

## Bijlage 3 Veteranen

Behalve een beschrijving van risicofactoren en zorgaspecten voor deze doelgroep wordt informatie gegeven over de context waarin de zorg voor militairen en veteranen met PTSS moet worden gezien.

### *Risicofactoren*

Momenteel (2016) bestaat de militaire populatie uit bijna 42.500 militairen (91% man en 9% vrouw) met een gemiddelde leeftijd van 35 jaar. Kenmerkend voor de uitzending is dat militairen maanden gescheiden leven van hun thuisfront (gezin). Het thuisfront heeft moeten accepteren dat er een risico is dat de partner, zoon of dochter sneuvelt. Bij gezinnen met kinderen moet de achtergebleven partner accepteren dat de verantwoordelijkheid en belasting voor het gezin alleen moet dragen tijdens uitzending. Dit kan leiden tot onbegrip en stress. Eén op de vijf Nederlandse veteranen geeft na thuiskomst aan dat de partnerrelatie door de uitzending negatief is veranderd.<sup>i</sup> Dit hangt voornamelijk samen met het niet of nauwelijks praten over de uitzending binnen het gezin. De ontwrichtende werking van de uitzending op het gezin krijgt een uitgesprokener karakter na het meemaken van traumatiserende uitzendervaringen. Partners van Nederlandse veteranen met uitzendgerelateerde pathologie ervaren minder sociale steun, meer slaapproblemen en somatische klachten, en uitten meer onvrede binnen de relatie, in vergelijking met partners van veteranen zonder PTSS.<sup>ii</sup> Naast de effecten op de partner en de partnerrelatie, lijken PTSS-symptomen ook een negatieve invloed te hebben op kinderen van veteranen met PTSS. Zo is uit onderzoek gebleken dat deze kinderen vaker internaliserende en externaliserende gedragsproblemen ontwikkelen dan kinderen van veteranen zonder PTSS. Veteranen met PTSS rapporteren zelf vaker opvoedproblemen en zijn minder tevreden over hun opvoedkundige vaardigheden dan veteranen zonder PTSS.<sup>iii</sup> Heb in de zorg oog voor de partnerrelatie, ouderkindrelatie en het gezinsfunctioneren. Binnen de zorginstellingen verbonden aan het LZV vindt er een standaard screening plaats voor gezinsfunctioneren met de SCORE-15.<sup>iv</sup>

Voor veel veteranen (48%) verloopt de transitie naar de burgermaatschappij gemakkelijk.<sup>v</sup> Een minderheid (33%) ervaart deze transitie echter als (uiterst) moeizaam. Eén op de vijf veteranen slaagt er niet in een plek te vinden in de burgermaatschappij. Nederlandse veteranen benoemen geen passende baan kunnen vinden, niet langer het gevoel hebben dat voor je gezorgd wordt, het missen om samen aan één taak te werken, de omgangsvormen en het egoïsme van burgers, en het onbegrip en gebrek aan kameraadschap in de burgermaatschappij, als redenen van transitiemoeilijkheden.<sup>vi</sup> Hoewel militairen zich in toenemende mate bewust zijn van het feit dat een traumatische ervaring of andere uitzendingservaringen kunnen leiden tot psychische problemen, rust er toch nog steeds een taboe op. De militaire identiteit is lastig te vereenzelvigen met 'het even niet meer aankunnen'. Binnen de defensiecultuur rust nog steeds een taboe op het hebben van psychische problemen.<sup>vii</sup> Dit stigma vormt een barrière voor veteranen met uitzendgerelateerde problematiek om hulp te zoeken, vanwege gevreesde negatieve sociale repercussies, en de vrees voor carrièreschade, als hun klachten of problemen geopenbaard worden.<sup>viii</sup>

Voor veteranen met PTSS, ten gevolge van de militaire inzet, bestaat de mogelijkheid in aanmerking te komen voor een bijzondere onderscheiding, het draaginsigne gewonden. Dit is een bewijs van (maatschappelijke) erkenning. Het wordt in voorkomende gevallen door de burgemeester uitgereikt.

Daarentegen dragen negatieve publieke opinies en media-aandacht over mislukte vredesoperaties (bijvoorbeeld Srebrenica), collectieve schuldwijzen over vermeende oorlogsmisdaden (bijvoorbeeld excessen in Nederlands-Indië), gebrek aan aandacht, en bureaucratie (bijvoorbeeld rondom financiële compensaties), bij aan gevoelens van miskennis.<sup>ix</sup> Van de Nederlandse veteranen voelt ruimt een kwart (27%) zich gewaardeerd door de samenleving, terwijl één op de vijf zich niet gewaardeerd voelt.<sup>x</sup>

Qua klinische bejegening zijn veteranen voor het overgrote deel tevreden over de professionele zorgdienstverlening. 14% procent is niet is niet tevreden over dienstverlening, zij geven als kritiek aan dat zij niet worden begrepen door de zorgverlener.<sup>xi</sup> Zorgverleners en psychologen zouden te weinig inlevingsvermogen hebben in de ervaringen van veteranen. Veteranen geven de voorkeur aan zorgverleners met soortgelijke ervaringen.<sup>xii</sup>

#### *Vroege onderkenning en preventie*

Missiegerelateerd psychotrauma en PTSS zijn paraplubegrippen voor diverse - dikwijls chronische - klachten na het meemaken van traumatische gebeurtenissen. De manifestatie van deze klachten loopt uiteen en wordt gekleurd door de context van de traumatische ervaring en huidige leefomstandigheden. Hieronder volgt een korte uiteenzetting van onderscheidende karakteristieken van hulpzoekende veteranen met missie- of uitzendgerelateerde psychotrauma problematiek. Zoveel mogelijk is gewerkt met data afkomstig van Nederlandse veteranen.

Onder 208 Nederlandse hulpzoekende militairen met vermoedelijke uitzendgerelateerde psychopathologie kwamen de volgende DSM-diagnosen voor: 26% een middelengebonden stoornis (11% afhankelijkheid, 15% misbruik), 38% depressieve stoornis, en 81% PTSS.<sup>xiii</sup>

Onder de 146 hulpzoekende veteranen met een uitzendgerelateerde PTSS, kwam een comorbide depressieve stoornis voor bij twee op de vijf hulpzoekende veteranen (38%), en bijna een op de drie (28%) hulpzoekende Nederlandse veteranen kampt met verslavingsproblematiek.<sup>xiv</sup> Vooral actieve veteranen zijn hier ontvankelijk voor: 16% kampt met middelenmisbruik en 29% met middelenafhankelijkheid. Een hulpzoekende actieve veteraan heeft twee keer zoveel kans op de diagnose middelenafhankelijkheid als een post-actieve veteraan.

Sommige veteranen kenmerken zich door extreme boosheid. Nederlandse hulpzoekende veteranen scoren ten opzichte van psychiatrische normgroepen hoog tot zeer op ervaren hostiliteit en boosheid.<sup>xv</sup> Boosheid hangt samen met agressie naar anderen.<sup>xvi</sup> Onder Amerikaanse veteranen met PTSS deden zich 13,3 geweldsincidenten per jaar voor ten opzichte van 3,5 incidenten onder veteranen zonder PTSS.<sup>xvii</sup> Amerikaans onderzoek toont aan dat veteranen met PTSS driemaal vaker betrokken zijn bij partnergeweld ten opzichte van het landelijke gemiddelde.<sup>xviii</sup> Boosheid kan daarnaast interfereren met het PTSS-behandelverloop.<sup>xix</sup>

Tijdens uitzendingen worden veteranen geconfronteerd met situaties, waarbij zij keuzes moeten maken in onzekerheid, onder tijdsdruk, en met grote consequenties voor het slagen van de missie, en mogelijk voor leven en dood van eigen manschappen. Het gaat ook om de weerslag van het zelf verrichten van, niet kunnen voorkomen van, of getuige zijn van, (grensoverschrijdende) handelingen.<sup>xx</sup> Het betreft doden van insurgents, disproportioneel geweld tegen anderen, het maken van burgerslachtoffers, het niet kunnen voorkomen van immorele handelingen van anderen, geven of ontvangen van als immoreel geziene bevelen, en verraad door leiders, medemilitairen of burgers.<sup>xxi</sup> Deze moeilijke keuzes worden voorgesteld als dilemma's en kunnen later leiden tot gevoelens van schuld en schaamte, moeite met zelfvergeving (zelfverwijten), en sociaal terugtrekgedrag.<sup>xxii</sup>

Uitzendingen kunnen gepaard gaan met verstoorde slaappatronen aangeleerd tijdens de uitzending vanwege hyperalertheid en moeite met omschakelen van oorlogsstand naar vredesstand na terugkomst. Slaapproblematiek blijkt voorspellend voor de mate van therapeutisch herstel bij PTSS onder Nederlandse veteranen.<sup>xxiii</sup>

#### *Diagnostiek en monitoring*

Naast de reguliere richtlijn, zoals in de hoofdstuk van de zorgstandaard beschreven staat, is het advies om bij screening en diagnostiek bij veteranen expliciet aanvullend aandacht te besteden aan de partnerrelatie en gezinsfunctioneren, verslavingsproblematiek, hostiliteit en agressie en slaapproblemen.

### Individueel zorgplan

- Hulpverlening aan de veteraan rendeert optimaal als zorgverleners kennis hebben van de veteraan als persoon en zijn militaire achtergrond. Ontbreken van voldoende kennis van deze doelgroep en de contextuele factoren verhoogt het risico op onvolledige probleemanalyse en zorgafbraak (waaronder drop-out). Vergaar dus specifieke kennis over defensiecultuur, uitzendinginformatie, de militaire spreektaal, het rangensysteem, militaire rechten op vergoedingen en actuele politieke ontwikkelingen. Gepaste bejegening draagt bij aan een goede werkalliantie en de geloofwaardigheid van de zorgverlener.
- Vergaar ook kennis van het veteraneninstituut en het veteranenloket. Dit biedt veteranen en zorgverleners inzicht in de beschikbare informatie en diensten in het kader van erkenning, waardering en zorg voor veteranen en hun partners,
- Vergaar kennis van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen. Dit draagt bij aan de goede onderlinge afstemming tussen betrokken hulpinstanties die, voorzien van noodzakelijke contextkennis, zorg aan veteranen bieden. Het biedt zorgverleners een overzicht van specifieke zorgproducten voor veteranen.
- Er is veel te doen over schadeloosstelling en vergoedingen voor veteranen. Stel u op de hoogte van de impact op de klachtbeleving en mogelijk hulpzoekgedrag; dit is anders dan voor andere bevolkingsgroepen. Een deel van de schadeloosstelling is maatschappelijk geïnstitutionaliseerd en speelt onafhankelijk van klacht of klachtbeleving.
- Het militaire systeem kent een sterke onderlinge verbondenheid en sociale cohesie. Zet de voordelen van dit systeem in tijdens lotgenotencontacten voor identificatie en validatie van problematiek, en vorm daarmee een bron van steun en erkenning.<sup>xxiv</sup>
- Het vereenzelvigen met het veteraanschap kan ook therapeutisch herstel belemmeren als de therapiedoelen conflicteren met hieraan gekoppelde voordelen of ziektewinst, bijvoorbeeld het recht op financiële compensatie, wanneer sociale status ontleend wordt aan het veteraanschap of als veteranen elkaar de hand boven het hoofd houden rondom hun problematiek en herstelvoortgang.<sup>xxv</sup> Stuur de dynamiek binnen de groep voldoende aan om te voorkomen dat veteranen zichzelf teveel blijven identificeren met het veteraanschap of de slachtofferrol die therapeutische verandering tegenhoudt.
- Bied veteranen met extreme boosheid en agressieregulatie problematiek woedebeheersingstherapie (*anger management*) aan.<sup>xxvi</sup>
- Zet voor de aanpak van slaapproblematiek voor nachtmerries Imaginatie en Rescripting Therapie (IRT) is.<sup>xxvii</sup> Zet voor slapeloosheid andere cognitieve gedragstherapie in.<sup>xxviii</sup>
- Heb aandacht voor potentiële negatieve consequenties als de terugkeer in de burgermaatschappij niet succesvol verloopt.
- Wees bewust om stigma op psychische klachten bespreekbaar te maken, de weerslag te verkennen en hierop indien mogelijk te interveniëren.
- Wees alert op aspecten van schuld en schaamte. In de recente literatuur is aandacht voor dit thema onder de noemer *moral injury*. Er is (nog) geen diagnostisch kader, en er zijn (nog) geen duidelijke richtlijnen bekend. De dilemma's schuld en schaamte vormen een integraal element van de veteranenproblematiek.
- De in de richtlijn aangeraden PTSS-psychologische behandeling zijn uitsluitend verbale therapieën. Non-verbale, ervaringsgerichte, vaktherapieën helpen veteranen met verbalisatiemoelijkheden toegang te krijgen tot traumagerelateerde lichamelijke sensaties, herinneringen, gevoelens en emoties. Dit biedt alternatieve aanknopplepunten om therapeutisch herstel aan te jagen. Vaktherapieën worden ingebed in dagprogramma's.<sup>xxix</sup>
- De interventies Imaginaire Exposure en Cognitive Processing Therapy (psychologische behandeling) tonen de beste resultaten voor veteranen met PTSS in vergelijking met andere in de richtlijn aangeraden interventies.<sup>xxx</sup>  
Er is momenteel onvoldoende effectonderzoek om EMDR aan te raden als voorkeursbehandeling, ondanks veelbelovende bevindingen uit cohortstudies.<sup>xxxi</sup> Een recente

meta-analyse liet zien dat de effectiviteit van EMDR bij veteranen gering is <sup>xxxii</sup> en dat meer studies nodig zijn.

#### *Herstel, participatie en re-integratie*

Volg hier de reguliere richtlijnen. Benut voor re-integratie naar werk bij de begeleiding van veteranen ook de mogelijkheden die specifiek voor veteranen zijn ingericht.

#### *Organisatie van zorg*

In 2005 werd in opdracht van het ministerie van Defensie het Landelijk zorgsysteem voor Veteranen (LZV) opgericht. Het LZV is de wettelijk geïnstitutionaliseerde civiel-militaire koepel van leveranciers van (specialistische) ketenzorg voor veteranen, diensslachtoffers en hun relaties in Nederland. Deze keten biedt op kwalitatief hoogwaardige wijze, met specialistische kennis van de context van de veteraan, eerste-, tweede- en derdelijnszorg aan de doelgroep. De veteraan heeft een speciale plaats in de samenleving. Specifieke initiatieven zoals herdenkingen, monumenten, de veteranendag, compensatieregelingen na psychisch leed en ermedailles versterken de ervaren maatschappelijke erkenning.<sup>xxxiii</sup> Sinds 2006 is een speciale dag per jaar voor de veteranen ingesteld, de Nederlandse veteranendag, jaarlijks op de 4e zaterdag van juni los van de traditionele Bevrijdingsdag.

Het uitgangspunt is de zorg zo dichtbij als nodig en zo veraf als mogelijk van de militair in te zetten. De zorg mag de militair niet de gelegenheid ontnemen om op eigen kracht te herstellen van een traumatische ervaring (autonomie en zelfregulering, controle). Daarentegen moet de zorg ook aanwezig, laagdrempelig, herkenbaar, geloofwaardig en outreaching zijn. Richt zorgactiviteiten voor de militair/veteraan en diens thuisfront in zowel voor, als tijdens als na de uitzending. Koppel preventie, voorlichting, vroegsignalering, psychosociale en psychiatrische hulpverlening aan elkaar in een ketenzorgsysteem.

#### *Belangrijke aspecten voor zorgverleners*

Gezien het bijzondere karakter van het civiel-militaire ketenzorgsysteem voor veteranen worden hieronder enkele aspecten uitgelicht die relevant zijn voor de zorgverlener.

- Bij het vermoeden van missiegerelateerde (psychotrauma)klachten kan de post-actieve veteraan zich voor zorg en hulpverlening aanmelden bij het veteranenloket. Onderzoek vervolgens de hulpvraag van de veteraan of relatie: is er sprake van een verband tussen de hulpvraag en de uitvoering van het werk tijdens de uitzending en of de hulp of ondersteuning aan de relatie in verband staat met de veteraan?
- Hebben de (psychotrauma)klachten geen causaal verband met een militaire missie, verwijst de post-actieve veteraan of de relatie met de hulpvraag door naar de reguliere civiele zorg, en de actieve veteraan (militair) naar binnen defensie ingerichte zorginstanties.
- Bij de start van de zorg is een snelle reactie en de inzet van matched care belangrijk om verergering van klachten te voorkomen. Deze specifieke veteranenzorg met kennis van de context van de veteraan geeft de veteraan en de sociale omgeving direct erkenning. Dit is ook belangrijk voor het herstel. Het gespecialiseerd maatschappelijk werk is de eerste schakel in de gehele LZV-zorgketen en biedt een belangrijk fundament voor continuïteit van zorg. De maatschappelijk werker begeleidt de veteraan gedurende het gehele ketenzorgtraject.
- Wanneer de inzet van de specifieke LZV-expertise geen toegevoegde waarde meer heeft, begeleidt dan een goede overgang naar de reguliere zorg, onder andere naar gemeenten, huisarts en regulier maatschappelijk werk. Zorg voor een goede uitwisseling van kennis en informatie rondom de veteraanspecifieke aandachtspunten.
- De LZV-zorgketen levert levensloopgebonden zorg, waardoor veteranen met een eerder afgesloten begeleiding of behandeling bij een terugval na een herindicatiestelling opnieuw in het ketenzorgsysteem kan worden opgenomen.

Deze visie geldt ook voor het gespecialiseerde zorgveld. Veteranen met PTSS profiteren minder van in de richtlijn aangeraden psychologische behandeling dan burgergetroffenen en naar schatting 30-50% herstelt niet na behandeling.<sup>xxxiv</sup> Doorbehandelen zonder vooruitgang creëert zorgafhankelijkheid, medicaliseert, en brengt hoge zorgkosten mee.<sup>xxxv</sup> Door de aandacht te verschuiven van uitsluitend klachtgericht werken en de mogelijke gevolgen van disfunctioneren naar het optimale dagelijkse functioneren, wordt het onderscheid tussen gezond en ongezond minder relevant. Ook veteranen met een (chronische) ziekte zijn in staat zelf capaciteiten te benutten of te ontwikkelen om te kunnen functioneren.

### *Context*

Iedere veteraan heeft zich tijdens de militaire beroepsuitoefening ingezet voor de (inter)nationale vrede en veiligheid. Het deelnemen aan missies hoort bij de militaire functie. In principe kunnen militairen niet weigeren om aan een missie deel te nemen wanneer dat hun wordt gevraagd. Het Ministerie van Defensie heeft vanwege deze bijzondere inzet een bijzondere zorgplicht voor veteranen in werkelijke dienst en post-actieve veteranen. Deze verantwoordelijkheid is wettelijk vastgelegd in de Veteranenwet (2012), en geeft onder andere uitdrukking aan de erkenning en de verdiensten van veteranen en de waardering die hun op grond daarvan toekomt. De bijzondere zorgplicht voor de veteraan richt zich in bijzonder op de veteraan die als gevolg van zijn inzet gezondheidsproblemen ondervindt.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de context waarin (uitzendgerelateerde) stress en psychopathologie van PTSS zich voordoet bij veteranen.

Iedere veteraan is ooit militair geweest. De Nederlandse militair is een beroepsmilitair. De dienstplicht is in 1994 opgeschort en sindsdien zijn er geen dienstplichtigen meer. Dat veranderde het karakter van de krijgsmacht. Bovendien werd daarmee de verbinding doorsneden met de maatschappij die zijn onderdanen verplicht ter beschikking stelde voor de verdediging van het vaderland. De beroepsmilitair wil zelf en wordt niet gedwongen tot dienst in het leger.

De vorming van de Nederlandse militair begint met de onderwerping aan de krijgstucht. Een stelsel van spelregels noodzakelijk voor het goed functioneren van de krijgsmacht. Het principe van ondergeschiktheid en het belang van de militaire opdracht zijn hierin cruciaal. Defensie werkt met classificatie van informatie, veiligheidsrisico's en gerelateerd hieraan beroepsgeheimen waardoor veteranen soms niet geoorloofd zijn om over bepaalde ervaringen te spreken.

Militairen hebben geleerd te communiceren in eigen efficiënt vakjargon, te leven in een gedisciplineerde setting, met specifieke gedragsregels, te werken vanuit vastomlijnde hiërarchische kaders en afgebakende taakomschrijvingen en werkwijzen. De persoonlijke autonomie en het zelfsturend vermogen worden hiermee voor een deel uit handen gegeven en extern belegd bij de leidinggevende. De persoonlijke vorming op jongvolwassen leeftijd, het 24/7-militair-zijn tijdens trainingen en missies, verdragen van opschorten van het contact met familie en partner ten tijde van uitzending, het vertrouwen op collega's onder levensbedreigende omstandigheden, en de uniformering van militairen in tenue en training, zijn elementen die bijdragen aan de vorming van een identiteit die zich in hoofdzaak kenmerkt door een sterke onderlinge verbondenheid.

De uitgezonden militair maakt tijdens de uitvoering van een missie een reële kans om blootgesteld te worden aan (potentieel) traumatiserende gebeurtenissen. Deze kans is variabel doordat missies in aard en risico verschillen. Bovendien zijn er ook verschillen in de aard, de intensiteit en de frequentie van dergelijke gebeurtenissen.

### *Relevante websites*

- [www.veteraneninstituut.nl](http://www.veteraneninstituut.nl)

- [www.lzv-groep.nl](http://www.lzv-groep.nl)  
(Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen)
- [www.veteranenloket.nl](http://www.veteranenloket.nl)
- [www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/](http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/)  
(Veterans Affairs [Amerikaanse] Richtlijnen voor veteranen met acute stressstoornis en PTSS)

- 
- i Bergmans et al., 2012.
  - ii Dirkzwager et al., 2005.
  - iii Alfano et al., 2016; Van Ee et al., 2016.
  - iv Stratton et al., 2013.
  - v Dirksen, 2015.
  - vi Dirksen, 2015
  - vii Ambaum & van den Berg, 2012
  - viii Rie, de la, 2014
  - ix Elands & Schoeman, 2009
  - x Dirksen, 2015.
  - xi Dirksen, 2015.
  - xii Bergmans et al., 2012
  - xiii Haagen, ongepubliceerde data
  - xiv Haagen, 2015
  - xv Haagen, 2015
  - xvi Hovens et al., 2012
  - xvii Kulka et al., 1990.
  - xviii Taft et al., 2009.
  - xix Forbes et al., 2003; Lloyd et al., 2014
  - xx Frankfurt & Frazier, 2016; Litz et al., 2009
  - xxi Drescher et al., 2011
  - xxii Frankfurt & Frazier, 2016
  - xxiii Haagen et al., submitted
  - xxiv Stöf sel & Mooren, 2010
  - xxv Stöf sel & Mooren, 2010
  - xxvi VA-DoD, 2010
  - xxvii Van Schagen, Lancee & Spoormaker, 2012.
  - xxviii Bramoweth & Germain, 2013.
  - xxix Schouten et al., 2015
  - xxx Haagen et al., 2015
  - xxxi McLay et al., 2016
  - xxxii Haagen et al., 2015
  - xxxiii Elands & Schoeman, 2009
  - xxxiv Haagen et al., 2015
  - xxxv Van Os et al., 2015