops op zoek naar de beste plek om aan de theses te werken. Met een resultaat waar we trots op mogen zijn. Bovendien kijk ik terug op een zeer leerzame periode, waarin ik vele waardevolle ervaringen rijker ben geworden.

Jet Rooijmans

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  |
| <br>                                      |    |
| 1 Inleiding .....                         | 6  |
| 1.1 Ontstaan van klachten .....           | 7  |
| 1.2 Problemen na terugkeer .....          | 9  |
| 1.3 Taken na terugkeer .....              | 10 |
| 1.4 Hulpzoekgedrag .....                  | 12 |
| 1.5 Mogelijkheden tot hulpverlening ..... | 12 |
| 1.6 Drempels tot zorg .....               | 12 |
| 1.7 Theory of Planned Behavior .....      | 14 |
| 1.8 Doel en relevantie onderzoek .....    | 14 |
| 1.9 Verwachtingen .....                   | 15 |
| 1.9.1 Verwachting 1 .....                 | 15 |
| 1.9.2 Verwachting 2 .....                 | 15 |
| 1.9.3 Verwachting 3 .....                 | 16 |
| 1.9.4 Exploratief onderzoek .....         | 16 |
| <br>                                      |    |
| 2 Methoden .....                          | 17 |
| 2.1 Project .....                         | 17 |
| 2.2 Werving .....                         | 17 |
| 2.3 Participanten .....                   | 18 |
| 2.4 Data huidig onderzoek .....           | 19 |
| 2.4.1 Kwalitatieve gegevens .....         | 19 |
| 2.4.2 Kwantitatieve gegevens .....        | 20 |
| <br>                                      |    |
| 3 Resultaten .....                        | 22 |
| 3.1.1 Verwachting 1.1 .....               | 22 |
| 3.1.2 Verwachting 1.2 .....               | 22 |
| 3.2 Verwachting 2 .....                   | 23 |
| 3.3 Verwachting 3 .....                   | 24 |

|                       |                                                                         |           |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.4                   | Exploratief onderzoek .....                                             | 25        |
| 4                     | Discussie .....                                                         | 26        |
| 4.1                   | Verwachting 1 .....                                                     | 26        |
| 4.2                   | Verwachting 2 .....                                                     | 27        |
| 4.3                   | Verwachting 3 .....                                                     | 28        |
| 4.4                   | Exploratief onderzoek .....                                             | 29        |
| 4.5                   | Conclusie .....                                                         | 30        |
| Literatuurlijst ..... |                                                                         | 32        |
| <i>Bijlage 1</i>      | <i>Benadering deelnemers .....</i>                                      | <i>35</i> |
| <i>Bijlage 2</i>      | <i>Echoes Online Post-Deployment Reïntegratie Lijst Nederland .....</i> | <i>36</i> |
| <i>Bijlage 3</i>      | <i>Perceived Barriers to Mental Health Care .....</i>                   | <i>42</i> |
| <i>Bijlage 4</i>      | <i>Clustering kwalitatieve uitspraken Problemen na terugkeer .....</i>  | <i>44</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 Iniatiefwet 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 krijgen<sup>1</sup> (Veteraneninstituut, 2011).

---

<sup>1</sup> 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 hebben 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 doel van dit onderzoek is om de relatie tussen problemen na terugkeer enerzijds en de ervaren klachten, drempels tot zorg 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 aangrijpende 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 kunnen in dergelijke stressvolle situaties gevoelens van machteloosheid en agressie ontstaan (Dirkzwager & Bramsen, 2008).

Een deel van de veteranen die op missie zijn geweest ontwikkelt klachten (Dirkzwager & Bramsen, 2008). Wanneer deze klachten 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, werd 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 Problemen na terugkeer

*“... maar in principe zit je gewoon twaalf, dertien maanden met je maatjes, je leeft dag en nacht met elkaar. En dan kom je thuis en dan begint de gewone wereld weer. En daar komt bij, er wordt wel wat gevraagd van, ‘Hoe was het, ja, dit, zus of zo.’ Als je thuis komt. Maar ja dan nog, ik denk, ‘Ja, wat zit ik nou eigenlijk te vertellen?’ Ze weten helemaal niet wat je doet, wat je gedaan hebt en hoe het eruit ziet en wat je beleefd hebt. Dat kunnen ze ook niet. (...) Ik vond het helemaal niks toen ik thuis was.”*

- Libanon veteraan

Uitgezonden militairen kunnen tijdens hun missie geconfronteerd met bedreigende en mogelijk traumatische situaties zoals beschietingen, aanslagen en het aanschouwen van menselijk leed. Het werken onder dergelijke omstandigheden in een oorlogsgebied is stressvol en gevaarlijk, waardoor het beeld kan bestaan dat een missie vooral als een negatieve ervaring wordt beschouwd. Uit onderzoek van Schok (2007) onder 1508 oude en jonge veteranen blijkt echter het tegendeel. Een meerderheid van de militairen geeft voornamelijk een positieve waardering aan hun uitzendervaringen, met als veelgenoemde redenen ‘de opgedane levenservaring’ en ‘het verbreden van de horizon’. De missie wordt ervaren als een verrijking van hun leven door persoonlijke verandering en de extra inhoud die sinds de missie aan het leven gegeven is. Naast deze positieve waarderingen, ondervindt een deel van de veteranen ook een keerzijde na afloop van de missie. Na de intensieve en vaak ingrijpende periode gedurende een uitzending, volgt de terugkeer en hereniging met het thuisfront, waarbij het aanpassen aan het leven in Nederland centraal staat. Onderzoek wijst uit dat de helft van de uitgezonden militairen moeite heeft gehad om zich aan te passen aan het dagelijks leven alhier. Velen van hen geven aan gemengde gevoelens te hebben over

de periode na terugkeer (38%). Daarbij staat eenzelfde percentage (zeer) positief tegenover periode van terugkeer, naast een rapportage van (zeer) negatieve gevoelens door de minderheid (21%) van de ondervraagden (Schok, 2007). In de periode van aanpassing na terugkeer is het belangrijk om waardering en belangstelling van naasten, de samenleving en Defensie te ervaren. Ondanks de toenemende waardering en erkenning vanuit de twee laatstgenoemden zoals blijkt uit opinieonderzoek, wordt dit door de veteranen zelf nog als onvoldoende ervaren (Schok, 2007). Het belang van de ontvangst bij thuiskomst wordt benadrukt door resultaten uit een studie van Bolton, Litz, Glenn, Orsillo en Roemer (2002), waarin werd gevonden dat een positieve ervaring omtrent de ontvangst en thuiskomst na terugkeer zorgt voor een betere aanpassing.

Hoewel deze overgang van de missie naar huis voor het overgrote deel van de militairen zonder veel problemen verloopt, is er toch een relatief kleine groep die problemen ondervindt in deze fase van re-integratie (Weerts, 2008). Het vergt een periode van aanpassing om opnieuw een plek te vinden binnen het gezin, de vriendenkring en de maatschappij. Het eerder aangehaalde onderzoek van een UNIFIL-projectgroep (Mouthaan et al., 2005) wijst uit dat 40 procent van de naar Libanon uitgezonden militairen tamelijk tot zeer veel moeite had met wennen aan het dagelijks leven. De draad oppakken van het normale leven werd door minder dan een kwart als tamelijk tot zeer moeilijk ervaren en ongeveer een gelijk aantal UNIFIL'ers gaf aan het eerste jaar na terugkomst als een (zeer) onaangename periode te ervaren (Mouthaan et al., 2005).

### **1.3 Taken na terugkeer**

Bowling en Sherman (2008) beschrijven een viertal taken van re-integratie waar militairen na een missie mee te maken krijgen wanneer zij terugkeren in het gezin. Ten eerste moet er sprake zijn van een herdefiniëring van de rollen, verwachtingen en de werkverdeling wanneer men terugkeert in het gezin. Doordat het gezin gedurende de missieperiode heeft gefunctioneerd zonder de aanwezigheid van de veteraan, kan deze het moeilijk vinden zijn plek weer te bepalen in het gezin. Door fysieke en mentale uitputting kan men het uitvoeren van huiselijke taken als zeer belastend ervaren. Ook de taak als ouder moet opnieuw worden bepaald. De ontwikkeling die kinderen tijdens de periode van afwezigheid hebben meegemaakt vragen misschien om een hernieuwde aanpak. Bovendien is het voor de veteraan soms lastig dat een gezin niet met gelijke discipline en orde functioneert als men gewend is in de militaire cultuur.

De tweede taak vormt het omgaan met sterke emoties. Na de initiële blijdschap van de hereniging met het thuisfront, kunnen andere sterke emoties volgen. Gevoelens van angst en constante waakzaamheid kunnen zowel voor de veteraan als voor zijn gezin zeer stressvol zijn. Depressieve gevoelens, slaapproblemen en suïcidegedachten zijn hierbij ook niet ongewoon. Verder behoren prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen en het zoeken naar adrenaline ook tot de emoties die

veteranen na terugkeer kunnen ervaren. Wanneer een veteraan niet goed weet om te gaan met deze emoties, kunnen langdurige problemen volgen.

De derde taak zoals omschreven door Bowling en Sherman (2008) is het opgeven van het belemmeren van emoties en het creëren van intimiteit in relaties. Gedurende de uitzending is het tonen van kwetsbaarheid vaak niet wenselijk of functioneel. Bij thuiskomst kan het daarom lastig zijn om deze emoties weer wel te tonen en te delen met anderen, terwijl dit juist een belangrijk onderdeel is van het creëren van verbinding, vertrouwen en intimiteit in de relatie met naasten.

De vierde en laatste taak is het belang van het creëren van gedeelde betekenis over de uitzending en de ervaringen die daarbij horen. Ondanks het verschil in ervaringen en ideeën omtrent de missie, is het belangrijk dat er binnen het gezin een bepaalde mate van overeenstemming en wederzijds begrip van elkaars verhaal bestaat (Bowling & Sherman, 2008).

De vier bovengenoemde taken geven een indicatie van de diversiteit en de complexiteit van het aanpassingsproces gedurende de terugkeer na een missie. Problemen die in de periode van aanpassing ontstaan omtrent de rolverdeling kunnen het normale functioneren van het gezin verstoren. Uit onderzoek van Sayers, Farrow, Ross en Oslin (2009) onder 199 Irak en Afghanistan veteranen (klinische steekproef) blijkt dat deze specifieke problemen gerelateerd zijn aan zowel depressie als PTSS. Een groot deel van deze veteranen met partners (40%) gaf aan zich een 'gast' in eigen huis te voelen, waarbij de groep met depressieve klachten vaker aangaf deze gevoelens wekelijks te ervaren. Een kwart van de veteranen had het idee dat hun kinderen zich angstig naar hen opstelden of niet warm op hen reageerden, de veteranen met PTSS hadden meer kans op het rapporteren van deze reactie. Daarnaast bleek uit een zelfrapportage dat meer dan de helft van de veteranen een lichte tot matige vorm van huiselijk geweld rapporteerde. Het risico dat hierbij vaak tegelijkertijd ontstaat is een afnemende sociale steun die de veteraan ontvangt, waardoor de kans op een succesvolle behandeling gereduceerd wordt (Sayers et al., 2009).

Zoals in bovenstaande literatuur wordt beschreven, is de fase van re-integratie in het dagelijks leven thuis van cruciaal belang voor een voorspoedig aanpassingsproces na terugkeer van een missie. Re-integratie is volgens onderzoek van Blais, Thompson & McCreary (2009) onder te brengen onder drie domeinen. Naast de terugkeer in een andere werkomgeving, zijn ten tweede ook de terugkeer in het gezin en de familie van groot belang. Het derde domein wordt gevormd door het integreren van de persoonlijke ervaringen in een overkoepelend beeld van de wereld. Van deze drie domeinen moeten zowel positieve als negatieve aspecten benaderd worden. De Army Post Deployment Reintegration Scale (PDRS) is een vragenlijst waarin op de domeinen Werk, Familie en Persoonlijk, allen zowel positief als negatief gemeten, re-integratieproblemen worden geïnventariseerd (Blais et al., 2009). Met deze vragenlijst wordt getracht een volledig beeld te geven van de re-integratieproblemen na terugkeer.

#### **1.4 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).

#### **1.5 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).

#### **1.6 Drempels tot zorg**

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 psychisch 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. Hierin spelen drempels tot zorg een belangrijke rol. Er zijn grofweg drie constructen te onderscheiden die een belangrijke rol spelen bij het ervaren van drempels tot het zoeken van hulp. Ten eerste bestaat er 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, Nguyen & 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 gebruiken. 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. 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 barrières worden wederom vaker ervaren door militairen gediagnosticeerd met een psychische stoornis dan militairen zonder deze stoornis (Kim et al., 2011; Dirkzwager & Bramsen, 2008). Kortom, bovenstaande literatuur wijst uit dat juist de mensen die behandeling nodig hebben, belemmeringen tot zorg ervaren.

### **1.7 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 attituden 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. Attituden 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 geïventariseerd (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 in Hulpzoekgedrag.

### **1.8 Doel en relevantie onderzoek**

Zoals in bovenstaande literatuur naar voren komt, is een missie niet afgerond bij terugkeer in Nederland. Om een missie te kunnen voltooien is het omschakelen naar het leven thuis een onvermijdelijke stap. Hoewel deze stap bij een meerderheid van de veteranen goed verloopt, kunnen in deze fase problemen ontstaan die mogelijk resulteren in psychische klachten op de lange termijn. Het zoeken van hulp voor deze problemen is niet voor alle militairen vanzelfsprekend. Meerdere onderzoeken hebben het belang van onderzoek naar problemen na terugkeer

onderstreept, evenals de relevantie van het in kaart van onderliggende drempels tot het zoeken van hulp. In het huidige onderzoek wordt getracht de onderliggende mechanismen in kaart te brengen. Door het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve 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 repliceren van bevindingen uit eerdere studies, waarin een verband werd gevonden tussen problemen na terugkeer 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 het TBP model 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 beter ingespeeld worden 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.

## **1.9 Verwachtingen**

### **1.9.1 Verwachting 1**

1.1 Zoals eerder vermeld, wordt met de vragenlijst PDRS (Blais et al., 2009) getracht een volledig beeld te geven van problemen die worden ervaren na terugkeer. Wanneer met een open vraag aan veteranen gevraagd wordt hoe zij hun periode na terugkeer hebben ervaren, zoals in huidig onderzoek is uitgevoerd, wordt om deze reden verwacht dat de antwoorden op de kwalitatieve vragen over terugkeer na een missie overeenkomen met de stellingen in de PDRS.

1.2 In dit onderzoek worden de uitspraken op een betekenisvolle inhoudelijke wijze geclusterd. Een bijbehorende verwachting die in huidig onderzoek is opgesteld is dat op basis van de genoemde uitspraken eenzelfde factorstructuur onderscheiden kon worden als in de vragenlijst samengesteld door Blais et al. (2009).

### **1.9.2 Verwachting 2**

Ten tweede wordt in dit onderzoek op basis van bovenstaande literatuur verwacht dat er een samenhang bestaat tussen de Problemen na terugkeer en de klachten die mensen ervaren. De verwachting hierbij is dat mensen die aangeven klachten te ervaren hoger scoren op de negatieve dimensies van de PDRS dan mensen die aangeven geen klachten te ervaren.

### 1.9.3 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.

### 1.9.4 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, Problemen na terugkeer 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 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 gericht op de problemen na terugkeer in relatie tot klachten, drempels tot zorg 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 <sup>e</sup> missie | 2 <sup>e</sup> missie | 3 <sup>e</sup> missie | 4 <sup>e</sup> missie | 5 <sup>e</sup> missie | 6 <sup>e</sup> missie |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Libanon               | 15                    | -                     | -                     | -                     | -                     | -                     |
| Voormalig Joegoslavië | 13                    | 5                     | -                     | -                     | -                     | 1                     |
| Cambodja              | 2                     | -                     | -                     | -                     | -                     | -                     |
| Haïti                 | -                     | 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 semi-gestructureerde 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 periode van terugkeer na een missie. Dit betrof de vragen: 'Hoe reageerden uw partner en kinderen na de uitzending op uw terugkeer?' en 'Hoe heeft u de periode ervaren na de uitzending?'. 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. S. de la Rie. Voor beide open aangaande re-integratie vragen werden de antwoorden per participant bekeken en werden de gedane uitspraken omtrent de re-integratie zorgvuldig gemarkeerd. Vervolgens werden de gemarkeerde uitspraken van gelijke strekking geturfd. In de volgende stap vond een brede clustering van de uitspraken plaats, waarna deze in de derde stap een aantal clusters onder een gemeenschappelijk categorieën 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.

**Problemen na terugkeer** werden gemeten middels de in het Nederlands vertaalde Army Post Deployment Reintegration Scale (PDRS; Blais et al., 2009): de Echoes Online Post-Deployment Reïntegratie Lijst Nederland (EO-PDRL-NL; Vermetten, 2011). Deze vragenlijst bestaat uit 36 items, gemeten op een 5-punt Likertschaal. Deze items zijn verdeeld over zes dimensies: Werk Positief (*'Ik ben blij dat ik op uitzending ben geweest'*); Werk Negatief (*'Ik ben de militaire bureaucratie erg frustrerend gaan vinden'*); Familie Positief (*'Ik voel me dichterbij mijn familie'*); Familie Negatief (*'Er zit wel wat spanning in mijn familie relaties'*); Persoonlijk Positief (*'Ik ben me nu meer bewust van de problemen in de wereld'*); Persoonlijk Negatief (*'Het een plaats geven van de ervaringen van de uitzendingen is moeilijk voor me'*).

**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.

**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 zijn 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 exploratief 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 terugkeer naar missie overeenkomen met de stellingen in de vertaalde Post-Deployment Reintegration Scale (PDRS). De stelling *'Het is moeilijk om opnieuw te wennen aan het leven in Nederland'* werd vier keer genoemd en de stellingen *'Ik voel dat mijn familie het moeilijk vindt me te begrijpen'* en *'Ik voel me in mijn huidige werkzaamheden minder zinvol'* worden elk twee keer genoemd. De stellingen *'Er zit wel wat spanning in mijn familie relaties'*, *'Om weer terug te zijn in Nederland is een beetje een cultuurschok'* en *'Het kazerneleven is saai'* werden allemaal één keer genoemd. Naast deze antwoorden zijn er 70 andere antwoorden met betrekking tot terugkeer naar missie genoemd, deze komen niet overeen met stellingen uit de gebruikte vragenlijst om terugkeervariabelen te meten.

De uitspraak *'Mijn gezin was blij dat ik weer terug was'* werd veruit het meeste genoemd, namelijk door 10 participanten. Daarnaast werd *'Ik vond dat ze zich in Nederland zich druk maken over futiliteiten'* door 6 participanten vermeld en *'Ik wilde het liefst weer terug'* werd genoemd door 5 participanten. *'Ik ging meteen weer dingen ondernemen toen ik thuiskwam'* werd door vier participanten genoemd en *'Ik had een kort lontje'* werd door drie participanten opgesomd.

#### 3.1.2 Verwachting 1.2

Er werd verwacht dat op basis van de genoemde uitspraken dezelfde clusterstructuur onderscheiden kon worden als in de vragenlijst samengesteld door Blais et al., (2009). Naar aanleiding van de 70 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

| Relaties                                        | Transities                                       | Klachten en problemen                                                                   | De missie als afgesloten ervaren                   |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Naasten Positief                                | <i>Partner</i><br><i>Gezin</i>                   | Bevorderend<br>Belemmerend                                                              | Kameraadschap missen<br>Verwerken/afsluiten missie |
| Naasten Negatief                                | <i>Partner</i><br><i>Gezin</i><br><i>Familie</i> | <i>Wennen in Nederland</i><br><i>Leven thuis weer oppakken</i><br><i>Overgang</i>       | Het gevoel weer op missie te gaan                  |
| Vrienden,<br>Kennissen,<br>Omgeving<br>Algemeen |                                                  | Ervaren klachten en problemen<br>Agressie en irritatie<br>Zelf merken veranderd te zijn |                                                    |

Het overkoepelende cluster *Relaties* bestaat uit de subclusters *Naasten (Positief en Negatief)* en *Vrienden, Kennissen, Algemeen*. Bij Naasten positief werd de eerdergenoemde uitspraak *'Mijn gezin was blij dat ik weer terug was'* het vaakst genoemd, bij Naasten Negatief was dit de uitspraak *'Ik voel dat mijn familie het moeilijk vindt me te begrijpen'*. *'Mijn omgeving vond dat ik veranderd was, in negatieve zin'* kenmerkt het subcluster Vrienden, Kennissen, Omgeving Algemeen. De uitspraak *'Ik deed al snel weer mee aan de normale gang van zaken'* valt onder de Bevorderende Transities, de uitspraak *'Ik vond het moeilijk om mijn draai te vinden in het leven'* onder de Belemmerende Transities. Onder het cluster Klachten en Problemen vallen onder andere uitspraken als *'Ik had veel medische klachten bij terugkeer'* en *'Ik was ontzettend veranderd'*. De uitspraken *'Ik had (soms) het gevoel dat ik daar nog was'* en *'De gewoontes die ik op missie had om gevaar te vermijden, hield ik hier nog een tijd vast'* vallen onder het cluster De missie als afgesloten ervaren.

### 3.2 Verwachting 2

Verwacht werd dat participanten die op de kwalitatieve vraag aangaven klachten te ervaren (op tijd 1) significant hoger scoren op de negatieve dimensies van de PDRS dan participanten die op deze vraag aangaven geen klachten te ervaren (op tijd 1). De onafhankelijke t-toets wijst uit dat er significant verschil tussen deze groepen bestaat, waarbij participanten die klachten ervaren significant hoger scoren op de dimensie Werk Negatief ( $t(22)=3.141$ ,  $p<.05$ ), de dimensie Familie Negatief ( $t(7.433)=3.398$ ,  $p<.05$ ) en de dimensie Persoon Negatief ( $t(9.267)=3.093$ ,  $p<.05$ ), dan participanten die geen klachten ervaren. Op de positieve schalen van de PDRS werd op zowel de dimensie Werk Positief ( $t(22)=-1.893$ ,  $p=0.07$ ), de dimensie Familie Positief ( $t(7.332)=-.582$ ,  $p=0.58$ ) en de dimensie Persoon Positief ( $t(25)=-.590$ ,  $p=.560$ ) geen significant verschil gevonden tussen de groep participanten zonder of met klachten.

**Tabel 3:** N, gemiddelde scores en significantie niveaus per schaal van de PDRS

| Schaal PDRS      | Klachten als militair | N  | Gemiddelde (M) | Significantieniveau |
|------------------|-----------------------|----|----------------|---------------------|
| Werk Positief    | Ja                    | 17 | 17.941         | p=0.07              |
|                  | Nee                   | 7  | 21.286         |                     |
| Werk Negatief    | Ja                    | 17 | 20.647         | p<.05               |
|                  | Nee                   | 7  | 13.571         |                     |
| Familie Positief | Ja                    | 18 | 19.389         | p=0.45              |
|                  | Nee                   | 7  | 17.857         |                     |
| Familie Negatief | Ja                    | 19 | 22.474         | p<.05               |
|                  | Nee                   | 7  | 12.571         |                     |
| Persoon Positief | Ja                    | 19 | 22.000         | p=0.56              |
|                  | Nee                   | 8  | 23.125         |                     |
| Persoon Negatief | Ja                    | 18 | 23.333         | p<.05               |
|                  | Nee                   | 8  | 14.625         |                     |

### 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 is niet significant ( $\chi(1) = .012$ ,  $p = .914$ ). 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:** Chi-kwadraattoets Stigma en Tijd tot hulp zoeken

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

De chi-kwadraattoets van Negatieve Attituden is niet significant ( $\chi(1) = 0.748$ ,  $p = .387$ ). Participanten met een hoge score op Negatieve Attituden hebben geen grotere kans om hoog te scoren op Tijd tot hulp zoeken dan participanten met een lage score op Stigma.

**Tabel 5:** Chi-kwadraattoets Negatieve attituden en Tijd tot hulp zoeken

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

De chi-kwadraattoets van Organisatorische barrières is niet significant ( $\chi(1) = 3.378$ ,  $p = .067$ ). 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 Stigma.

**Tabel 6:** Chi-kwadraattoets Organisatorische barrières en Tijd tot hulp zoeken

|                            |      | Tijd tot hulp zoeken |           |
|----------------------------|------|----------------------|-----------|
|                            |      | Kort                 | Lang      |
| Organisatorische barrières | 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 attituden ( $t(22) = 4.538$ ,  $p < .05$ ), de schaal Stigma ( $t(22) = 2.608$ ,  $p < .05$ ) en de schaal Organisatorische barrières ( $t(22) = 2.752$ ) is een significante 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 7:** Correlaties tussen afname factoren Drempels tot zorg en Tevredenheid met behandeling

|                                 | Afname score<br>Negatieve attituden | Afname score Stigma | Afname score<br>Organisatorische<br>barrières |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| Tevredenheid met<br>behandeling | .061                                | .165                | .165                                          |

## 4 Discussie

### 4.1 Clustering uitspraken PDRS

Allereerst werd middels een kwalitatieve analyse onderzocht of de antwoorden op de twee open vragen over de Problemen na terugkeer overeenkomen met de uitspraken in de vertaalde versie van de Post Deployment Reintegration Scale (PDRS; Blais et al., 2009). Tegen de verwachting in werd er een groot scala aan uitspraken gedaan die niet congruent is aan de stellingen in de vragenlijst. Zes uitspraken uit de vragenlijst werden door participanten spontaan genoemd, de overige 63 uitspraken kwamen niet overeen met stellingen uit de vragenlijst. Tevens konden deze zeventig uitspraken niet ondergebracht worden onder de door Blais et al. (2009) voorgestelde factoren Werk, Familie en Persoonlijk (allen zowel Positief als Negatief). De voorgestelde clusterstructuur bevat de vier overkoepelende clusters Relaties, Transities, Klachten en problemen en de Missie als afgesloten ervaren. Onder Relaties vallen de uitspraken van de clusters Naasten Positief (verdeeld in Partner en Gezin), Naasten Negatief (Verdeeld in Partner, Gezin en Familie) en Vrienden, Kennissen, Omgeving Algemeen. In het cluster Transitie worden de subclusters Belemmerend en Bevorderend (verdeeld in Wennen in Nederland, Leven thuis weer oppakken en Overgang) onderscheiden, het cluster Klachten en problemen kent een verdere verdeling in Ervaren klachten en problemen, Agressie en irritatie en Zelf merken veranderd te zijn. Het vierde en laatste cluster is verdeeld in de subcluster Kameraadschap missen, Verwerken en afsluiten van de missie en het Gevoel weer op missie te gaan. De nieuw gevormde clusters in dit onderzoek geven een indicatie voor uitbreiding en verdere differentiatie van de bestaande clusters zoals opgesteld in de originele versie van de PDRS. Hiermee kan een completer beeld worden gegeven van de problemen die veteranen ervaren wanneer zij terugkeren van een missie. Opvallend is dat het merendeel van de veteranen uit zichzelf voornamelijk negatieve uitspraken doet over de periode na terugkeer. Dit kan deels te verklaren zijn doordat de meerderheid van de veteranen in dit onderzoek klachten ervoer, maar het geeft wel de indruk dat in plaats van de gelijke verdeling van positieve en negatieve items (zoals nu het geval in de PDRS), er meer ruimte zou moeten zijn voor negatieve items.

Bovenstaande resultaten wekken de suggestie dat de vragenlijst met bijbehorende factorstructuur onder de loep genomen moet worden en er eventuele aanpassingen moeten worden gedaan. Een onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie en een longitudinaal design 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 één of enkele militair(en) genoemd is. Toch is er voor nu een sterke

aanwijzing om aan te nemen dat de vragenlijst van Blais et al. (2011) gewijzigd moeten worden, waarbij de voorgestelde alternatieve clustering als voorbeeld kan dienen en er meer ruimte zou moeten zijn voor negatieve items.

#### **4.2 Ervaren klachten en Problemen na terugkeer**

De uitkomst dat militairen die klachten ervaren hoger scoren op de negatieve schalen Familie, Werk en Persoonlijk van de PDRS dan de militairen die geen klachten ervaren, geeft aan dat problemen tijdens de periode van re-integratie een verband hebben met de klachten die men op dat moment ervaart. Het antwoord op de gesloten vraag over klachten en de antwoorden over de periode van terugkeer zijn in huidig onderzoek retrospectief verkregen, waarbij de missie voor veel veteranen al 25 jaar geleden is. Desalniettemin geven veteranen aan nog goed te weten hoe zij toen de terugkeer hebben ervaren, daarom is ervoor gekozen het resultaat toch te presenteren. Het resultaat komt overeen met de verwachting en benadrukt het belang van de re-integratiefase, zoals eerder aangeduid in onderzoek (Bolton et al., 2002; Sayer et al., 2010). In het artikel van Bowling en Sherman (2008) wordt de specifieke en zeer belangrijke rol van het familiedomein van de veteraan beschreven. Dit wordt uitgedrukt in een viertal taken die centraal staan tijdens de re-integratie: herdefiniëring van rollen, verwachtingen en werkverdeling; omgaan met sterke emoties; deblokken van emoties en het creëren van intimiteit in relaties; en het creëren van gedeelde betekenis over de uitzending en de bijbehorende ervaringen. Het resultaat van huidig onderzoek dat klachten samenhangen met Problemen na terugkeer, onderstreept het belang van ondersteuning van het gezin. Deze vier taken kunnen hierbij als leidraad gebruikt worden in het verbeteren van de communicatie binnen het gezin en de manier van omgaan met lastige situaties die kunnen ontstaan. Naast de rol van het gezin blijkt dat ook de bredere sociale context, de gemeenschap, niet over het hoofd mag worden gezien wanneer men een volledig beeld wil krijgen van re-integratie na terugkeer van een missie (Sayer et al., 2011).

De rol van de sociale omgeving evenals persoonlijke aspecten komen ook naar voren in het onderzoek van Pietrzak et al. (2009), waarin gekeken is naar veerkracht en sociale steun die veteranen ervaren na thuiskomst van een missie. Gevonden werd dat veteranen met PTSS lagere niveaus van veerkracht en sociale steun rapporteerden. Daarnaast werd gevonden dat deze twee elementen na terugkeer van een missie in negatief verband staan met traumatische stress en depressieve symptomen. In het geval van veerkracht werden in het bijzonder een verhoogd gevoel van persoonlijke controle en positieve acceptatie van verandering het meest genoemd (Pietrzak et al., 2009). Deze beschermende factoren kunnen bijdragen aan het voorkomen van klachten die na terugkeer ontstaan. Hoewel deze grotendeels al dan niet aanwezig zijn voorafgaand aan de missie,

lijkt het zinvol om deze aspecten te waarborgen en waar mogelijk te versterken, zodat veteranen beter gewapend zijn tegen moeilijkheden na terugkeer.

Bovengenoemde aspecten die meespelen in de re-integratie en klachten die hierbij ontstaan, onderstrepen de noodzaak en de relevantie om bij militairen meer aandacht te besteden aan de mogelijke problemen waar men mee te maken krijgt na terugkeer van een missie. Een uitgebreide informatievoorziening over wat er tijdens de re-integratieperiode kan gebeuren, zorgt voor een eerdere signalering van problemen, met name wanneer reeds voorafgaand aan een missie aandacht wordt besteed aan dit onderwerp. Hoewel hier ook nu al aandacht aan wordt besteed door Defensie, benadrukken de bevindingen van huidig onderzoek het belang van deze informatie en signalering omtrent problemen die veteranen na hun missie ervaren. Wanneer tijdig hulp wordt gezocht, zou dit de kans op langdurige problemen kunnen verminderen of zelfs voorkomen.

Huidig onderzoek, alsmede de meerderheid van de studies die gericht zijn op re-integratieproblematiek bij veteranen, bieden echter geen informatie over de causaliteit van de relatie tussen problemen na terugkeer en klachten die men ontwikkelt. Een indicatie van beschermende factoren vormen veerkracht en sociale steun (Pietrzak, 2009), die grotendeels al aanwezig zijn voordat men op missie gaat. Vervolgonderzoek naar de beschermende factoren en de causaliteit betreffende re-integratieproblemen en klachten wordt naar aanleiding van de bevindingen in huidig onderzoek sterk aangeraden.

### 4.3 Voorgestelde theorie voor Hulpzoekgedrag

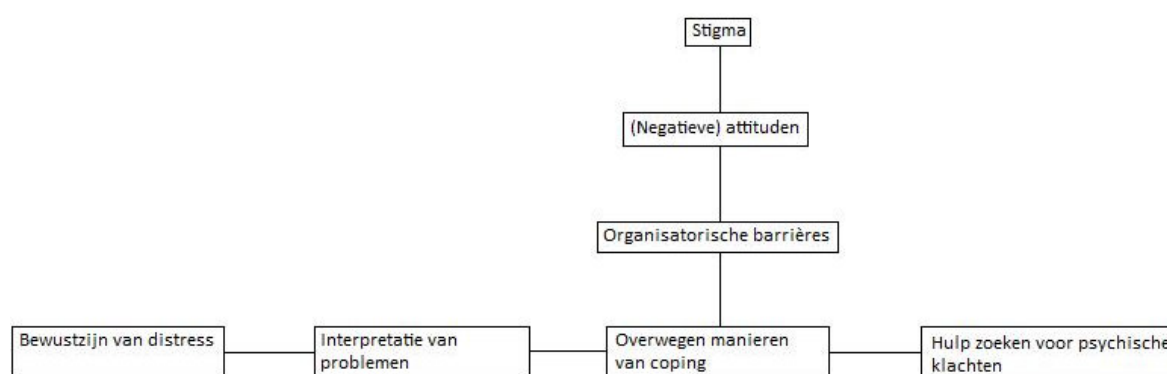
Uit de resultaten van de chi-kwadraattoets blijkt dat de *Theory of Planned Behavior* in dit onderzoek geen goed theoretisch kader biedt om Hulpzoekgedrag onder deze groep veteranen te verklaren aan de hand van de scores op de Drempels tot zorg vragenlijst. Geen van de toetsen bleek significant te zijn,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

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.



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

Een model dat Hulpzoekgedrag onder veteranen wil voorspellen dient rekening te houden met deze factoren, die invloed lijken te hebben op het hulpzoekproces. 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 attituden ten opzichte 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 en het zoeken naar hulp, maar speelt mogelijk ook een rol in het ontstaan van psychische klachten. Mogelijk hanteren veteranen die later klachten ontwikkelen, voorafgaand aan de schokkende ervaringen van 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 niet alleen tot het lang blijven 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 Attituden, 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 problemen na terugkeer 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 Problemen na terugkeer, 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, Problemen na terugkeer en Drempels tot zorg. Doordat de anonimiteit benadrukt werd voorafgaand aan het onderzoek, wordt erop vertrouwd dat deze zelfrapportage tot weinig inaccuraat 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 hulp zoekt voor psychische klachten.

Vervolgstudies zouden zich kunnen richten op grootschaliger onderzoek naar het kwalitatief meten van Problemen na terugkeer, 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. Bovendien is onderzoek naar causaliteit van deze problematiek, evenals het nader bestuderen van beschermende factoren sterk aanbevolen. Een betere informatievoorziening omtrent de mogelijke problemen die men na een missie kan tegenkomen tijdens de re-integratie in het dagelijks leven is van groot belang en draagt bij aan het verminderen en voorkomen van problemen op de langere termijn.

## 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 for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 321-326
- Blais, A.N., Thompson, M.M. & McCreary, D.R. (2009). The Development and Validation of the Army Post-Deployment and Reintegration Scale. *Military Psychology*, 21, 365-386.
- Bolton, E.E., Litz B.T., Glenn, D.M., Orsillo, S., & Roemer, L. (2002). The Impact of Homecoming Reception on the Adaptation of Peacekeepers Following Deployment. *Military Psychology*, 14, 241-251.
- Bowling, U.B. & Sherman, M.D. (2008). Welcoming Them Home: Supporting Service Members and Their Families in Navigating the Tasks of Reintegration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 451-458.
- Britt, T.W. (2007). The Stigma of Mental Health Problems in the Military. *Military Medicine*, 172, 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, 317-335.
- 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.
- Dirkzwager, A.J.E. & Bramsen, I. (2008). Deelname aan vredesmissies: gezondheidsgevolgen en behoefte aan zorg bij veteranen en hun familie. *Bijblijven*, 24, 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. van, 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, 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, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine* 351, 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/](http://www.defensie.nl/landmacht/onderwijs/werkstukken_basisvorming/missies/)
- Mouthaan, J., Dirkzwager, A., de Vries, M., Elands, M., Scagliola, S. & Weerts, J. (2005). Libanon laat ons nooit helemaal los. *Unifilvereniging.nl*.
- 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.
- Sayer, N.A., Noorbaloochi, S., Frazier, P., Carlson, K., Gravely, A. & Murdoch, M. (2010). Reintegration Problems and Treatment Interests Among Iraq and Afghanistan Combat Veterans Receiving VA Medical Care. *Psychiatric Services*, 61, 589-597.
- Sayer, N.A., Frazier, P., Orazem, R.J., Murdoch, M., Carlson, K., Gravely, A., Hintz, S. & Noorbaloochi, S. (2011). Military to Civilian Questionnaire: A Measure of Postdeployment Community Reintegration Difficulty Among Veterans Using Department of Veterans Affairs Medical Care. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 660-670.

- Sayers, S.L., Farrow, V.A., Ross, J. & Oslin, D.W. (2009). Family Problems Among Recently Returned Military Veterans Referred for a Mental Health Evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 163-170.
- Schok, M. (2007). Terugblik op uitzending. Meer werk maken van waardering. *Carré, 6*, 40-44.
- 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, 8*, 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      Echoes Online Post-Deployment Reïntegratie Lijst Nederland (EO-PDRL-NL)**

Wilt u aangeven in welke mate ieder van de onderstaande verklaringen waar voor u is sinds de terugkeer na de laatste uitzending, op een schaal variërend van helemaal niet waar (1) tot helemaal waar (5)? Sinds ik terug ben na mijn meest recente inzet:

1. Ik ben blij dat ik op uitzending geweest ben.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

2. Ik voel me dichterbij mijn familie.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

3. Het wegstoppen van de gebeurtenissen van de uitzending is lastig voor me.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

4. Er is wel wat spanning in mijn familie relaties.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

5. Ik vind militaire bureaucratie meer frustrerend.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

6. Ik ben me meer bewust van problemen in de wereld.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

7. Ik pas werk gerelateerde vaardigheden leerde ik tijdens mijn inzet vaak toe.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

8. Ik moet beter gaan inspelen op de behoeften van mijn familie.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

9. Ik heb er moeite mee om na de verwoestingen die ik zag me te verzoenen met het leven in Nederland

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

10. Ik ben beter kunnen omgaan met stress.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

11. Ik voel dat de uitzending een negatief effect gehad op mijn persoonlijke leven.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

12. Ik voel me in mijn huidige werkzaamheden zijn minder zinvol.

1 2 3 4 5  
Helemaal niet waar Helemaal waar

13. Ik wil meer betrokken worden bij mijn familie relaties.

1 2 3 4 5  
Helemaal niet waar Helemaal waar

14. Ik heb een beter begrip van andere culturen.

1 2 3 4 5  
Helemaal niet waar Helemaal waar

15. Ik voel dat mijn familie het moeilijk vind me te begrijpen.

1 2 3 4 5  
Helemaal niet waar Helemaal waar

16. Ik was verward over mijn ervaringen tijdens de tour.

1 2 3 4 5  
Helemaal niet waar Helemaal waar

17. Het dagelijks werk vind ik saai.

1 2 3 4 5  
Helemaal niet waar Helemaal waar

18. De uitzending is een wissel gaan trekken op mijn gezinsleven.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

19. Ik beseft hoe goed we het hebben in Nederland.

1            2            3            4            5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

20. Ik voel mij een betere soldaat.

1            2            3            4            5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

21. Het is moeilijk om opnieuw te wennen aan het leven in Nederland.

1            2            3            4            5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

22. Kazerneleven is saai.

1            2            3            4            5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

23. Ik beseft hoe belangrijk mijn gezin voor mij is.

1            2            3            4            5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

24. Ik heb een grotere waardering van de waarde van het leven.

1            2            3            4            5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

25. Om weer in tune te geraken met een familie-leven is lastig.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

26. Om weer terug te zijn in Nederland is een beetje een cultuurschok.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

27. Ik ben er trots op in xxxx te hebben gediend.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

28. Ik heb een grotere behoefte me te verbinden met mijn familie.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

29. Ik heb een grotere waardering voor de gemakken en vanzelfsprekendheden hier in Nederland

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

30. Ik voel een lagere niveau van voldoening op mijn werk.

|                    |   |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5             |
| Helemaal niet waar |   |   |   | Helemaal waar |

31. Ik voel dat mijn familie boos was over mijn afwezigheid.



1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

32. Ik heb overwogen Defensie te verlaten.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

33. Ik heb meer waardering voor onze verworven rechten en vrijheden in Nederland

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

34. Ik heb sterkere vriendschappen ontwikkeld.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

35. Aandacht voor andere dingen dan de uitzending is moeilijk.

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

36. Ik heb een dieper gevoel van waardering voor de tijd die ik doorbreng met mijn familie

1 2 3 4 5

Helemaal niet waar

Helemaal waar

### Bijlage 3 Perceived Barriers to Mental Health Care (Drempels tot zorg vragenlijst)

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

## Bijlage 4 Clustering kwalitatieve uitspraken Problemen na terugkeer

### Relaties

#### Naasten Positief (partner, gezin)

##### Partnergerelateerd

Mijn partner en ik zijn er sterker door geworden

I

##### Gezinsgerelateerd

Het was leuk om mijn gezin weer iedere dag te zien

I

Mijn gezin was blij dat ik weer terug was

I I I I I I I I I I

#### Naasten Negatief (partner, gezien, familie)

##### Partnergerelateerd

Er waren complicaties en ruzies tussen mijn partner en mij geweest

I

Mijn partner deed afstandelijker tegen me

I

Ik moest er aan wennen dat mijn partner nu baas in huis was en dingen op zijn/haar manier deed

I

Mijn partner wilde niet over mijn uitzending praten

I

##### Gezinsgerelateerd

Ik moest me sterk aanpassen toen ik weer in mijn gezin terugkwam.

I

##### Familiegerelateerd

**Er is wel wat spanning in mijn familie relaties\*.**

I

**Ik voel dat mijn familie het moeilijk vindt me te begrijpen\*.**

I I

Ik had voor mijzelf niet duidelijk wat ik nou eigenlijk wilde zeggen over de uitzending tegen mijn familie

I

#### Vrienden, kennissen, omgeving, algemeen

##### Sociale relaties

Ik vond geen aansluiting bij mijn oude vrienden

II

Mijn sociale contacten waren over

I

Niemand zat te wachten op mijn verhalen van de missie

I I

Ik kon mijn ei niet kwijt

I

Mijn omgeving vond dat ik veranderd was, in negatieve zin

III

Ik wilde niet al mijn verhalen en diepere gevoelens aan mijn vrienden en kennissen vertellen

I  
Mensen met wie ik voor de missie veel contact had werden minder belangrijk

I  
Transities

**Bevorderend**

Door mijn werk ging ik door met mijn leven

I  
Ik ging meteen weer dingen ondernemen toen ik thuis kwam  
IIII  
Ik deed al snel weer mee aan de normale gang van zaken  
II I

**Belemmerend**

Wennen in Nederland

Ik vond dat ze zich in Nederland zich druk maken over futiliteiten  
IIII I

Ik vond de kleine dingen niet meer zo belangrijk toen in terug was  
I

**Het is moeilijk om opnieuw te wennen aan het leven in Nederland\***

II I I

**Om weer terug te zijn in Nederland is een beetje een cultuurschok\***

I  
Het was voor mij erg omschakelen  
I

Ik vind het moeilijk dat ik in deze maatschappij niet meer die macht heb ik die het gevoel had daar te hebben.  
I

**Ik voel me in mijn huidige werkzaamheden minder zinvol\***

II I

Ik miste de duidelijkheid van het militaire werk toen ik terug was  
I

**Het kazerneleven is saai\***

I

Leven thuis weer oppakken

Het voelde alsof je in een gat viel

II I

Er werd van me verwacht dat ik meteen weer mee draaide in het normale leven  
I

Ik vond het moeilijk om mijn draai te vinden in het leven  
II I

II I

Ik had niks te doen hier  
I

Ik dacht dat de tijd stil had gestaan, maar al het leven was gewoon doorgegaan  
I

I

Ik ging thuis weer op zoek naar de adrenaline die ik had tijdens de missie  
I

I

Ik vond het al gauw saai thuis  
I

I

Ik was werkloos (en kon geen uitkering aanvragen)  
I

I

Ik vluchtte weg in mijn werk  
|  
Ik voelde me niet meer thuis in mijn eigen huis  
|  
De periode na de thuiskomst was erg hectisch  
|

#### Overgang

De overgang van weer terug zijn was soms te overweldigend  
|  
Ik vond de grote overgang moeilijk  
|  
De tussenperiode van missie naar thuis had langer mogen duren  
|  
Mensen om mij heen wisten eigenlijk helemaal niet wat ik daar had gedaan  
||

#### Klachten en problemen

##### Ervaren klachten en problemen

Ik had veel medische klachten bij terugkeer  
|  
Door mijn medische klachten kon ik niet werken  
|  
Ik ging veel drinken  
|  
Ik voelde me niet veilig  
|  
Ik moest waken van mezelf en sliep daardoor nauwelijks.  
|  
Ik wantrouwde iedereen  
|  
Ik kon me slecht concentreren op mijn werk  
|

##### Agressie en irritatie

Ik had een kort lontje  
|||  
Ik voelde sterk te behoefte mijn boosheid te uiten op andere mensen  
|  
Ik had sterke emotionele/kwade gevoelens toen ik thuis was  
|  
Ik was een tijd kortaf  
|  
Er was een tijdje geen ruimte voor discussie  
|  
Ik maakte me snel druk/boos om dingen  
|

##### Zelf merken veranderd te zijn

Ik was ontzettend veranderd

II  
Er was van alles mis met mij  
I  
Ik kon niet meer aarden  
I

### De missie als afgesloten ervaren

#### Kameraadschap missen

Ik miste het hechte contact met mijn kameraden  
I  
Ik miste het kameraadschap van de missie op mijn werk  
I

#### Verwerken/afsluiten missie

Door over de uitzending na te denken verwerk je de uitzending  
I  
Ik besepte heel lang niet wat me nou allemaal overkomen is  
I  
Het duurde een tijd voordat de ervaringen op missie bezonken waren  
I  
Ik wilde niks meer met de missie te maken hebben en het zo snel mogelijk afsluiten  
I  
De gewoontes die ik op missie had om gevaar te vermijden, hield ik hier nog een tijd vast  
II  
Van Defensie heb ik nooit meer iets gehoord  
I  
Ik was nog regelmatig bezig met de mensen die nog op de missie waren  
I  
Ik kon de missie pas afsluiten toen iedereen veilig thuis was  
I

#### Het gevoel weer op missie te gaan

Ik had het gevoel dat ik elk moment weer terug ging  
I  
In gedachten ging ik nog vaak terug naar de missie  
I  
Ik had (soms) het gevoel dat ik daar nog was  
II I  
Ik wilde het liefst weer terug  
IIII  
Ik had heimwee naar de missie  
I

\* Dikgedrukte uitspraken zijn komen overeen met de uitspraken zoals opgenomen in de PDRS van Blais et al. (2009).