

Masterthesis



Hulpvragen van veteranen die zich aanmelden bij het Centraal Aanmeldpunt in 2010: Dossier- en kwalitatief onderzoek

28-08-2012
Jos van Engelen
Klinische en Gezondheidspsychologie
3269132
Universiteit Utrecht

Begeleiders:
Universiteit Utrecht: Prof. dr. Rolf Kleber
Veteraneninstituut: Dr. Michaela Schok
Onderzoek uitgevoerd aan het
Veteraneninstituut Doorn
Afdeling Kennis- en onderzoekscentrum



Abstract

Het doel van deze thesis is de hulpvragen van veteranen die zich in 2010 hebben aangemeld bij het CAP te onderzoeken. De uitgebreide literatuur op het gebied van veteranen beschrijft vele klachten die samenhangen met de uitzending, zoals aanpassingsklachten en PTSS.

Echter, dossieronderzoek naar de hulpvragen van veteranen is nog niet uitgevoerd.

In deze thesis worden 250 dossiers van het CAP gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Tevens wordt onderzocht of er een verband is tussen de hulpvragen en de uitzending. Daarnaast wordt met een kwalitatieve analyse dieper ingegaan op hulpzoekgedrag en welke processen daaraan ten grond liggen.

De resultaten laten zien dat er veel gegevens ontbreken uit de dossiers om causale verbanden te leggen. Ongeveer de helft van de gegevens ontbreekt! Een chi-kwadraat toets is toegepast om te onderzoeken of er een verband is tussen de drie hulpvragen die het meest voorkomen en de vier uitzendgebieden die het meest voorkomen. Voornamelijk veteranen die naar voormalig Joegoslavië zijn uitgezonden meldden zich aan in 2010 bij het CAP met 'psychosociale hulpvragen' en vragen om hulp bij 'een verwerking van een schokkende ervaring'.

Uit de kwalitatieve analyse komt naar voren dat veteranen zichzelf weliswaar aanmelden, maar dat de stimulans hiervoor vaak uit de omgeving van de veteraan komt. Maatschappelijk werkers verzorgen het contact met de veteranen. Deze zorg staat onder druk door 'een hoge case load', dat wil zeggen een groot aantal te behandelen cliënten per maatschappelijk medewerker.

Vervolgonderzoek naar CAP-dossiers uit 2011 is nodig om te onderzoeken of het gevoerde beleid van de beheerder op de dossiers wordt toegepast.

Inhoudsopgave

Inleiding

- Klachten
- Hulpzoekgedrag
- Sociale steun
- Zorgprocessen
- Dit onderzoek

Methode

- Opzet onderzoek: dossieronderzoek
- Opzet onderzoek: kwalitatief onderzoek
- Participanten
- Het CAP
- Analyse

Resultaten

- Resultaten: dossieronderzoek
- Demografische gegevens
- Uitzendgegevens
- Contactgegevens
- Chi-kwadraattoets
- Resultaten: kwalitatief onderzoek

Discussie

- Conclusie dossieronderzoek
- Bespreking dossier resultaten
- Conclusie kwalitatief analyse
- Bespreking kwalitatieve resultaten

Referenties

Bijlage 1 Kringenmodel Gersons (2005)

Bijlage 2 Codering dossiers

Bijlage 3 Frequentietabellen

Bijlage 4 Intakeformulier

Inleiding

Nederland heeft geparticipeerd in tientallen internationale militaire missies sinds 1945. Hierbij werd 650.000 militair personeel ingezet (Klep & Gils, 2005). Belangrijke conflictgebieden waar Nederlandse soldaten zijn ingezet zijn Korea, Indonesië, Nieuw Guinea, voormalig Joegoslavië en recentelijk Irak en Afghanistan. Als militairen uitgezonden zijn geweest, krijgen ze automatisch de status van veteraan. De officiële definitie volgens het Ministerie van Defensie luidt: ‘Alle gewezen militairen met de Nederlandse nationaliteit die het Koninkrijk der Nederlanden hebben gediend onder oorlogsomstandigheden of daarmee overeenkomende situaties, inclusief vredesmissies binnen en buiten het verband van de Verenigde Naties’ (www.defensie.nl). Tot het takenpakket van militairen behoren gevechtsacties, maar ook het handhaven en stabiliseren van de vrede en sinds 1990 ook humanitaire hulp bieden en observatie (Schok, 2009). Deze veelal gevaarlijke en soms zelfs levensbedreigende situaties, zoals beschietingen en gijzelingen kunnen heftige gevoelens doen ontlokken en kunnen zorgen voor blijvende herinneringen die voor altijd het leven van veteranen beïnvloeden.

Klachten

Het overgrote deel van de veteranen komt zonder gezondheidsproblemen terug van de uitzending maar een deel van de militairen ontwikkelt klachten. Er is een groep veteranen, bij wie er schade is als gevolg van een dienstongeval (Hopman, 2008). Daarnaast is er een groep die mentale klachten ontwikkelt. Ongeveer 20% ontwikkelt aanpassingsklachten en ongeveer vijf procent ontwikkelt Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), (Kloet, Vermetten & Unck, 2002).

De term posttraumatische stressstoornis wordt gebruikt als diagnose voor de aanwezigheid van langdurige stressreacties nadat een persoon is blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis. Een posttraumatische stressstoornis wordt gekenmerkt door terugkerende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, vermijding van traumagerelateerde prikkels of een afstomping van de algemene reactiviteit en een verhoogde prikkelbaarheid (zoals moeite met in- of doorslapen, overmatige waakzaamheid of woede uitbarstingen). De klachten duren minimaal vier weken en veroorzaken aanzienlijke beperkingen in het functioneren van de persoon (Bramsen, Dirkzwager & van der Ploeg, 1997).

Onderzoek in de normale populatie naar prevalentie van PTSS laat zien dat, zoals hierboven vermeld, ongeveer 5% van de populatie hier mee te maken krijgt. Vrouwen hebben twee keer zoveel kans als mannen op het ontwikkelen van PTSS na een traumatische gebeurtenis, ondanks dat mannen aangeven vaker bij trauma's betrokken te zijn. De waarschijnlijkheid om PTSS te ontwikkelen hangt samen met het type trauma, de frequentie en impact van de gebeurtenis, waarbij een toename van deze factoren geassocieerd wordt met een hogere kans op het ontwikkelen van PTSS (Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005). Daarnaast zoeken mannen ook minder snel hulp als ze ziek zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is 'traditioneel masculien gedrag' van mannen, maar duidelijke beweegredenen voor dit gedrag ontbreken (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Als mannen al hulp zoeken is de belangrijkste factor hiervoor lichamelijk ongenoegen. Summiere emotionele problemen verhogen wel de kans op raadpleging van de huisarts.

De gemiddelde tijd tussen uitzending en intake bedraagt bijna tien jaar (Kloet, Vermetten & Unck, 2002). Deze tijd kan verklaard worden door de symptomen van PTSS, waarbij sprake is van aanhoudende vermijding van prikkels die horen bij het trauma of van afstomping van de algemene reactiviteit.

Hulpzoekgedrag

Een van de factoren die ervoor zorgt dat militairen geen mentale hulp zoeken is stigma. Stigma kan gedefinieerd worden als een stempel die ervoor zorgt dat je gescheiden wordt van anderen en geassocieerd wordt met negatieve eigenschappen (Kim, Britt, Klocko, Lyndon & Adler, 2011). In een studie naar Amerikaanse militairen en mariniers die uitgezonden waren geweest naar Irak of Afghanistan werd gekeken welke proportie militairen mentale problemen hadden, maar geen hulp zochten en welke barrières zij ondervonden. Barrières die veelal naar voren kwamen, waren dat ze genegeerd zouden worden door hun teamleden en het zoeken van hulp hun carrière zou schaden en ze zouden worden gezien als zwak (Hoge, Castro, Stephen, Messer, McGruk, Cotting & Koffman, 2004). Een tweede barrière die ervoor zorgt dat militairen minder snel hulp zoeken is van organisatorische aard. Militairen die een screening ondergingen voor mentale problemen maakten zich zorgen over de moeilijkheid om een afspraak te maken, tijd vrij krijgen voor behandeling en de kosten die mentale hulp met zich meebrengen (Kim et al., 2011). De belangrijkste voorspeller van het niet zoeken van mentale hulp is een negatieve attitude volgens Kim et al., (2011). Hieronder vallen barrières, zoals geen vertrouwen hebben in mentale behandelaars, leiders ontmoedigen het gebruik en

de zelfredzaamheid werd benadrukt doordat aangegeven werd dat psychologische problemen vanzelf wel overgaan en mentale hulp niet nodig is.

Fikretoglu, Brunet, Guay en Pedlar beschrijven in 2007 een aantal andere factoren die niet van invloed zijn op hulpzoekgedrag bij militairen met PTSS, maar ook een factor die wel een rol speelt. In hun Canadese studie onder militairen werd gekeken naar wie PTSS ontwikkelden. Op een totaal van 8441 militairen voldeden 549 aan het criterium voor PTSS. Ondanks dat er een behoorlijk grote proportie militairen mentale hulp zocht, deed één op de drie dit nooit. Redenen die hiervoor worden aangedragen zijn stigma en te weinig symptomen/klachten. Bij militairen bij wie als comorbiditeit depressie werd geconstateerd zochten eerder de geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met militairen met PTSS zonder depressie als comorbiditeit. Een toename in symptomen/klachten zorgt dus voor een grotere kans op het bezoeken van de geestelijke gezondheidszorg.

Sociale steun

Het hebben van sociale steun werkt als een buffer tegen gezondheidsproblemen. Die bevinding werd ook geconstateerd door Boscarino (1995). In een onderzoek naar 2490 veteranen die in Vietnam gediend hebben vergeleken met 1972 veteranen die in dezelfde periode gediend hebben, maar niet uitgezonden zijn naar Vietnam, kwam naar voren dat sociale steun een belangrijke voorspeller is van geestelijke gezondheid. Vietnam-veteranen die weinig bronnen van sociale steun tot hun beschikking hebben en bij wie de ontvangen steun van lage kwaliteit is, hebben significant vaker diagnoses van PTSS, gegeneraliseerde angststoornis, depressie, en alcoholverslaving. Daarbij bleek het risico op PTSS bij veteranen met weinig sociale steun 80% hoger te zijn in vergelijking met veteranen met een gemiddelde hoeveelheid sociale steun en 180% hoger vergeleken met veteranen die het gevoel hebben veel en kwalitatief goede sociale steun te ontvangen (Boscarino, 1995). In een zowel cross-sectioneel als longitudinaal onderzoek van Dirkzwager, Bramsen en van der Ploeg (2003) naar 1476 Nederlandse Libanon veteranen wordt ook een verband gevonden tussen sociale steun en het ontwikkelen van PTSS. Meer negatieve sociale contacten en minder positieve sociale contacten worden geassocieerd met ernstigere PTSS klachten. Een kanttekening van Dirkzwager et al. hierbij is dat het hebben van PTSS klachten de tevredenheid met de ontvangen sociale steun negatief kan beïnvloeden.

Taft, Stern, King en King (1999) concluderen op basis van de data van de *National Vietnam Veterans Readjustment Study* dat sociale steun een mediërende variabele in het verband tussen blootstelling aan gevechtssituaties en PTSS is, bij zowel mannen als vrouwen.

Er bestaat een direct verband tussen blootstelling aan gevechtssituaties en het ontwikkelen van PTSS, maar dit verband wordt beïnvloed door het ontvangen van veel of weinig sociale steun na afloop van de traumatische gebeurtenis.

In een meta-analyse van Ozer et al. (2003) wordt een significant verband gevonden tussen sociale steun en het ontwikkelen van PTSS klachten ($r = -.28$). Wanneer minder sociale steun wordt ervaren na een traumatische gebeurtenis worden meer PTSS klachten ontwikkeld. Dit verband werd zowel in burgerpopulaties als veteranenpopulaties gevonden.

Zorgproces

Wanneer een veteraan toch problemen ontwikkelt treedt er een zorgproces in werking dat uitgelegd kan worden met behulp van het driekringen model (bijlage 1). Het driekringen model komt oorspronkelijk van de civiele GGZ, maar is toegepast op de militaire GGZ en geeft een overzicht van de 'stepped care' ofwel getrapte zorg (Gersons, 2005). Getrapte zorg betekent dat een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek aangeboden wordt. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft wordt naar een intensievere interventie overgegaan (www.marijeban.nl).

Dit komt ook naar voren in het kringenmodel. Elke kring fungeert als een filter voor de toestroom naar de volgende kring, waarin een steeds hogere mate van specialisatie is gepositioneerd. Het kringenmodel heeft als doel het vermijden van onnodige medicalisering en het zo gericht mogelijk inzetten van schaarse deskundigheid.

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de militaire GGZ in 'brede' zin (de binnenste kringen van het kringenmodel) en de militaire GGZ in 'engere' zin (de buitenste kring van het kringenmodel). Een goede verbinding tussen de kringen is van groot belang voor het goed functioneren van de militaire GGZ. De eerste kring begint bij de militair of veteraan zelf die de verantwoordelijkheid heeft zo gezond mogelijk te blijven en bij problemen hulp of behandeling te zoeken. Hierbij kan hij/zij steun zoeken in de eerste kring uit het kringenmodel (familie, vrienden, buddy, groep en lotgenoten) dan wel in de andere kringen.

De tweede kring bestaat uit steunsystemen die niet tot de gezondheidszorg worden gerekend, bijvoorbeeld het Centraal Aanmeld Punt (CAP) dat onderdeel is van het Veteraneninstituut (Vi). Veteranen of mensen uit de omgeving van een veteraan kunnen contact opnemen met dit instituut met vragen wat betreft informatie of vragen om hulp.

De derde kring staat ook wel bekend als ‘eerstelijnsgezondheidszorg’. Hiertoe behoren de militaire artsen die preventieve, curatieve en bedrijfsgeneeskundige zorg leveren en de maatschappelijk werkenden van de Maatschappelijke Dienst Defensie (MDD), de Geestelijke Verzorging (GV) en het Veteraneninstituut (Vi). Vanuit het perspectief van de militaire GGZ vervullen deze gelijksoortige rollen. Militairen die zorg nodig hebben kunnen zich rechtstreeks tot hen wenden. Lichte psychische of psychosociale problemen kunnen in de eerste lijn worden behandeld en opgelost, volgens het getrapte zorg idee. De eerstelijnsarts richt zich daarbij vooral op de medische aspecten, de maatschappelijke werker meer op de sociale aspecten. Zwaardere psychische of psychosociale problematiek wordt doorverwezen naar de militaire GGZ in ‘engere’ zin waartoe psychologen en psychiaters behoren (Gersons, 2005).

Het Vi speelt in de tweede kring met het CAP een cruciale rol voor veteranen en ook voor dit onderzoek. Alle aanmeldingen worden geregistreerd door het CAP. Dit wordt gewaardeerd door veteranen. Uit tevredenheidsonderzoek onder veteranen en diensslachtoffers blijkt de begeleiding en werkwijze door driekwart voldoende tot goed te worden beoordeeld (KTO-rapportage, 2010). Daarnaast zijn de participanten te spreken over het bereikte resultaat en dan vooral op het gebied van de coping met hun problemen en dat veteranen weten waar ze moeten zijn voor hun problemen.

Dit onderzoek

Uit voorgaande beschrijving blijkt met welke problemen veteranen kampen (vooral PTSS en aanpassingproblematiek), hoeveel deze problemen voorkomen en wat de gevolgen zijn. Er wordt ingegaan op de factoren die aangeven waarom er geen hulp wordt gezocht, ondanks de klachten. Daarnaast wordt een model van de getrapte zorg uitgelicht, waarin wordt aangegeven hoe de wegen naar de GGZ verlopen. Maar het is nog niet inzichtelijk met welke hulpvragen veteranen zich aanmelden. Met kennis hiervan kan de zorg voor veteranen verbeterd worden. Het inzichtelijk maken van de hulpvraag van veteranen is dan ook het doel van dit onderzoek. Evenals een beschrijving van hoe het hulpverleningsproces eruit ziet. De hoofdvraag is: ‘Wat is de hulpvraag van veteranen die zich in 2010 hebben aangemeld bij het CAP?’. Deze hoofdvraag wordt beantwoord door middel van deelvragen. Een deel daarvan zal door dossieronderzoek beantwoord worden en een ander deel door kwalitatief onderzoek. De deelvragen die door middel van dossieronderzoek beantwoordt zullen worden zijn:

- Met behulp van welk medium melden veteranen zich aan?
- Wat is het dienstverband geweest van veteranen die zich aanmelden in 2010?

- Wat is de hulpvraag (hulpvragen) waarmee veteranen zich aanmelden?
- Is er een relatie tussen uitzendgebied en hulpvraag?

Met kwalitatief onderzoek worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- Hoe verloopt de hulpverlening en hoe ziet deze eruit?
- Wat is de rol van de partner bij aanmelding en het verloop van het hulptraject?
- Hoe ontwikkelt de hulpvraag zich?
- Welke processen zijn van invloed op niet-hulpzoekgedrag?

Methode

Opzet onderzoek: dossieronderzoek

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Het dossieronderzoek zal gaan over veteranen die zich in 2010 hebben aangemeld bij het CAP met een hulpvraag. Dossiergegevens komen uit de database Care4 zoals ingevoerd door de betrokken maatschappelijk werkers. Hieronder volgt een nadere toelichting hoe het CAP werkt.

Nederlandse veteranen zijn op tientallen missies geweest. Met betrekking tot het uitzendgebied diende een selectie te worden gemaakt. Met behulp van militair historicus Martin Elands en Dr. Michaela Schok is een lijst van 10 uitzendgebieden plus een overige categorie samengesteld die gebruikt zal worden in het onderzoek.

De 17 hulpvragen van het intakeformulier uit Care4 (systeem voor maatschappelijk werkers waarin zij gegevens met betrekking tot veteranen opslaan) zijn overgenomen als variabele voor dit onderzoek. Dit had als reden de variabelen zo duidelijk en herkenbaar mogelijk te houden. Er is een codeboek gemaakt voorafgaand aan het onderzoek waarin alle variabelen zijn opgenomen (bijlage 2) Met behulp van deze dossiergegevens zullen de eerste vier deelvragen beantwoord worden. In bijlage 2 is ook beschreven hoe de codering tot stand is gekomen.

Opzet onderzoek: kwalitatief gedeelte

Het tweede gedeelte van het onderzoek betreft kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek komt voort uit het project ‘‘Uw mening, onze missie: Het perspectief van veteranen en hun partners/ gezinsleden met betrekking tot kwaliteit van zorg’’. Met dit project werd geprobeerd een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg aan veteranen en hun partners/ gezinsleden in Nederland. Een twee uur durende focusgroep met acht maatschappelijk werkers, die werkzaam zijn in verschillende regio’s in het land, werd georganiseerd om van gedachten te wisselen over dit onderwerp. Er werd een analyse van deze focusgroep gemaakt om de andere vier deelvragen beantwoord worden.

Participanten

De participanten betreffen een gerandomiseerde selectie van 250 van de 803 veteranen die zich in 2010 hebben aangemeld bij het Centraal Aanmeld Punt (CAP). Dienstslachtoffers worden buiten beschouwing gelaten.

Het CAP

Veteranen kunnen om verscheidene redenen contact opnemen met het CAP. Dit kan een simpele informatievraag betreffen die telefonisch afgehandeld kan worden of betreft een hulpvraag. Veteranen die zich met een hulpvraag melden zijn van belang voor dit onderzoek. Zodra een veteraan zich aanmeldt bij het CAP via een bepaald medium (telefoon, mail, brief of in persoon tijdens een bezoek) wordt gevraagd naar naam en geboortedatum door een CAP-medewerker (die 24 uur per dag bereikbaar zijn) en wordt gekeken of er al een dossier aangemaakt is voor deze persoon. Is dat het geval dan wordt deze erbij gepakt en anders wordt er een gestandaardiseerd intakeformulier ingevuld. Afhankelijk van de woonplaats van de veteraan krijgt hij of zij een maatschappelijk werker van die regio toegewezen. Nederland is onderverdeeld in drie regio's: Noord, Midden en Zuid. Tot de noordelijke provincies behoren: Noord-Holland, Groningen, Friesland en Drenthe. De regio midden bestaat uit: Overijssel, Gelderland, Flevoland en Utrecht en de regio zuid bestaat uit: Zuid-Holland, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. De maatschappelijk werker doet vervolgens een inventarisatie en maakt een plan van aanpak en kijkt welke problemen er spelen en of er eventueel doorwezen moet worden naar tweede of derdelijnszorg. Al deze gegevens worden opgenomen in dossiers waarvan in dit onderzoek een selectie van 250 dossiers geanalyseerd zal worden.

Analyse

SPSS software (versie 18.0) werd gebruikt om gegevens uit de dossiers van het CAP te analyseren. De kwalitatieve analyse komt voort uit van het manuscript van de focusgroep. Het manuscript is gemaakt op basis van geluidsopnames van de focusgroep. De belangrijkste aspecten voor dit onderzoek werden uit het manuscript gelicht en bewerkt door de onderzoeker.

Resultaten: dossieronderzoek

Demografische gegevens

In Tabel 1 staat een beschrijving van de demografische gegevens van de steekproef van 250 veteranen. Door ontbrekende gegevens kunnen aantallen variëren. Er is gekozen om het aantal valide en het aantal ontbrekende gegevens weer te geven, omdat dit een belangrijk probleem vormt voor de verdere analyse.

De gemiddelde leeftijd was 54,59 jaar ($SD=20,41$) en varieerde van 24 tot 97 jaar. De steekproef bestond voornamelijk uit mannen (89,6%) tegenover (10,4%) vrouwen. De meeste van hen waren gehuwd/samenwonend (47,6%), terwijl een substantiële groep (33,2%) alleenstaand was.

Tabel 1. Demografische gegevens.

			Valid N	Missing N
Leeftijd	54,59(M)	20,41(SD)	246	4
Geslacht			249	1
Man	223	89,6 %		
Vrouw	26	10,4 %		
Burgerlijke Staat			250	0
Gehuwd/ samenwonend	119	47,6%		
Alleenstaand	83	33,2%		
Gescheiden	15	6%		
Onbekend	33	13,2%		

Uitzending

Gemiddeld werden de veteranen 1,32 ($SD=0,78$) keer op uitzending gestuurd en duurde de missie 6,17 ($SD=2,55$) maanden. De meeste veteranen dienden in de Koninklijke Landmacht (86,9%) en waren Beroeps Bepaalde Tijd (BBT'ers) (38%) (Tabel 2).

Contact

Het grootste gedeelte van de veteranen zocht zelf contact (42,3%). Opvallend is dat er ook een grote groep 'overig' is die zorgde voor het contact met het CAP (29,7%). Deze overige groep bestaat voornamelijk uit veteranen die zijn aangemeld door het ABP. Het gemiddeld aantal contacten met een maatschappelijk werker bedroeg 12,53 ($SD=15,22$).

De wijze van aanmelding geschiedde voornamelijk via de telefoon (76,7%) en e-mail (20,9%). De maatschappelijk medewerkers verwezen ongeveer de helft van de tijd niet door (55,1%). Bij doorverwijzing gebeurde dit naar Centrum 45 (6,3%) naar het MGGZ (10,2%) of naar 'overige instanties' (27,6%). Onder 'overige instanties' wordt ABP het meest genoemd (tabel 3).

Tabel 2. Uitzendinggegevens.

	N	%	Valid N	Missing N
Krijgsmachts- deel			127	123
	107	86,9		
KL				
KM	15	12,2		
Kmar	2	1,6		
Klu	3	2,4		
Dienstverband			100	150
BBT	57	57		
Dienstplichtig	25	25		
Beroeps	8	8		
K.V.V.	1	1		
BOT	3	3		

Oorlogs- vrijwilliger	3	3
Technisch specialist	2	2
Anders	1	1

Tabel 3. Contact.

	N	%	Valid	Missing N
Wie zorgde voor het contact			110	140
Zelf	47	42,3		
Partner	4	3,6		
Familie	5	4,5		
Vrienden	1	0,9		
	14	12,6		
Hulpverlening				
Kameraad	4	3,6		
Onbekend	2	1,8		
Overig	33	29,7		
Wijze van aanmelding			129	121
Telefoon	99	76,7		
E-Mail	27	20,9		
Persoonlijk bezoek	3	2,3		
Verwijzing mw.			127	123
Centrum 45	8	6,3		
Defensie	1	0,79		
Overig	35	27,6		
Geen verwijzing	70	55,1		
MGGZ	13	10,2		

In tabel 4 staat een overzicht van de frequentie van veteranen per plaats van van de eerste uitzending. Er is gekozen om alleen de eerste uitzending te analyseren, omdat het gemiddelde aantal missies 1,32 bedroeg. Niemand van de selectie van 250 veteranen is uitgezonden geweest tijdens de Tweede wereldoorlog en tijdens de Korea-oorlog. Opvallend is dat 50 veteranen (39,7%) gediend heeft in voormalig Joegoslavië. Dit maakt hen de grootste groep in dit onderzoek.

Tabel 4. Frequentie veteranen per plaats van uitzending.

Oorlog / Uitzendgebied	Frequentie	(%)	Valid N	Missing N
Tweede wereldoorlog	0	0	126	124
Nederlands-Indië	20	15,9		
Korea-oorlog	0	0		
Eerste en Tweede Golfoorlog	1	0,8		
Libanon	19	15,1		
Voormalig Joegoslavië	50	39,7		
Irak	4	3,2		
Afghanistan	16	12,7		
Cambodja	2	1,6		
Overig	14	11,1		
Totaal	126	100		

In de Tabellen 1 tot en met 17 in Bijlage 3 wordt de hulpvraag gerelateerd aan de plaats van uitzending. Het was niet mogelijk de verbanden statistisch te toetsen doordat de aantallen per groep te laag waren. Om die reden dienen de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd te worden.

De meest voorkomende hulpvragen zijn ‘Psychosociale hulpvragen’ 86 keer (100%) en ‘Verwerking van een schokkende ervaring’ 55 keer (100%) . Het minst komen ‘Seksueel misbruik’ en ‘School en onderwijs’ (beide 0 keer) voor. De grootste groep die bij de meeste hulpvragen naar voren komt is de groep uit voormalig Joegoslavië. Dit is niet verwonderlijk, als tabel 4 in acht wordt genomen, waaruit naar voren komt dat voormalig Joegoslavië de grootste groep veteranen betreft 50 (39,7%). Opvallend is dat Nederlands-Indiërs relatief veel om huisvesting vragen 7 (50%).

Relaties tussen variabelen

Naar aanleiding van deze resultaten is ervoor gekozen om de Chi-kwadraattoets toe te passen. Deze statistische toets maakt het mogelijk om na te gaan of er een relatie is tussen categorische variabelen, in dit geval uitzendgebied en hulpvraag. 4 uitzendgebieden zijn geselecteerd op basis van het aantal veteranen per gebied, namelijk Nederlands Indië, Libanon, voormalig Joegoslavië en Afghanistan. Er wordt gekeken of deze uitzendgebieden een significante relatie hebben met de hulpvragen die het meest voorkomen of opvallend zijn (Tabel 5 tot en met 7)

‘‘Hulpvraag Verwerking schokkende ervaring’’

105 veteranen totaal zijn uitgezonden naar deze 4 uitzendgebieden.

Van de 105 veteranen hadden 60 geen hulpvraag met betrekking tot een ‘verwerking van een schokkende ervaring’ en 45 hadden een hulpvraag.

Er is een significante relatie tussen de hulpvraag ‘‘verwerking van een schokkende ervaring’’ en de vier uitzendgebieden. $\chi^2(3) = 15,39$, $p < .005$. Vooral de veteranen uit voormalig Joegoslavië hadden een grotere hulpvraag met betrekking tot verwerking (Tabel 5).

Tabel 5.

	Verwerking schokkende ervaring		
Plaats van uitzending	Geen hulpvraag (%)	Hulpvraag (%)	Totaal (%)
Nederlands-Indië	19 (18,1%)	1 (1%)	20 (19,1%)
Libanon	10 (9,5%)	9 (8,6%)	19 (18,1%)
Voormalig Joego.	22 (21%)	28 (26,7%)	50 (47,7%)
Afghanistan	9 (8,6%)	7 (6,7%)	16 (15,3%)
Totaal	60 (57,1%)	45 (42,9%)	105 (100%)

‘‘Psychosociale hulpvragen’’

Van de 105 veteranen hadden 30 geen hulpvraag met betrekking tot psychosociale klachten en 75 hadden een hulpvraag. Er is een significante relatie tussen ‘‘psychosociale hulpvragen’’ en de vier uitzendgebieden $\chi^2(3) = 16,34$, $p < .001$. Wederom hadden met name de veteranen uit voormalig Joegoslavië een grotere hulpvraag (Tabel 6).

1 cel (12,4%) heeft een verwachte waarde van minder dan 5. De minimale verwachte waarde is 4,57.

Tabel 6.

Psychosociale hulpvragen			
Plaats van uitzending	Geen hulpvraag	Hulpvraag	Totaal
Nederlands-Indië	13 (12,4%)	7 (6,7%)	20 (19,1%)
Libanon	3 (2,9%)	16 (15,2%)	19 (18,1%)
Voormalig Joego.	11 (10,5%)	39 (37,1%)	50 (47,6%)
Afghanistan	3 (2,9%)	13 (12,4%)	16 (15,3%)
Totaal	30 (28,6%)	75 (71,4%)	105 (100%)

''Hulpvraag Huisvesting''

Van de 105 veteranen hadden 92 geen hulpvraag met betrekking tot huisvesting en 13 hadden een hulpvraag. Er is geen significante relatie tussen 'Huisvesting' en de vier uitzendgebieden $\chi^2(3) = 11,34, p > .005$

Tabel 7.

Huisvesting			
Plaats van uitzending	Geen hulpvraag	Hulpvraag	Totaal
Nederlands-Indië	13 (12,4%)	7 (6,7%)	20 (19,1%)
Libanon	17 (16,2%)	2 (1,9%)	19 (18,1%)
Voormalig Joego.	47 (44,8%)	3 (2,9%)	50 (47,7%)
Afghanistan	15 (14,3%)	1 (1%)	16 (15,3%)
Totaal	92 (87,6%)	13 (12,4%)	105 (100%)

Resultaten: kwalitatieve analyse

Introductie

De kwalitatieve analyse komt voort uit het project ‘‘Uw mening, onze missie: Het perspectief van veteranen en hun partners/ gezinsleden met betrekking tot kwaliteit van zorg’’. Met behulp van een analyse van de focusgroep zullen vier deelvragen beantwoord worden

Hoe verloopt de hulpverlening en hoe ziet deze eruit?

De aanmelding verloopt altijd via het CAP (Centraal Aanmeldpunt Veteraneninstituut). Daar hebben veteranen het eerste contact, en wordt gekeken naar de hulpvraag. Dan wordt de veteraan uitgezet naar maatschappelijk werk in de regio. Soms komen mensen ook binnen via de arbodienst, de politie, de huisarts, de daklozenopvang, de psychiatrie (klinische opname), maar dan wordt altijd eerst terug verwezen naar het CAP.

Wat is de rol van de partner bij aanmelding en het verloop van het traject?

Vaak worden veteranen gestimuleerd door de moeder, de partner, of een kennis om zich aan te melden. Er zit nogal een drempel bij de veteraan om zichzelf aan te melden. De veteraan wordt het meest aangemeld door de partner, die geeft dan de grens aan. De partner dreigt bijvoorbeeld op te stappen of het huis wordt leeggehaald door schulden. Vaak is er al een escalatie – soms ook met politie - voordat er wordt aangemeld. Of de werkgever geeft aan dat er een gedragsverandering plaats moet vinden. ‘‘Dan is het een soort van moeten’’. Tijdens het hulpverleningsproces komt de partner wel in beeld, maar ligt de nadruk eerst op de veteraan. Als voor de partners meer aandacht zou zijn zou dit de kinderen ook ten goede kunnen komen.

Een aantal maatschappelijk werkers geeft aan dat in de organisatie MGGZ-midden er vooral wordt gekeken naar de veteraan en niet naar de gezinssituatie. Als er een individueel traject voor een veteraan wordt opgestart dan verdwijnt de partner vaak uit beeld mede door de veteraan die zelf niet wil dat de partner in het hulptraject betrokken wordt.

Een ander deel van de maatschappelijk werkers vindt organisaties in zijn algemeenheid niet heel actief. Dit verschilt per instelling. Als de veteraan snel in een Multi-problem groep komt dan wordt de partner in het proces betrokken, maar als de veteraan individueel in behandeling duurt dit proces lang.

Maatschappelijk werkers hebben goede ervaringen met het Sinai centrum, die gelijk bereid zijn om naar de partner te kijken en de kinderen erbij te betrekken. "Bij het Sinai centrum wordt het systeem er zeer goed bij betrokken, maar zij gaan ten onder aan hun eigen succes; ze zitten dan ook meteen vol".

Er is steeds meer aandacht voor zorg rondom veteranen en dus meer bewustwordingen. De behandeling wordt meer gericht op gezinsbehandeling. Dit wordt 'het systeem erbij betrekken' genoemd. Maatschappelijk werkers kunnen hierin bemiddelen of ook in de behandeling betrokken worden.

Hoe ontwikkelt de hulpvraag zich?

In het begin zijn er vooral aanpassingsproblemen. De structuur van de militaire dienst wordt gemist wanneer veteranen terugkeren in de maatschappij. Dan hebben ze vaak niet de goede opleiding. En op moment van uitdiensttreding valt de structuur weg en dit heeft soms gevolgen. Veelal alcohol / drugs problematiek. En dat vertaalt zich dan weer naar relatieproblemen en schulden. De ervaring van maatschappelijk werkers is dat een derde van de veteranen echt grote lijdensdruk met betrekking tot psychische klachten ervaart.

De link tussen psychische klachten en de uitzending wordt door de ene helft van de veteranen gezien als een verband dat er niet is, terwijl de andere helft hoopt dat de uitzending de oorzaak is, zodat het probleem buiten zichzelf veroorzaakt is. Wanneer er teruggekeken moet worden naar het verleden, stuiten maatschappelijk werkers vaak op onwil. Vooral als de opvoeding / ouders een rol spelen, "dan wordt het heel eng, dan valt de steun ook weg".

Het veteraan zijn geeft ook erkenning. En er hangt veel mee samen, bijvoorbeeld ook oorlogswetuitkeringen. Wanneer dit afgekeurd wordt omdat er geen problemen bestaan op het gebied van trauma, maar op het gebied van persoonlijkheid, dan hebben veteranen daar veel problemen mee.

Als er complexe problematiek is wordt er doorverwezen. Vaak komen de volgende problemen in een combinatie met elkaar voor: persoonlijkheidsproblematiek, verslavingen, trauma's, psychosociale problematiek en relatieproblematiek. In overleg wordt bekeken of er doorverwezen dient te worden en naar welke instelling. Belangrijke factoren die een rol spelen bij doorverwijzen of niet zijn de lijdensdruk (suïcidaliteit) en leefbaarheid (druk op gezin). Andere indicaties zijn trauma's of persoonlijkheidsproblematiek. Wanneer psychosociale problematiek vooral speelt, gaat de maatschappelijk werker er zelf mee aan de slag.

Psychosociale hulp kan variëren van een gesprek tot meegaan naar een vestiging van een Arbo-dienst. Rust creëren is van belang om interventies te kunnen doen. Soms is ook eerst stabilisatie (stress thuissituatie, financieel/schulden) nodig voordat verwezen kan worden. Het kenmerk van maatschappelijk werk van de Basis is gericht op maatwerk, daar is geen standaardmodel in te vinden. Er dient rekening te worden gehouden met veel irreële verwachtingen van de hulp die ze kunnen ontvangen, ‘ze leggen veel bij de hulpverlener’. Er is vaak complexe problematiek bij veteranen maar er is te weinig tijd is om dat goed aan te pakken door een ‘hoge case-load’. Wat wil zeggen dat ze per maatschappelijk werker veel cliënten hebben. Daarom wordt er soms eerder doorverwezen dan gewild.

Welke processen zijn van invloed op niet-hulpzoekgedrag?

Volgens maatschappelijk werkers willen veel veteranen niet in het dossier van de GGZ terecht komen. Dat wordt er een etiket opgeplakt dat niet meer kwijt te raken is. Daarnaast is er angst voor verscheidene aspecten. ‘Een stereotype beeld zoals in films wordt afgebeeld van gekke veteranen’’. Angst voor praten over het verleden, angst voor eigen emoties, angst voor een oordeel van anderen en zichzelf, schuld / schaamte over wat er is meegemaakt of gedaan moest worden of over de klachten die ervaren worden. ‘‘Veteranen hebben behoefte aan begrip en zijn bang om controle te verliezen’’. Soms is zelfs het vertrouwen in mensen kwijt. Sommige veteranen willen niets meer met Defensie te maken hebben, en spreken alleen nog maten. Sociale media vormen hierbij een bron van hulp.

Er is vaak eerder een poging ondernomen om in zorg te komen. ‘‘Als bij bijvoorbeeld de psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige niet meteen duidelijk is dat het om een veteraan gaat is dit een afknapper’’. Veteranen hebben mede hierdoor negatieve ervaringen in de hulpverlening. Deze ervaringen werpen een drempel op en verhogen de kans op vermijding van zorg.

Discussie

Conclusie dossieronderzoek

In deze conclusie wordt kort ingegaan op de eerste vier deelvragen van het kwantitatieve onderzoek en daarna volgt een bespreking van de deelvragen.

Contact en dienstverband

Veteranen meldden zich voornamelijk via de telefoon en e-mail aan. De meeste veteranen dienden in de Koninklijke Landmacht (KL) en waren Beroepssoldaat Bepaalde Tijd (BBT). Een klein gedeelte van de veteranen was dienstplichtig.

Uitzendgebied

Het was niet mogelijk om voor elk uitzendgebied verbanden statistisch te toetsen, omdat de aantallen per groep te klein waren. Dit blijkt ook wel uit het aantal ontbrekende variabelen, zoals aangegeven in Tabel 1 tot en met 4. De Tweede Wereldoorlog en Korea-oorlog waren afwezig bij de categorie oorlogs- of uitzendgebied. Opvallend is dat voornamelijk veteranen uit voormalig Joegoslavië zich aanmelden (39,7%) in vergelijking met andere uitzendgebieden. Recente missies als Afghanistan en Irak komen minder frequent voor, respectievelijk 12,7 en 3,2%.

Hulpvragen

De meest voorkomende hulpvragen zijn ‘Psychosociale hulpvragen’ 86 keer (100%) en ‘verwerking van een schokkende ervaring’ 55 keer (100%). Het minst komen ‘seksueel misbruik’ en ‘school en onderwijs’ (beide 0 keer) voor. De grootste groep die bij de meeste hulpvragen naar voren komt is de groep uit voormalig Joegoslavië. Opvallend is dat de mensen die in Nederlands-Indië hebben gestreden relatief veel om huisvesting vragen (50%).

Relatie uitzendgebied en hulpvraag

Uit een statistische toetsing komt naar voren dat de hulpvragen ‘Verwerking van een schokkende ervaring’ en ‘Psychosociale hulpvragen’ een significante relatie hebben met de uitzendgebieden. Vooral de veteranen uit voormalig Joegoslavië hadden meer hulpvragen. De relatie tussen huisvesting en uitzendgebied is niet significant bevonden.

Bespreking dossier resultaten

De belangrijkste conclusie van het dossieronderzoek is dat er teveel ontbrekende gegevens zijn, waardoor belangrijke analyses niet uitgevoerd konden worden. Ongeveer de helft ontbreekt, maar de resultaten verschillen per categorie. In de eerste tabel wordt duidelijk dat

demografische gegevens in orde zijn, maar uitzendgegevens (tabel 2) en contact (tabel 3) niet. De oorzaak hiervan ligt volgens de beheerder van Care4 bij het feit dat Care4 begin 2010 is ingevoerd. Zodoende is het ‘wennen’ voor maatschappelijk werkers om op deze manier gegevens van veteranen in te voeren. Een nieuw systeem kan mogelijk voor problemen zorgen, maar vanaf het jaar 2000 worden gegevens al bijgehouden door het CAP en voor Care4 bestonden 2 andere computersystemen. Deze feiten spreken in het nadeel van de assumptie ‘dat het alleen aan een nieuw computersysteem zou liggen’. Dit onderzoek is het eerste dossieronderzoek binnen het CAP op deze manier, waardoor vergelijkingsmateriaal van eerdere jaren niet mogelijk is. Vandaar dat ook gepleit wordt voor vervolgonderzoek (zie hieronder). De beheerder geeft aan op de hoogte te zijn van de ontbrekende gegevens en heeft hier ook beleid van gemaakt. Vervolgonderzoek zou kunnen aantonen of het beleid effectief is geweest of dat er mogelijk nog andere aspecten een rol spelen.

Conclusie kwalitatieve analyse

Met behulp van de input van de maatschappelijk werkers is een beeld ontstaan over de hulpverlening, de rol van de partner en hoe de hulpvraag zich verder ontwikkelt met verscheidene negatieve processen die daarbij een rol spelen. Maatschappelijk werkers hebben een ‘hoge case load’, maar gaan ook op verschillende manieren te werk door hun ervaring. Een hoge *case load* houdt in dit verband een groot aantal te behandelen cliënten per maatschappelijk medewerker in. Het is voor elke maatschappelijk werker duidelijk wanneer doorverwezen dient te worden: bij lijdensdruk (suïcidaliteit) en verminderde leefbaarheid (druk op gezin), evenals bij indicaties van trauma’s of persoonlijkheidsproblematiek. De rol van de partner komt steeds meer in beeld bij gezondheidsinstellingen maar nog niet voldoende. Hulpverleningsinterventies waarbij alle gezinsleden betrokken zijn (*Multi-problem* groepen) lijken daarom zinvol, maar de veteraan zelf houdt soms zelf een stok tussen de deur.

Bespreking kwalitatieve resultaten

Sociale steun

De kwalitatieve resultaten geven antwoord op de andere vier deelvragen. Uit deze resultaten komt naar voren dat partners een grote rol spelen bij de aanmelding van veteranen, terwijl uit de kwantitatieve analyse blijkt dat de veteraan zich voornamelijk zelf aanmeldt. Wat achter de schermen gebeurt is dus van invloed op het gedrag van een veteraan.

De situatie van een veteraan en zijn gezin escaleert na ruzies op het werk en thuis. Er wordt dan een ultimatum gesteld aan de veteraan. Er dient hulp gezocht te worden of hij wordt ontslagen of het partner/gezin verlaat de veteraan. Als de situatie niet meer leefbaar is lijkt het zo dat veteranen door hun omgeving ertoe gezet worden om hulp te zoeken. Uit onderzoek van Irving, Telfer en Blake (1997) blijkt dat sociale steun van familie en vrienden belangrijk is voor veteranen. Wanneer veteranen in behandeling komen met psychische klachten kan sociale steun ervoor zorgen dat er hoop blijft bij veteranen om te herstellen.

Een andere aanbeveling van maatschappelijk werkers is het 'betrekken van het systeem' bij behandeling. Sommige instellingen doen dit wel, andere niet. Maatschappelijk werkers zien dat als de partner en de kinderen erbij betrokken worden er wederzijds begrip wordt gekweekt, waardoor de gezinssituatie beter wordt. Uitzonderingen zijn zware problematiek en soms houden veteranen hun behandeling liever buiten gezinsbetrekkingen.

Case load

Daarnaast laten deze resultaten zien dat er meerdere aspecten een rol spelen bij de ontbrekende gegevens. Maatschappelijk werkers benadrukken een 'hoge case load'. Deze ontstaat doordat sommige veteranen zeer hulpbehoevend zijn en zelfs dagelijks (bel)contact nodig hebben. Er wordt gekozen voor de zorg van veteranen als dat nodig is in plaats van administratieve werkzaamheden. Alhoewel dit argument redelijkerwijs te volgen is, ontstaan er gaten in de database. Een lagere *case load* zou kunnen bijdragen aan meer tijd om én hulp te bieden aan veteranen én de dossiers op orde hebben.

Het belang van de administratieve werkzaamheden zou de maatschappelijk werkers door goede instructies kunnen helpen. Een goede en eenduidige manier van invullen dient vanuit de leiding gegeven te worden. Daarnaast zou een training de maatschappelijk werkers kunnen helpen de balans in de 'hoge case load' te vinden. Deze training zou gegeven kunnen worden door experts in het vakgebied.

Hulpzoekgedrag

De lage interesse in hulpzoekgedrag komt ook naar voren in een onderzoek van Brown, Creel, Engel, Herrell en Hoge (2011). In een studie werden 577 gevechtsveteranen, 3 maanden na terugkomst uit Irak, gescreend op drie psychiatrische ziekten, namelijk PTSS, depressie en gegeneraliseerde angststoornis. Meer dan 75% gaf aan mentale problemen te hebben, maar 40% was geïnteresseerd om hulp te ontvangen. Een verminderde interesse om hulp te ontvangen was gerelateerd aan een negatieve attitude tegenover de mentale gezondheidszorg. Stigma speelde een rol bij hoe er vanuit het gevechtsteam naar mentale hulp werd gekeken.

Waarbij een meer negatievere kijk zorgde voor meer interesse om hulp te ontvangen wat een paradoxale bevinding is.

Vervolgstudie

Vervolgstudies zijn nodig om de hulp voor veteranen beter te kunnen verzorgen. In een vervolgstudie zouden de gegevens van het CAP uit 2011 geanalyseerd kunnen worden. Hierdoor zou onderzocht kunnen worden of het beleid dat gevoerd is, beter is dan in jaar 2009-2010. Als maatschappelijk werkers de gegevens consistent en op een juiste manier invoeren kan er jaarlijks gekeken worden met welke hulpvragen veteranen bij het CAP komen. Onderzoek naar de samenhang tussen uitzending en hulpvragen wordt hierdoor mogelijk. Een plan voor een overzichtelijk intakeformulier met elf hulpvragen is opgenomen in bijlage 4, omdat het huidige CAP-formulier dubbele en onbruikbare hulpvragen bevat.

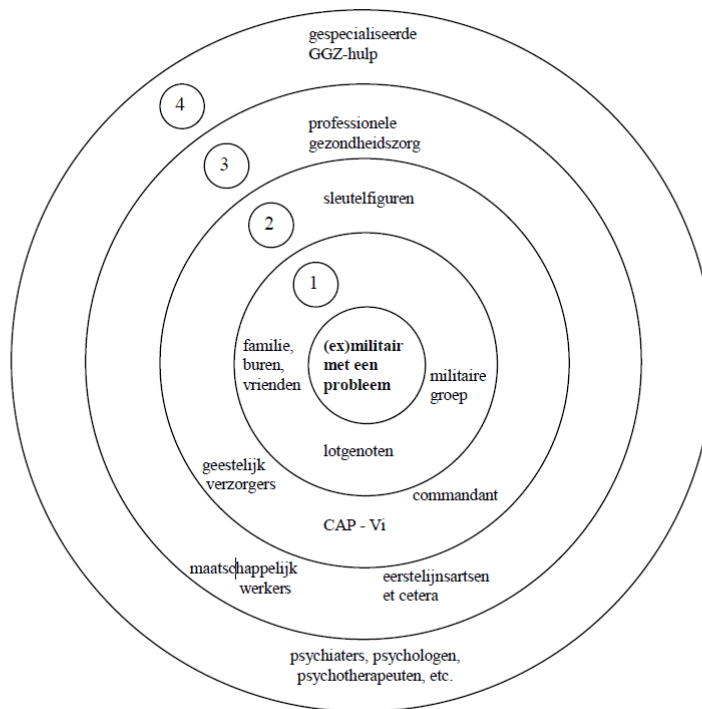
Referenties

- Brown, M.C., Creel, A.H., & Engel, C.C., (2011). Factors associated with interest in receiving help for mental health problems in combat veterans returning from deployment to Iraq. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199, 10
- Calhoun, P.S., Bosworth, H.B., Grambow, S.C., Dudley, T.K. (2002). Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2081-2086
- Fikretoglu, D. Brunet, A., Guay, S. & Pedlar, D. (2007). Mental Health Treatment Seeking by Military Members With Posttraumatic Stress Disorder: Findings on Rates, Characteristics, and Predictors From a Nationally Representative Canadian Military Sample. *Can J Psychiatry* 52, 103-110
- Frans Ö, Rimmö P-A, Åberg L, Fredrikson M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111, 291-299
- Galdas P.M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). *Journal of Advanced Nursing* 49(6), 616–623
- Husaini B.A., Moore S.T. & Cain V.A. (1994). Psychiatric symptoms and help seeking behavior among the elderly: an analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work* 21, 177–193.
- Irving, L.M., Telfer, L., & Blake, D.D., (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10.
- McKay J.R., Rutherford M.J., Cacciola J.S. & Kabasakalian-McKay R. (1996). Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 616–622.
- Klep, C, & van Gils, R. (2005). Van Korea tot Kabul. Den Haag: SdU uitgevers.
- Moller-Leimkuhler A.M. (2002). Barriers to help seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders* 71, 1–9.
- Padesky C.A. & Hammen C.L. (1981) Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles* 7, 309–320.
- 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, 10.
- Thom B. (1986) Sex differences in help-seeking for alcohol problems: 1. Barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction* 81, 777–788.

Weissman M.M. & Klerman G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 34, 98–111.

Wokke, P. (2002) Het centraal aanmeldingspunt. Doorn: Veteraneninstituut.

Bijlage 1: Kringenmodel Gersons (2005).



Figuur 1: kringenmodel voor de GGZ, aangepast aan de militaire situatie

Bijlage 2: Codeboek

Codering Dossiers

In dit onderzoek wordt met behulp van dossiers gekeken naar de hulpvragen van veteranen die zich hebben aangemeld bij het CAP in 2010. Hieronder volgt een nadere toelichting van het codeboek.

Demografische gegevens

Een belangrijk aspect van onderzoek doen is dat gegevens anoniem verwerkt worden. Alle dossiers bevatten namen en geboortedata van veteranen. Deze zijn gecodeerd naar anonieme nummers en geboortedata zijn omgezet naar leeftijden met als ijkpunt 23 juni 2011. Daarnaast wordt er gekeken naar de man-vrouw verhouding. Dit is gecodeerd als man=1 en vrouw=2.

De burgerlijke staat wordt volgens indeling van het intakeformulier (bijlage 1) gecodeerd: 1 = "Gehuwd/samenwonend" 2 = "Alleenstaand" 3 = "Gescheiden" 4 = "Onbekend".

Uitzendgegevens

Het is in praktische zin handig om zoveel mogelijk de indeling van het intakeformulier aan te houden met betrekking tot de codering omdat de gegevens op deze manier beschikbaar zijn en als er punten voor verbetering zijn, deze gebaseerd zijn op de huidige manier van werken van maatschappelijk werkers waardoor het beter mogelijk is aanbevelingen te doen.

Het krijgsmachtsdeel is gecodeerd in acht verschillende onderdelen:

Krijgsmachtsdeel: 1 = "KL" (Koninklijke Landmacht) 2 = "KM" (Koninklijke Marine) 3 = "Koopvaardij" 4 = "Kmar" (Koninklijke Marechaussee) 5 = "Burger (defensie)" 6 = "Klu" (Koninklijke Luchtmacht) 7 = "Knil" (Koninklijk Nederlands-Indisch Leger) 8 = "Anders"

Het dienstverband bestaat uit negen onderdelen: 1 = "BBT" (Beroeps Bepaalde Tijd. Dit houdt in dat een soldaat een contract heeft gekregen voor een bepaalde duur. Deze duur is meestal zo'n 2,5 jaar. Na deze periode kan een soldaat kans krijgen op een BOT- contract (Beroeps Onbepaalde Tijd) waarmee hij langer in militaire dienst kan functioneren.) 2 = "Dienstplichtig" 3 = "Koopvaardij" 4 = "Beroeps" 5 = "K.V.V." (Kort Verband Vrijwilliger) 6 = "BOT" 7 = "Oorlogsvrijwilliger" 8 = "Technisch specialist" 9 = "Anders".

Contact

aantal_contacten_hulpverlening: Het aantal contacten wordt door de onderzoeker geteld.

Enigerlei vorm van contact van de maatschappelijk werker met de veteraan wordt meegenomen. Dit houdt persoonlijk contact, telefonisch contact, schriftelijk en mail- contact

in.

Een verwijzing van een maatschappelijk werker naar een tweede of derde-lijns instelling komt voor en is als volgt gecodeerd: *verwijzing_van_het_CAP*: 1 = "Centrum 45" 2 = "RIAGG" 3 = "Defensie" 4 = "Overig" 5 = "Geen verwijzing"

De wijze van aanmelden wordt gecodeerd in vier onderdelen en is nuttig om te bekijken in relatie tot leeftijd. *wijze_van_aanmelding*: 1 = "Telefoon" 2 = "E-Mail" 3 = "Schriftelijk" 4 = "Persoonlijk bezoek".

Stigma, barrières en negatieve attitudes zorgen ervoor dat hulpverlening laat wordt ingeschakeld, maar als het tot stand komt is het nuttig om te bekijken wie voor het contact zorgde en dat wordt op de volgende manier gecodeerd: *wie_zorgde_voor_contact*: 1 = "Zelf" 2 = "Partner" 3 = "Familie" 4 = "Vrienden" 5 = "Hulpverlening" 6 = "Kameraad" 7 = "Onbekend".

Plaats van uitzending

De plaats van uitzending is een lastig te bepalen variabele. Er zijn tientallen missies geweest en elke missie afzonderlijk meenemen is geen doen. Vandaar dat in overleg met een militair historicus (Martin Elands) tot een volgende codering is gekomen van de belangrijkste missies: *plaats_uitzending_1*: 1 = "WOII" 2 = "N-I" 3 = "Korea-oorlog" 4 = "Eerste en tweede Golfoorlog periode 1987-1991" 5 = "Libanon" 6 = "voormalig Joegoslavië" 7 = "Irak" 8 = "Afghanistan" 9 = "Cambodja" 10 = "Overig".

Hulpvraag

De belangrijkste variabele voor dit onderzoek is de hulpvraag. Vaker wel dan niet zal een combinatie van hulpvragen voorkomen, vandaar dat de hulpvragen op deze manier gecodeerd zijn. Een één wordt toegewezen bij een hulpvraag en niks wordt ingevuld als de hulpvraag niet van toepassing is. Er zijn zeventien hulpvragen die in navolging van het intakeformulier als volgt worden gecodeerd:

hulpvraag_1: Arbeid / reïntegratie

hulpvraag_2: Echtscheiding, relatieproblemen

hulpvraag_3: Lichamelijke gezondheid

hulpvraag_4: Verwerking schokkende ervaring

hulpvraag_5: Psychosociaal

hulpvraag_6: Financiën

hulpvraag_7: Middelengebruik

hulpvraag_8: Huisvesting

hulpvraag_9: Huiselijk geweld

hulpvraag_10: Overige agressie

hulpvraag_11: Seksueel misbruik

hulpvraag_12: Rouwverwerking

hulpvraag_13: School en onderwijs

hulpvraag_14: MIP en voorzieningen (ABP)

hulpvraag_15: WMO, overigen

hulpvraag_16: Herstellen / opbouwen relatie/vertrouwen

hulpvraag_17: Ondersteuning mbt deelname programma Doorn

Bijlage 3 frequentietabellen

Tabel 1.

Plaats van uitzending	hulpvraag 1 Arbeid/ reïntegratie N (%)
Libanon	3 (13)
Voormalig Joegoslavië	10 (43.5)
Irak	8 (34.8)
Afghanistan	1 (4.3)
Overig	1 (4.3)
Totaal	23 (100)

Tabel 2.

Plaats van uitzending	hulpvraag 2 Echtscheiding, relatieproblemen N (%)
Libanon	3 (13)
Voormalig Joegoslavië	10 (43.5)
Irak	8 (34.8)
Afghanistan	1 (4.3)
Overig	1 (4.3)
Totaal	23 (100)

Tabel 3.

Plaats van uitzending	hulpvraag 3 Lichamelijke gezondheid N (%)
Libanon	2 (13.3)
Voormalig Joegoslavië	9 (60)
Afghanistan	4 (26.7)
Totaal	15 (100)

Tabel 4.

Plaats van uitzending	hulpvraag 4 Verwerking schok. ervaring
	N (%)
Nederlands-Indië	1 (1.8)
Eerste en Tweede Golfoorlog	1 (1.8)
Libanon	9 (16.4)
Voormalig Joegoslavië	28 (50.9)
Irak	3 (5.5)
Afghanistan	7 (12.7)
Cambodja	1 (1.8)
Overig	5 (9.1)
Totaal	55 (100)

Tabel 5.

Plaats van uitzending	hulpvraag 5 Psychosociaal
	N (%)
Nederlands-Indië	7 (8.1)
Libanon	16 (18.6)
Voormalig Joegoslavië	39 (43.5)
Irak	4 (4.7)
Afghanistan	13 (15.1)
Overig	7 (8.1)
Totaal	86 (100)

Tabel 6.

Plaats van uitzending	hulpvraag 6 Financiën
	N (%)
Nederlands-Indië	1 (2.8)
Libanon	4 (11.1)
Voormalig Joegoslavië	16 (44.4)
Irak	2 (5.6)
Afghanistan	7 (19.4)

Cambodja	1 (2.8)
Overig	5 (13.9)
Totaal	36 (100)

Tabel 7.

Plaats van uitzending	hulpvraag 7 Middelengebruik N (%)
Voormalig Joegoslavië	4 (44.4)
Afghanistan	2 (22.2)
Cambodja	1 (11.1)
Overig	2 (22.2)
Totaal	9 (100)

Tabel 8.

Plaats van uitzending	hulpvraag 8 Huisvesting N (%)
Nederlands-Indië	7 (50)
Libanon	2 (14.3)
Voormalig Joegoslavië	3 (21.4)
Afghanistan	1 (7.1)
Overig	1 (7.1)
Totaal	14 (100)

Tabel 9.

Plaats van uitzending	hulpvraag 9 Huiselijk geweld N (%)
Libanon	1 (50)
Afghanistan	1 (50)
Totaal	2 (100)

Tabel 10.

Plaats van uitzending	hulpvraag 10 Overige agressie N (%)
Nederlands-Indië	1 (14.3)
Libanon	1 (14.3)
Voormalig Joegoslavië	3 (42.9)
Afghanistan	1 (14,3)
Overig	1 (14,3)
Totaal	7 (100)

Tabel 11.

Plaats van uitzending	hulpvraag 11 Seksueel misbruik N (%)
Totaal	0 (100)

Tabel 12.

Plaats van uitzending	hulpvraag 12 Rouwverwerking N (%)
Nederlands-Indië	2 (40)
Irak	1 (20)
Afghanistan	2 (40)
Totaal	5 (100)

Tabel 13.

Plaats van uitzending	hulpvraag 13 School en onderwijs N (%)
Totaal	0 (100)

Tabel 14.

Plaats van uitzending	hulpvraag 14 MIP en voorzieningen (ABP)
	N (%)
Nederlands-Indië	4 (15.4)
Libanon	4 (15.4)
Voormalig Joegoslavië	11 (42.3)
Irak	1 (3.8)
Afghanistan	2 (7.7)
Cambodja	1 (3.8)
Overig	3 (11.5)
Totaal	26 (100)

Tabel 15.

Plaats van uitzending	hulpvraag 15 WMO, overigen
	N (%)
Afghanistan	1 (50)
Overig	1 (50)
Totaal	2 (100)

Tabel 16.

Plaats van uitzending	hulpvraag 16 Herstellen / opbouwen relatie/vertrouwen
	N (%)
Libanon	1 (16.7)
Voormalig Joegoslavië	5 (83.3)
Totaal	6 (100)

Tabel 17.

Plaats van uitzending	hulpvraag 17 Ondersteuning bij (aan)vragen deelname programma	N (%)
Nederlands-Indië		1 (100)
Totaal		1 (100)

Bijlage 4 Intakeformulier

1. Verslavingen/middelengebruik
2. Trauma's/ verwerking schokkende ervaring
3. Psychosociale problematiek
4. Relatieproblematiek
5. Financiën
6. Huisvesting
7. Agressie
8. MIP
9. Arbeid/ reïntegratie
10. Lichamelijke gezondheid
11. Overig.....