**Een terugkerend dossier: Nazorg**

‘*Na mijn uitzending heb ik mijn plunjezak uitgepakt, maar mijn tas met emoties heb ik altijd dichtgelaten’*[[1]](#footnote-1)

**Abstract**

Nazorg is een belangrijk onderdeel geworden van de organisatie binnen Defensie. Dit was heel anders in de voorbereiding en uitvoering van de UNIFIL missie in Libanon waarbij nog maar weinig waarde werd gegeven aan nazorg. Na het openbaren van psychische problemen bij terugkerende militairen en de toenemende kennis en kunde die zich ontwikkelde met betrekking tot de behandeling van trauma’s, begon er geleidelijke bewustwording plaats te vinden bij Defensie (overheid) dat het tot dan toe gevoerde nazorg beleid tekortschoot. In deze scriptie wordt deze geleidelijke bewustwording weergegeven.
Relevante begrippen: UNIFIL, PTSS, militaire psychiatrie, Defensie, veteranen, nazorg.

Dwight van Schoorl 6040314 Scriptiebegeleider: Prof. Dr. Joost Vijselaar 11-06-2020

**Inhoud**

[**Inleiding** 3](#_Toc42680790)

[*Hoofd en Deelvragen* 4](#_Toc42680791)

[*Historiografie* 5](#_Toc42680792)

[*Theoretisch Kader* 5](#_Toc42680793)

[*Methode* 6](#_Toc42680794)

[**Hoofdstuk 1** *Achtergrond* 7](#_Toc42680795)

[**Hoofdstuk 2** *Ervaringen en waardering* 11](#_Toc42680796)

[**Hoofdstuk 3** *Bewustwording* 15](#_Toc42680797)

[**Conclusie** 19](#_Toc42680798)

[**Bibliografie** 21](#_Toc42680799)

# **Inleiding**

Mei 2019. Op een terras in de binnenstad van Beiroet zit een grote groep in blauw gehulde mannen te genieten van een biertje. Het lijkt op een tussenstop van een gezellige groepsreis, maar niets is minder waar. Het zijn veteranen die onderdeel uitmaakten van de UNIFIL missie in Libanon in de periode 1979-1985, die terug zijn gekeerd om opgelopen trauma’s een plek te kunnen geven. Ze zijn in een totaal ander land. Een land dat niet te vergelijken is met dat wat zij kennen van hun nachtmerries en flashbacks.[[2]](#footnote-2) Niets meer dan jongens waren het nog, toen ze destijds op het vliegtuig stapten naar Zuid Libanon. Onschuldige knapen van wie velen dachten dat het een ‘vakantieuitzending’ betrof van korte duur.

Op beelden uit die tijd zijn twee zeer nauw met elkaar vervlochten realiteiten zichtbaar. Enerzijds zijn militairen te zien die naast elkaar op ligbedden van de zon genieten, eten klaarmaken, zwemmen en een knipbeurt krijgen van een lokale kapper. Alsof ze de tijd van hun leven hebben. Anderzijds zijn de sporen van zware straatgevechten waarneembaar in de beschadigde straten van Beiroet.[[3]](#footnote-3) Het conflict in Libanon beschadigde niet alleen straten maar ook mensen. Het waarneembare leed dat zich veertig jaar na dato uit is hier een pijnlijk voorbeeld van.

De terugkeer in de burgermaatschappij kostte voor een groot deel van de veteranen die op missie zijn geweest moeite. Een deel van hen ontwikkelde klachten na afloop van een uitzending. Deze klachten kunnen heel verschillend zijn, maar de meest bekende is het posttraumatisch stresssyndroom, PTSS. UNIFIL militairen die na hun uitzending met hun klachten hulp zochten bij de huisarts, psycholoog, psychiater of andere hulpverlener konden slechts summier worden geholpen. Begin jaren tachtig bestond er naar het bleek weinig kennis over de psychosociale gevolgen van militaire uitzendingen.

Anno 2020 erkent de maatschappij problemen die gerelateerd zijn aan de blootstelling aan traumatische stress en worden gezondheidszorgvoorzieningen en opvang gefaciliteerd. In 2016 erkende het ministerie van Defensie haar nalatigheid voor wat betreft de nazorg en daarmee zorgplicht ten opzichte van UNIFIL veteranen. Een compensatie claim van Libanon veteranen met een posttraumatische stressstoornis werd gehonoreerd, en miljoenen werden als tegemoetkoming uitgekeerd.[[4]](#footnote-4) De schuldbewuste houding van de overheid biedt hoop voor een goede nazorg van militairen die recentelijk teruggekeerd zijn van grotere missies als: Mali, Irak en Afghanistan.

Gezien de problemen die er kunnen ontstaan met personen die lijden aan het posttraumatisch stresssyndroom, is het relevant historisch onderzoek te doen naar de ontwikkeling van de militaire psychologie en de bewustwording bij de overheid omtrent de relevantie van het bieden van goede nazorg. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: Hoe heeft zich de geleidelijke bewustwording voltrokken van de psychische effecten van de militaire vredesmissies in Libanon, zowel bij de overheid als bij het militaire apparaat?

# *Hoofd en Deelvragen*

Om het onderzoek overzichtelijk te houden en stapsgewijs tot een conclusie te komen is deze scriptie verdeeld in deelvragen. De eerste deelvraag luidt: 1) *Wat was de militair-psychiatrische aanpak tijdens de UNIFIL missie en wat was de kennis ten aanzien van mogelijke trauma’s?* Het is belangrijk kennis te verschaffen van de “oude” situatie, om zo een goed beeld te kunnen construeren van de verschillen tussen toen en nu. Dit wordt in beeld gebracht door de ontwikkeling van het trauma begrip, en de vergelijking tussen de militaire en burgerpsychiatrie.

Vervolgens moet gekeken worden naar de aard van de psychische effecten bij de UNIFIL veteranen en de aan hen geboden nazorg door het militaire apparaat of de overheid. Deze laat zich het best omschrijven met de volgende vraag: 2) *Hoe werd door UNIFIL militairen de geboden psychische ondersteuning en nazorg ervaren na hun inzet?* Door te kijken naar ervaringen en waardering van nazorg door direct betrokkenen kan een goed beeld worden gereconstrueerd van de wijze waarop Defensie nazorg aanbood en het belang dat daar aan gegeven werd. Dit biedt de mogelijkheid het een en ander te contextualiseren en in perspectief te plaatsen.

Ten slotte is het van belang te kijken naar de oorzaak van het omslagpunt in denken bij Defensie en overheid met betrekking tot de waarde die wordt toebedeeld aan psychische ondersteuning aan militairen: 3) *Wat was de reden van het toegenomen belang van psychische (na)zorg binnen Defensie, en hoe werd de omslag naar het probleembewustzijn vormgegeven?* Er zal een analyse plaatsvinden van beleidsveranderingen in navolging van de missie en gekeken worden naar de rol die negatieve ervaringen van militairen hierbij hebben gespeeld.

*Historiografie*

De onderzoeksvraag sluit aan bij het bredere debat over de rol van PTSS als stoornis. Zowel in diagnostische zin als in historisch geneeskundige zin. Over de totstandkoming van PTSS als aandoening in de DSM is reeds het een en ander geschreven. Het boek *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War* van Edgar Jones en Simon Wessely geeft een goed overzicht van honderdjaar militaire psychiatrie in de VS en het VK. De behandeling van PTSS vormt hierbinnen een belangrijk onderdeel. Aansluitend biedt de masterthesis van Gerard Koster *Militaire psychiatrie van 1960 tot 1980* een constructief beeld van de periode aan de vooravond van de UNIFIL missie waarin de militaire psychiatrie in Nederland een eigen karakter kreeg. Het boek van Frank Hermans *Trauma en beschaving: een historisch-sociologisch onderzoek naar de opkomst en verbreiding van de zorg voor slachtoffers van schokkende gebeurtenissen* kijkt meer naar de burger psychiatrie en de wijze waarop trauma’s betekenis kregen in de samenleving. Deze werken tezamen vormen een goede basis voor het begrijpen van de aanwezige psychiatrische kennis tijdens de UNIFIL missie.

Daarnaast zijn er veel boeken verschenen over de behandeling van PTSS en de invloed die het trauma heeft op het dagelijks leven van een militair. Het boek van Leah Wizelman *When the War Never Ends: The Voices of Military Members with PTSD and their Families* biedt een kijk op de ervaringen van militairen met PTSS alsook de betrokkenen er omheen. Zodoende ontstaat er een duidelijk beeld van de schade die wordt veroorzaakt door PTSS. Gerelateerd aan dit onderwerp is de masterthesis van Nelleke Bremmer *‘Klinische & Gezondheidspsychologie’* waarin wordt onderzocht hoe de door Defensie geleverde nazorg werd gewaardeerd door veteranen. Voor dit onderzoek zijn eenennegentig veteranen geïnterviewd die hebben gediend vanaf de UNIFIL missie tot het jaar van schrijven (2013). Dit recente onderzoek combineert het oplopen van traumatische ervaringen met de verwerking ervan met behulp van de nazorg. Gezien de tijdspanne van het onderzoek en het oordeel dat veteranen gegeven hebben over de geboden nazorg, kunnen duidelijk veranderingen in de verlening van nazorg worden waargenomen.

Ten slotte maak ik gebruik van het scriptie onderzoek van Laura de Wild: *De nazorg van Defensie.* In dit werk staat centraal hoe het gesteld is met de zorg rondom uitzendingen drie decennia na UNIFIL en verbetervoorstellen die er in het verleden zijn geweest om de zorg te optimaliseren. De gedeelde thematiek wat betreft het verschaffen van inzicht in de rol van Defensie bij het geven van nazorg maakt dit werk passend voor gebruik in deze scriptie.

Een analyse van de ontwikkelingen in de militaire psychiatrie en de gevolgen van PTSS voor militairen, met specifieke aandacht voor de perceptie van nazorg, brengt elementen uit deze verschenen bronnen samen. Zogezegd zijn de rol van militairen en de psychiatrie door de literatuur gedekt, maar niet in combinatie met de achtergrond en overwegingen vanuit Defensie (overheid). De rol die de overheid had en heeft in het geven van goede begeleiding en nazorg is onderbelicht. Deze scriptie tracht onder meer deze lacune op te vullen. Hierdoor kan enerzijds een inzicht worden gegeven in de relatie tussen Defensie en militair (individueel), en anderzijds biedt het antwoord op de moeizame bewustwording bij de overheid van de schade die PTSS toebrengt.

# *Theoretisch Kader*

Het theoretisch kader voor de duiding van begripsdefinities die wordt gebruikt, bestaat uit begrippen die belangrijk zijn om de complexere materie in deze scriptie goed te kunnen begrijpen.

Nu in deze scriptie het belang van traumaverwerking centraal staat, is het belangrijk een duiding te geven aan het begrip posttraumatisch stresssyndroom. Ik heb gekozen voor de begripsdefinitie zoals weergegeven in het laatste handboek DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Samenvattend luidt deze: de posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een psychische aandoening die valt onder de trauma en stress gerelateerde stoornissen. De symptomen uiten zich in bijvoorbeeld herbeleving door flashbacks en nachtmerries, ernstige prikkelbaarheid, slaapstoornis, extreme spanning als gevolg van bepaalde prikkels en hevige schrik reacties. Deze symptomen moeten voor diagnose wel langer aanhouden dan één maand. Prof. Dr. Erik Vermetten doet onderzoek naar psychotrauma’s. In zijn geschrift *Posttraumatische stressstoornis* wordt de historische verandering omgeschreven van de aan PTSS toegeschreven symptomen.[[5]](#footnote-5) Gerelateerde werken van Vermetten zullen eveneens aan bod komen.

Tevens belangrijk is een uitleg van de term UNIFIL. Dit staat voor United Nations Interim Force in Lebanon, in andere woorden: een op Libanon gerichte VN-vredesmacht. Voor een goed beeld van de theorie achter vredesmissies biedt het boek *UN Peacekeeping in Lebanon, Somalia and Kosovo Operational and Legal Issues in Practice* van Ray Murphy uitkomst. De VN kan mandaten geven voor vredesmissies. UNIFIL werd opgericht naar aanleiding van het conflict tussen Israël en Libanon dat startte in 1978.[[6]](#footnote-6) Een VN-vredesmacht wordt alleen ingezet als de conflictpartijen de aanwezigheid van VN-militairen aanvaarden. Belangrijkste taken zijn het stoppen van conflicten, het voorkomen van gespannen situaties die kunnen leiden tot vuurgevechten en wederopbouw. In de meeste gevallen gebruiken *blauwhelmen*[[7]](#footnote-7) geen geweld. Ze zijn bedoeld om de vrede en veiligheid te bewaren en voeren in beginsel geen oorlog.

# *Methode*

Het analyseren van de literatuur heeft plaatsgevonden in combinatie met de bestudering van digitaal beschikbare interviews van veteranen en betrokkenen van Defensie. Door kritisch te kijken naar beide kanten van het verhaal is gepoogd inzicht te creëren in conflicterende belangen. Voorafgaand is bekeken of de verklaringen betrekking hebben op dezelfde tijdperiode. De presentatie van het onderzoek is in verhalende vorm weergegeven met chronologische volgorde.

Deze manier van onderzoeken wordt in de onderzoeksliteratuur ook wel pattern matching genoemd; een onderzoeksmethode die uitgaat van een vergelijkende analyse tussen verschillende casussen waarbij gekeken wordt of een theorie standhoudt. Eveneens zijn elementen van de historiografische methode gebruikt. Nu in het vergelijkende gedeelte van het onderzoek bronnen zijn gebruikt van overheidsinstanties, kan de betrouwbaarheid op dit punt worden gegarandeerd. Moeilijker wordt dat bij de audiovisuele verklaringen van veteranen omdat zij op retrospectieve manier hun woord doen. Zodoende poog ik zoveel mogelijk overeenkomstigheden te ontdekken in de verschillende verklaringen. [[8]](#footnote-8)

Tot slot volgt de conclusie, waarin de uitkomsten van de deelvragen gebundeld zijn in een overtuigend antwoord op de hoofdvraag, evenals een reflectie op het onderzoeksproces.

# **Hoofdstuk 1** *Achtergrond*

In januari 1979 werd aan Nederland gevraagd een bijdrage te leveren aan de UNIFIL missie in Libanon. In de Tweede Kamer kon de aanvraag rekenen op grote steun. Nederland had reeds vijftien jaar een bataljon klaarstaan voor de inzet bij een VN missie maar bleef tot dan toe buiten schot wat betreft de aanvraag. De Korea oorlog in de jaren vijftig was voor Nederland het laatste grote militaire conflict waaraan een bijdrage was geleverd. Het was daarmee ook het laatste conflict waar psychiatrische hulp aan militairen met oorlogservaringen in de praktijk gebracht kon worden.[[9]](#footnote-9)

De inzet van psychiatrische hulp in het Nederlandse leger vond voor het eerst plaats bij militairen die werden ingezet bij de politionele acties in Nederlands-Indië vlak na de Tweede Wereldoorlog. De kennis en kunde met betrekking tot het behandelen van psychische aandoeningen waren toentertijd zeer gering. Het Nederlandse leger had in principe vrij weinig ervaring met de inzet van psychiatrische hulp doordat het niet langdurig betrokken was geweest bij militaire confrontaties.[[10]](#footnote-10)

Anders was dit voor de Britten en Amerikanen die veel kennis hadden opgedaan door hun deelname aan de Eerste en Tweede Wereldoorlog. Deze kennisverhouding was wel relatief. Er werden door beide landen onderzoeken gedaan naar bijvoorbeeld de combat stress reaction (CSR). Dit was een acute verandering van gedrag als resultaat van een oorlogstrauma. De CSR is naloper van de in de Eerste Wereldoorlog gediagnosticeerde shell shock waarbij een paniek reactie en gevoel van hulpeloosheid ontstonden door de intensiviteit van een bombardement. Doch hoe de psychische aandoeningen behandeld moesten worden en waar de precieze oorzaak lag bleef nog lang onderwerp van discussie.[[11]](#footnote-11)

De Psychologische Dienst van de Koninklijke Landmacht (PDKL) ofwel de psychiatrische afdeling van het Nederlandse leger was opgebouwd naar Brits voorbeeld, met tevens Amerikaanse invloeden.[[12]](#footnote-12) Er zijn dan ook duidelijke overeenkomsten zichtbaar tussen de opstelling van de Nederlandse en Britse legerleiding met betrekking tot de psychiatrie in de Korea-oorlog. De basisgedachte was dat preventie belangrijker was dan behandeling. Wanneer er veel militairen uitvielen met psychische klachten, dan was dit te wijten aan een tekortkoming in de keuring. De toen heersende opvatting was dat militairen ingedeeld konden worden in persoonlijkheidstypen en dat oorlogsneuroses gedetermineerd waren door iemands persoonlijkheid. Militairen met weinig geestelijk-intellectuele rijping, hysterische en psychopathische karaktertrekken en met verhoogde neurotische reacties konden zich volgens de toen geldende psychiatrische inzichten minder goed aanpassen aan de militaire realiteit. Dit gebrek aan aanpassingsvermogen resulteerde dan vervolgens in oorlogsneurose. Naast de aanleg werd ook aandacht besteed aan de omgevingsfactoren zoals de militaire organisatie en de realiteit van een oorlogssituatie als oorzaak voor het optreden van psychische klachten. Hieraan verwant waren externe omstandigheden zoals de langdurige scheiding van het gezin en de aanpassing aan het leven op een kazerne of standplaats. Het selecteren van individuen op basis van persoonlijkheid en de positie in het burgerleven voor een plaats in de krijgsmacht, zou leiden tot een betere aanpassing aan zijn rol in het militaire apparaat. Dit zou dan ten goede komen aan het moreel en de efficiëntie van de krijgsmacht.[[13]](#footnote-13)

Doordat Korea voor Nederland voorlopig de laatste militaire confrontatie was en Defensie vanaf toen te maken had met een leger in vredestijd, bleef het zwaartepunt liggen bij de werving en selectie en werd er nauwelijks aandacht besteed aan nazorg en verwerking. Wél werd er naar aanleiding van positieve ervaringen van de Amerikanen begonnen aan psychologische tests met geestelijke keuringen. Voornamelijk had dit als doel personen met psychische problemen van ernstige aard te weren. Tevens werd er op kleine schaal een start gemaakt met de preventie van psychische problemen die zouden kunnen ontstaan tijdens werkzaamheden, beter bekend als de geestelijke hygiëne.

Interessant is dat in de burgerpsychiatrie vanaf midden jaren zestig grote veranderingen plaatsvonden in het denken over psychische trauma’s, maar dat deze kennis in het leger weinig ingang vond.

Het begrip traumatische neurose dat door Hermann Oppenheim was ontwikkeld werd tot ruim na de Tweede Wereldoorlog uitgelegd als het gevolg van een situatie waarin zich gedurende enige tijd een extreme, ‘traumatiserende’ belasting voordeed. Deze belasting uitte zich biologisch gezien in stress en homeostase en antropologisch in notities als verlies van zin en betekenis. In psychologische termen werd dit aangeduid als psychische ontregeling.[[14]](#footnote-14)

In de burgerpsychiatrie werd na de Tweede Wereldoorlog veel onderzoek gedaan naar zogenoemde vervolgingstrauma’s, trauma’s opgelopen door personen die opgesloten zaten in bijvoorbeeld concentratiekampen of mensen in de onderduik. Zij hadden continu te maken met angst, stress en daaraan verwante gedachtes over het verlies van toekomstperspectief. In de maatschappij groeide de belangstelling voor deze trauma’s en voor het belang van behandeling van de slachtoffers.

Zo werden vanaf eind jaren vijftig ontwikkelingen gemaakt wat betreft de leedverwerking. Er werd hulpverlening geboden op zowel individueel niveau als in groepen waarin getroffenen hun leed konden delen. Dit werd zowel opgepakt door de reguliere gezondheidszorg, alsook door gespecialiseerde instellingen als Joods Maatschappelijk werk. Specialisten werkzaam in deze specifieke sector van hulpverlening werden zich bewust van de lange-termijn gevolgen van geweld en vervolging, alsmede van het belang van publieke erkenning om de gevoelens van angst, isolement en miskenning te overwinnen.[[15]](#footnote-15)

De benadering van psychische trauma’s veranderde hierdoor. De ernst van vervolgingservaringen en de maatschappelijke dynamiek rond erkenning en genoegdoening kregen daardoor een belangrijkere plaats in de samenleving. Ook werd de kennisvorming van specialisten verbreed, maar ontstond tegelijkertijd de bewustwording dat het vaststellen van een oorzakelijk verband tussen gebeurtenissen die ver in het verleden hadden plaatsgevonden en acute psychische problemen lastig was.[[16]](#footnote-16)

Op deze basis werd in de jaren zestig en zeventig voortgebouwd, waarbij meespeelt dat in deze decennia de Nederlandse verzorgingsstaat voor het grootste deel werd vormgegeven. De geestelijke gezondheidszorg verbrede de focus naar slachtoffers van andere traumatische gebeurtenissen zoals kindermishandeling en slachtoffers van rampen. Dit vormde de aanzet tot een verdere differentiatie en daarmee de verbreding van de traumabehandeling. In eerste instantie ging het om een betere nazorg voor de slachtoffers, maar tevens werd geïnvesteerd in de preventie van crises en het begeleiden en afwikkelen van de sociale gevolgen. Er was op verschillende terreinen van de psychiatrie dynamiek ontstaan in de interactie tussen slachtoffers, specialisten de overheid en het publiek. Bij alle partijen was het besef dat psychische trauma’s wijd verbreid waren, soms lang verborgen konden blijven en enkel behandeld konden worden met specialistische hulp die niet alleen in de acute fase, maar vaak ook jaren later nog nodig was.[[17]](#footnote-17)

De militaire psychiatrie maakte echter een andere ontwikkeling door. Om dit goed te kunnen begrijpen is het allereerst belangrijk kenbaar te maken dat er een groot verschil bestaat in de organisatie van het leger in vredestijd en oorlogstijd. In de jaren zestig en zeventig richtte het leger zich op een situatie van vredestijd waardoor de centrale doelstelling van het leger, de productie van geweld, op de achtergrond raakte. Het was daarom dat de militaire psychiatrie een bedrijfskundig karakter kreeg met als hoofddoel het weren van psychiatrische patiënten. Dit zien we terug wanneer we kijken naar de opbouw en functie van de organisatie die zich bezighield met de preventie van psychische problemen en de genezing van lichte gevallen van psychische aandoeningen. Deze bestond uit drie onderdelen: 1. De afdeling GGZ van de Koninklijke Landmacht had als belangrijkste taak de evaluatie van het militair personeel en het doen van psychiatrisch onderzoek. 2. De districtspsychiatrie bereidde militairen voor op activiteiten en vormde de spil in de behandeling van psychische aandoeningen binnen de eenheden. In feite was de voornaamste taak van de afdeling het herkennen van psychische problemen. 3. Het Militair Hospitaal A. Matthijssen dat de behandeling op zich nam van militairen die met kortlopende therapieën geholpen konden worden.[[18]](#footnote-18)

De ontwikkeling van de militaire psychiatrie werd enerzijds beïnvloed door de eerder benoemde waarde die er aan werd gegeven door Defensie, maar anderzijds door een chronisch tekort aan vast personeel. Dienstplichtigen met een medische achtergrond werden veelal ingezet als districtsarts. Zij werden een deel van hun diensttijd opgeleid, en het overige deel werden ze als psychiater ingezet. Na hun diensttijd werden ze vervolgens weer vervangen. De discontinuïteit die er was in het personeel leidde er toe dat er bij elke personeelswissel ervaring verloren ging. Er werd zodoende altijd gewerkt vanuit de bestaande voorschriften en de opgedane ervaring bij de opleiding. Nu er vrijwel geen psychiatrische ervaring was binnen het personeel kon er ook slechts mondjesmaat invloed van buitenaf komen. Het systeem hield zich zogezegd zelf in stand.[[19]](#footnote-19)

Toen Nederland akkoord ging met de bijdrage aan de UNIFIL missie, werd er uitgegaan van een vredesoperatie. Het VN-verdrag voor vredesoperaties bestond uit een aantal basisprincipes waarvan de voornaamste was het verbod op het gebruik van geweld anders dan ter bescherming van de veiligheid der eigen troepen. Het mandaat rijkte niet verder dan vredeshandhaving wat neerkwam op het aanwezig zijn en het handhaven van orde en stabiliteit door de militairen. Dit was ook het uitgangspunt van Defensie.[[20]](#footnote-20)

Dit leidde er toe dat de aanpak voor de psychische problematiek van militairen tijdens vredestijd werd toegepast op de operationele inzet in conflictgebied. Tijdens de uitzending werd de Geestelijke Gezondheidszorg vormgegeven door een sectie begeleider van het bataljon, meerdere artsen, twee geestelijke verzorgers (dominee en aalmoezenier) en een Officier Bedrijfsmaatschappelijk Werk van de Militaire Sociale Dienst (vanaf het begin van de missie is de samenstelling langzaam uitgebreid (zie hoofdstuk 2)). Het beleid was er in den beginne op gericht om militairen met psychische problemen zodanig te begeleiden dat zij in Libanon konden blijven. Het meebrengen van psychologen werd echter niet noodzakelijk geacht waardoor de acute behandeling van militairen met psychische klachten niet kon plaatsvinden.[[21]](#footnote-21)

Concluderend: Gesteld kan worden dat in de periode vóór en tijdens de UNIFIL missie slechts gering sprake was van een anticipatie bij de Psychologische Dienst van de Koninklijke Landmacht op de eventuele behandeling van psychische problemen. In de burgerpsychiatrie was het belang van trauma behandeling al doorgedrongen, maar door het gesloten karakter van de militaire psychiatrie en de vele personeelswissels vond dit nauwelijks ingang bij Defensie. Daarnaast werd het karakter van de Libanonmissie verkeerd ingeschat, waardoor in de voorbereidende fase geen voorzorgsmaatregelen genomen werden.

# **Hoofdstuk 2** *Ervaringen en waardering*

Allereerst moet in het achterhoofd gehouden worden dat militairen allen op individuele wijze omgaan met ingrijpende gebeurtenissen tijdens hun werkzaamheden. Zoals eerder benoemd vormen persoonlijke ervaringen, individuele voorgeschiedenis, persoonlijkheidskenmerken en sociale steun allemaal aspecten van de manier waarop zij ervaringen verwerken.[[22]](#footnote-22)

Het idealistische beeld dat gecreëerd werd rondom UNIFIL als zijnde uitsluitend een vredesmissie en een “vakantieuitzending” had grote invloed op zowel de psychische ondersteuning tijdens de missie, alsook de geleverde nazorg. Militairen die werden uitgezonden kregen daarom vrijwel geen psychologische voorbereiding op oorlogssituaties of de confrontatie met leed, ook bij bijvoorbeeld de burgerbevolking. Van geweld en leed was echter in Libanon overduidelijk wél sprake.

‘*zoveel geweld, beschietingen, bombardementen, ik had niet verwacht dat ik midden in een oorlog terecht zou komen en ook niet dat het zo erg zou zijn*’[[23]](#footnote-23)

Tijdens de missie vonden negen militairen de dood, vielen er onder andere gewonden door de aanwezigheid van IEDs (Improvised Explosive devises) en waren er gevallen dat militairen getuigen waren van martelingen op tegenstanders door de strijdende partijen.[[24]](#footnote-24)

Hoewel Defensie veel investeerde in de screening van personeel, is het de vraag of deze psychologische screening wel echt effectief was. Er bestonden bij Defensie nog geen eenduidige procedures omtrent behandeling van psychische problemen voor een uitzending, gewoonweg omdat de preventieve waarde van psycho-educatie nog niet bekend was. Zo werd er geen voorlichting gegeven over de eventuele psychische gevolgen die men zou kunnen ondervinden bij de missie. Pas eind jaren negentig bleek dat juist dit onderdeel helpt bij het voorkomen van psychische aandoeningen; wanneer een militair symptomen herkent waarvan hij heeft gehoord, zal hij veel minder snel in paniek raken bij openbaring daarvan. Ook worden klachten dan sneller gemeld. Voor de rest is het ontwikkelen van psychische klachten afhankelijk van de gevechtssituaties, moraal, groepscohesie en het getoonde leiderschap. Hier kan slechts summier op worden voorbereid nu conflictsituaties onvoorspelbaar zijn.[[25]](#footnote-25)

De afwezigheid van psychologen in Libanon had door de realiteit van oorlogssituaties grote invloed. De acute behandeling van militairen die psychische klachten kregen werd aanvankelijk neergelegd bij de eenheid (kameradenhulp), de maatschappelijk werker en geestelijke verzorgers. Men kon in gesprek gaan met deze mensen, maar van psychologische behandeling was dus geen sprake.

Logischerwijs koos de Geestelijke Gezondheidzorg, na de bekendwording dat er wel degelijk gevochten werd in Libanon, toch voor het sturen van psychologen. Bij de Psychologische Dienst van de Koninklijke Landmacht (PDKL) was het belang van een directe gerichte behandeling van psychische klachten bekend. Met name vanwege de ervaringen met de ‘forward psychiatry’. Deze manier van behandelen bleek effectief in Korea en uit Amerikaans onderzoek na de Vietnamoorlog kwam naar voren dat de inzet van ‘forward psychiatry’ het aantal militairen met psychische klachten had geminimaliseerd. ‘Forward psychiatry’ behelst een standaard interventie die plaatsvindt bij militairen met CSR (combat stress syndrome). Het bestaat uit 3 basisprincipes voor de zorg te velde: 1. Nabijheid tot de conflictsituatie; 2. Snelheid bij interventie; 3. Inschatting van herstel.[[26]](#footnote-26)

Een aanpassing op het beleid vond echter niet plaats. Wel werd er continu discussie gevoerd op dit punt en werden er dingen gedaan om de medische en psychiatrische zorg voor militairen te verbeteren. In 1981 werd besloten tot het toevoegen van een extra Sociaal Medisch Team (SMT) dat verantwoordelijk gesteld werd voor de psychische problematiek bij militairen (zie: hoofdstuk 1). De behandelmethoden werden uitgebreid met gespreksconsulten, medicatie en repatriëring indien noodzakelijk. Voor sommigen ging dit echter niet ver genoeg. In 1982 uitte een kolonel-arts kritiek dat de onderdeelarts van het SMT niet opgeleid was om onderscheid te kunnen maken tussen normale gevechtsreacties en psychische verschijnselen. Hij pleitte dan ook wederom voor de inzet van ‘forward psychiatry’.[[27]](#footnote-27)

Vanaf het moment dat de diensttijd of de missie van een militair eindigt en hij wordt afgelost, kan hij op twee manieren terugkomen. Als je gezond terugkomt, is er geen probleem voor Defensie en functioneer je bij terugkeer in de burgermaatschappij probleemloos. Als je lichamelijk of psychisch gewond terugkomt, dan is er een taak voor Defensie. Een gewonde militair moet vaak nog jarenlang door Defensie geholpen worden.

In de jaren negentig werd vastgesteld, dat in het geval van een militaire uitzending met conflict situaties ongeveer 5% van het totaal aantal militairen beschadigd terug komt. Bij de UNIFIL missie waren 9084 militairen betrokken wat neer zou komen op meer dan 450 beschadigde militairen bij terugkomst.[[28]](#footnote-28) Deze groep hoefde in principe niet gelijk last te hebben van de traumatische ervaringen. De psychische effecten die het meemaken van een (vredes)missie kunnen veroorzaken komen vaak pas later en de hulpvraag dus ook. [[29]](#footnote-29)

Deze latere gevolgen worden goed duidelijk wanneer we de uitspraken van de geïnterviewde militairen die allen leden aan PTSS of onderdelen daarvan vergelijken. Gevoelens van machteloosheid, frustratie en vluchtgedrag werden het vaakst genoemd. Daarnaast openbaarde bij meerdere veteranen een negatief zelfbeeld van persoonlijke mislukking met daardoor een kort lontje en agressieve houding naar de buitenwereld.

‘*Ik heb de boel kort en klein geslagen, had geen lontje meer.*’[[30]](#footnote-30)

Dit komt overeen met het door Vermetten geschetste beloop van PTSS. Allereerst is er een periode van vervreemding. Hierbij lijkt het alsof alles normaal is, maar heeft de gediagnosticeerde een sterke waakzaamheid. Na de latentietijd (tijd tussen prikkeling en reactie) ontstaan er nachtmerries, flashbacks, ontloopt men contact, en ontstaat er actieve coping[[31]](#footnote-31). Dit gebeurt met name door het vermijden van herinneringen middels overvolle werkdagen of drank en middelen gebruik.[[32]](#footnote-32)

Het drank en middelen gebruik leidde er uiteindelijk toe dat sommige veteranen verslaafd raken. De agressieve houding, irritaties en de korte lontjes hadden spanningen en uitbarstingen tot gevolg. Niet zelden resulteren deze symptomen in ernstige werk en relatieproblemen. Door het verzwijgen is het voor gezinsleden moeilijk te begrijpen waar het getoonde gedrag vandaan komt. Gedragsveranderingen door en afwezigheid van de echtgenoot of vader drukt vaak een zware stempel op het gezinsleven. Niet zelden keert er een totaal ander persoon terug van uitzending waardoor gezinsleden elkaar weer opnieuw moeten leren kennen. Het aantal scheidingen ligt bij ex-militairen dan ook een stuk hoger dan gemiddeld.[[33]](#footnote-33)

De slachtofferhulp was na UNIFIL wel beperkt aanwezig, maar deze was alleen effectief voor de minder extreme gevallen. Reeds in 1981 werd duidelijk dat zich aanpassingsproblemen voordeden bij terugkerende militairen. De Afdeling Individuele Hulpverlening (AIH) formuleerde hierop adviezen voor het geven van voorlichting na uitzending; echter werd met deze adviezen niet direct wat gedaan. Tevens toonde een in 1986 gehouden enquête door de afdeling Gedragswetenschappen van de Koninklijke Landmacht aan, dat 116 van de 4700 respondenten hulp hadden gezocht voor psychische klachten. De aard van deze klachten vielen hoogstwaarschijnlijk niet onder PTSS, aangezien de gemiddelde *patients delay* (de tijd waarnaar iemand zich meldt met klachten) negen jaar is.[[34]](#footnote-34)

Uit verklaringen kwam naar voren dat vaak in eerste instantie naar hulp werd gezocht via de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers (BNMO). Dit was een organisatie die opereerde vanuit particulier initiatief, en niet vanuit Defensie. Zij hadden in 1983 een centrum opgericht ter ondersteuning van het herstelproces waarbij gebruik werd gemaakt van sport, spel, creatieve werkvormen en gespreksessies. Wanneer de hulp onvoldoende bleek, kon er besloten worden tot doorverwijzing naar het Centraal Militair Hospitaal. Hier kon men met de toen bekende methoden worden behandeld.[[35]](#footnote-35)

Voor veruit de meeste militairen verliep de terugkeer in de samenleving echter vrijwel onzichtbaar voor Defensie. Wanneer er klachten waren dan kwamen deze terecht bij de huisarts, psycholoog of psychiater. Desalniettemin bestond toentertijd ook bij de hulpverleners te weinig kennis over de mogelijke psychosociale gevolgen van een uitzending. Zo werd PTSS destijds een Libanontik genoemd. Vanwege de onbekendheid van de aandoening was ook niet bekend hoe deze goed te behandelen was. Dit kan invloed hebben gehad op de waardering van nazorg. Wellicht is door hulpverleners wel getracht te helpen, maar konden zij door het ontbreken van kennis gewoonweg niks uitrichten.

Uit onderzoek dat in 2012 door het veteraneninstituut werd uitgevoerd, gaf 58% van de UNIFIL veteranen aan dat zij de geleverde nazorg achteraf onvoldoende vonden. Aan deze groep is tevens gevraagd wat er volgens hen dan ontbrak. Het antwoord hierop luidde dat er überhaupt geen nazorg was.[[36]](#footnote-36)

Het ontbreken van structurele nazorg was niet de enige reden dat militairen niet de behandeling kregen die ze nodig hadden. Bij het analyseren van de audiovisuele interviews kwam er meermaals naar voren dat er sprake was van een zwijgcultuur onder militairen over de ervaringen in Libanon. Dit impliceert dat de militairen hun ervaringen niet wilden of konden delen, om zo hulp te ontvangen.

‘*ze hadden mij op moeten nemen en praten, maar je mocht niks zeggen. Wij moesten tekenen voor tien jaar dat we niks mochten zeggen*’[[37]](#footnote-37)

‘*Men kreeg de opdracht er niet over te praten*’[[38]](#footnote-38)

De drempel om hulp te zoeken was daardoor hoog. Bovendien werd psychologische hulp zoeken binnen de militaire cultuur als zwakte gezien. Het hoorde niet bij het imago van de militair. Dit resulteerde in een problematische situatie. Als er aan militairen werd gevraagd: ‘Hoe heb je het gehad?’ Dan was het simpele antwoord: ‘Ja goed’.[[39]](#footnote-39)

Naast traumatische oorlogservaringen en de zwijgcultuur zijn er nog andere factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan van klachten na uitzending. De beschermende cocon van kameraadschap bijvoorbeeld (die een belangrijke pijler vormt bij Defensie) valt weg wanneer de eenheid ontbonden wordt. Dit kan resulteren in een gevoel van leegte en aanpassingsproblemen van waaruit symptomen als prikkelbaarheid en heimwee kunnen ontstaan.[[40]](#footnote-40)

‘*In het begin zijn we nog als peloton bij elkaar geweest, maar daarna viel het uit elkaar*’[[41]](#footnote-41)

Misschien wel de belangrijkste factor is de manier waarop maatschappelijke erkenning wordt ervaren. Veteranen hebben vaak een levensgevaarlijke missie uitgevoerd in dienst van hun land en hopen bij thuiskomst waardering te vinden. De drie belangrijkste onderdelen van erkenning zijn: 1. Herinneringsmedaille; 2: Reünies; 3. Goed contact met Defensie/ voormalig krijgsmacht onderdeel. Tevens belangrijk is de aandacht voor de veteranen vanuit de samenleving. Uit onderzoek in de jaren negentig bleek zelfs dat dit een van de belangrijkste onderdelen van nazorg moet zijn.[[42]](#footnote-42)

Voor UNIFIL veteranen was de maatschappelijke erkenning gering. Dit was mede terug te voeren op het gevoerde mediabeleid waarbij UNIFIL militairen werden geportretteerd als vakantiegangers. Het Nederlandse publiek had weinig weet van de oorlogshandelingen waarbij UNIFIL betrokken was en kon dus ook moeilijk inbeeldingsvermogen creëren ten opzichte van de militairen.[[43]](#footnote-43)

Door de voor velen afwezige nazorg ontstond er een situatie van wantrouwen. Meerdere veteranen hebben vaker dan één keer hulpverzoeken aan Defensie gedaan waarop niet afdoende werd gereageerd.[[44]](#footnote-44)

‘*Zoals wij het beleefd hebben tot nu toe voelen wij ons door de overheid in de steek gelaten.*’[[45]](#footnote-45)

Om het belang van goede nazorg te duiden is het belangrijk te weten dat militairen die geen nazorg hebben ontvangen een fors hogere kans hebben wat betreft het ontwikkelen van angst-, depressie- en posttraumatische stressklachten. Het wel of niet krijgen van nazorg heeft dan ook een belangrijke rol gespeeld in de verdere gevolgen waar de familie van militairen, de militairen zelf en de maatschappij mee te maken kregen wanneer zich psychische problemen voordeden bij UNIFIL veteranen.[[46]](#footnote-46)

Samenvattend: Gesteld kan worden dat in veel gevallen de door Defensie geleverde nazorg aan UNIFIL veteranen onvoldoende was en ook als zodanig werd ervaren. De reden hiervan is terug te voeren op een aantal hoofdelementen. De kennis en kunde over de behandeling van PTSS stond nog in de kinderschoenen en het belang van goede nazorg werd daardoor waarschijnlijk onderschat. Daarnaast droegen de zwijgcultuur, het wegvallen van kameradenhulp en het tekort aan maatschappelijke erkenning bij aan de negatieve gevoelens van de veteranen.

# **Hoofdstuk 3** *Bewustwording*

In 1980 werd de diagnose PTSS voor het eerst opgenomen in de DSM (Verenigde Staten), onder de categorie van angststoornissen. Twaalf jaar later in 1992 werd de aandoening eveneens vastgelegd in de International Classification of Diseases (ICD) van de World Health Organisation. De vaststelling van de term is belangrijk geweest voor het promoten van onderzoek naar PTSS en het academisch debat. Vandaag de dag is er nog geen consensus over de behandeling van PTSS. Wel hebben krijgsmachten wereldwijd zich de afgelopen veertig jaar ingezet op het nemen van zoveel mogelijk preventieve maatregelen ter voorkoming van het ontwikkelen van de aandoening. Nederland vormt hierop geen uitzondering.[[47]](#footnote-47)

Een en ander maakt duidelijk dat Defensie al tijdens UNIFIL op de hoogte was van de psychische aandoening PTTS en zij dus ook wist wat de gevolgen waren voor de levens van de militairen wanneer zij deze aandoening kregen. Dat hier niet direct wat mee werd gedaan, valt terug te voeren op meerdere redenen. Ten eerste, de reeds genoemde opvatting van Defensie dat voor de inzet van een vredesmissie geen speciale psychologische hulp vereist was. Ondanks dat er wel over gediscussieerd werd (zie: hoofdstuk 2) hield men hieraan vast. Ten tweede waren er door de afwezigheid van Nederland bij grote militaire conflicten in de jaren zestig en zeventig geen massale psychologische hulpvragen geweest aan het adres van Defensie. De afwezigheid van een direct zichtbaar probleem kan bestuurlijk conservatisme in de hand werken. Er was geen noodzaak extra te investeren in psychologische hulpverlening. Ten derde is er sprake van een zogenaamde vertragingstijd tussen het bekend worden van een (in dit geval) psychische aandoening en het toepassen van de nieuwe beschikbare kennis in de praktijk. Dit wordt mede veroorzaakt door de traditie in het medische vakgebied, waarbij doctoren diagnoses leren te formuleren van de persoon die hen lesgeeft in plaats van het tijdens de studie gebruikte leerboek, of in dit geval de nieuwe DSM.[[48]](#footnote-48)

Het einde van UNIFIL betekende een nieuw hoofdstuk voor Defensie. Internationaal had Nederland prestige verkregen, en de tendens ontstond om vaker mee te doen aan internationale (vredes)missies. Met de sterk veranderende verwachtingen over de inzet van de Koninklijke Landmacht vergeleken met de periode vóór 1980, werd het nodig geacht te kijken op welke punten Defensie eventueel verbeteringen zou kunnen doorvoeren. Er werd dan ook geëvalueerd en bekeken welke lessen er konden worden geleerd van UNIFIL.

De nazorg was ook onderdeel van deze evaluatie. Berekeningen van de Afdeling Gedragswetenschappen van de PDKL en gehouden onderzoeken (zie: hoofdstuk 2) toonden aan dat de uitval als gevolg van gevechtsstress te hoog was en beperkt moest worden om personeel snel weer inzetbaar te krijgen. Daarnaast was er een stijging waarneembaar van ex-Libanongangers die hulp zochten bij de Afdeling Individuele Hulpverlening (AIH). De feitelijke bevindingen overtuigden de Legerraad er in 1988 van dat voor toekomstige (vredes)missies gevechtsstress-opvangdetachementen noodzakelijk waren. Tegelijkertijd zou hiermee ook het welzijn van het personeel worden gediend, nu de verwachting werd geuit dat het aantal militairen dat last kreeg van PTSS klachten sterk zou verminderen. Dit is een draai ten opzichte van het beleid dat gevoerd werd ten tijde van UNIFIL. De gevechtsstress opvangdetachementen kunnen worden gezien als onderdeel van de ‘forward psychiatry’. Tijdens de missie in voormalig Joegoslavië zou het nieuwe nazorg beleid op dit punt voor het eerst praktisch worden getoetst.[[49]](#footnote-49)

De term ‘operationele personeelszorg’ werd door Defensie gekozen voor het nieuwe beleid. Hieronder werd het volgende verstaan: ‘Het geheel van activiteiten dat tot doel heeft de geestelijke, sociale, psychosociale en geneeskundige belangen van het personeel bij uitzending te behartigen, gericht op bevordering van de motivatie en zichtbaarheid van het personeel’. In 1989 werd het geheel aan onderdelen dat zich bezighield met de geestelijke verzorging van militairen gecentraliseerd onder de overkoepelende organisatie Maatschappelijke Dienst Defensie (MDD). In plaats van losstaande beleidseilandjes werd er een systeem gecreëerd waarin Defensie-breed kon worden geopereerd en daarmee ook de informatie uitwisseling vergemakkelijkt werd. Dit betekende dat anders dan voorheen één organisatie de zorgtaak had voor zowel militairen als burgerpersoneel in dienst van Defensie.[[50]](#footnote-50)

In de praktijk zag de nieuwe inrichting van nazorg die begin jaren negentig werd geïnstitutionaliseerd er als volgt uit: Onderzoeken van de Koninklijke Landmacht naar de Libanonproblematiek leidden er toe, dat er meer en beter gescreend ging worden op persoonlijkheid. Dit werd met name nog niet toegepast op dienstplichtige militairen. Tevens werd er een programma samengesteld dat afgewerkt diende te worden na repatriëring van een (vredes)missie. Hierbij vond er een debriefing plaats direct na de missie; dit werd verzorgd door de (AIH). De hier in dienst zijnde psycholoog had de taak om naar aanleiding van de debriefing een inschatting te maken in hoeverre de geestelijke gezondheid van de militair door de missie beïnvloed was. Op basis hiervan werd eventueel een vervolgafspraak gemaakt. Vervolgens kregen militairen zo’n drie maanden later door de MDD, in samenwerking met geestelijke verzorgers, een groepsgesprek met betrekking tot het verloop van de terugkeer in de samenleving. Tevens werd in dezelfde periode een vragenlijst thuisgestuurd die moest worden ingevuld. Op basis van de observaties die gedaan werden tijdens het groepsgesprek en de uitslag van de vragenlijst kon indien gewenst door de militair gebruik worden gemaakt van de door Defensie aangeboden psychiatrische hulpverlening van de Afdeling Militaire Psychiatrie. Hier werden (deeltijd)behandelingen verzorgd in speciale poliklinieken. Zo kon gerichter behandeld worden nu een psychiater, in tegenstelling tot een psycholoog, bevoegd is medicatie voor te schrijven tegen psychische klachten.[[51]](#footnote-51)

De nieuwe inrichting van nazorg, en het belang dat daaraan werd gegeven vormt duidelijk een breuk met de vóór de UNIFIL missie geldende basisgedachte dat preventie belangrijker was dan behandeling. Beide aspecten werden nu meer gelijkgeschakeld.

Op regeringsniveau werden er eveneens veranderingen doorgevoerd. Met de eerste Veteranennota (1990) speelde de overheid in op de zich steeds duidelijker manifesterende problemen met UNIFIL veteranen (tevens eisten de Indië-veteranen meer aandacht) en stelde zij zich de kernvraag hoe verantwoordelijkheid kon worden genomen voor de specifieke problematiek. Een en ander was in gang gezet door de inzet van Ted Meines; luitenant-generaal buitendienst en toenmalig voorzitter van de Bond van Wapenbroeders. Hij richtte in 1989 het Veteranen Platform op. Hierin had hij veertien veteranenorganisaties die zich bezighielden met veteranenproblematiek bijeengebracht om de krachten te bundelen en met één mond te kunnen spreken. Via het Platform kregen de toenmalige Minister en Staatsecretaris van Defensie een veel duidelijker beeld op de veteranen problematiek. De conclusie die voortkwam uit verhalen die werden gedeeld binnen het platform, en werden gedeeld met Defensie, was dat veteranen het gevoel hadden te worden miskend. De behoefte aan een herkenbaar veteranenbeleid dat tegemoet kwam aan de specifieke wensen was dan ook noodzakelijk.[[52]](#footnote-52)

De nota had onder andere de volgende beleidsmaatregelen tot gevolg (zie: hoofdstuk 2): 1. Een in te stellen draaginsigne om daarmee respect en dank te betonen aan alle veteranen die lijden of geleden hebben onder lichamelijke/psychische gevolgen van hun plichtsvervulling onder oorlogsomstandigheden. 2. Faciliteiten op kazernes voor het houden van reünies. Ontdekt werd dat reünies belangrijk zijn voor zowel het verwerken van gemeenschappelijke ervaringen, als de mogelijkheid voor veteranen om oude vriendschappen te verstevigen en samen te zijn. 3. maatregelen voor immateriële hulp. Dit werd tot uiting gebracht met de oprichting van de Stichting Dienstverlening Veteranen. Belangrijkst beoogde taken van de stichting waren het bijdragen aan de opheffing van een gestagneerd verwerkingsproces via informatie voorziening, voorlichting en bemiddeling, sociaal-emotionele ondersteuning en opvang, medisch advies en het bijdragen aan de bundeling en overdracht van specifieke kennis en ervaring naar de algemene hulpverlenende instanties.[[53]](#footnote-53)

In 1997 werd de eerste balans opgemaakt van de doorgevoerde maatregelen. Hieruit bleek onder andere dat de verbeterde psychologische begeleiding tijdens uitzendingen zijn waarde had bewezen. Van de niet-gescreende dienstplichtigen moest 5,6% voortijdig terugkeren uit het uitzendgebied, waar dat aantal bij gescreende militairen op slechts 2.5% lag. Tevens werd positief gereageerd op de debriefing, in te vullen vragenlijsten en overige verbeteringen in de zorg van de afgelopen jaren. De conclusie luidde dat het Nederlands psychologische zorgprogramma zich na jaren achterstand kon meten aan andere Westerse VN-partners.[[54]](#footnote-54)

Tegelijkertijd was er ruimte voor kritiek. Er werd nogmaals vastgesteld dat, hoe goed het (na)zorg programma ook was, het een vaststaande waarheid was dat na een (vredes)operatie twintig procent van de militairen psychische nadelen ondervindt en vijf procent daarvan specialistische hulp nodig heeft. Daarnaast werd benoemd dat veteranenzorg voor verbetering vatbaar bleef en dat ook de achtergebleven gezinsleden problemen ondervonden van de uitzendingen. Er werd dan ook beargumenteerd, dat er alles aan moest worden gedaan om door een goede nazorg de gevolgen van die problemen in de persoonlijke, familie en werksfeer zo gering mogelijk te laten zijn.[[55]](#footnote-55)

In hoofdlijnen werd het volgende aanbevolen: 1. De inrichting van een centraal adres voor veteranen. 2. Een actieve benadering van veteranen. 3. Militair-civiele samenwerking als basis en middel voor een goede veteranenzorg. Uit de aanbevelingen werd opgemaakt dat er een herkenbaar instituut voor veteranenzorg moest komen. De staatssecretaris van Defensie heeft hierop contact gezocht met veteranen om hen deel uit te laten maken van de besluitvorming. Het resultaat was het in 2000 opgerichte Veteraneninstituut, waarbij het de bedoeling was zo goed mogelijk in te spelen op de wensen en behoeften van veteranen, zorginstellingen en beleidsmakers. Thans is het Veteraneninstituut verantwoordelijk voor een netwerk van meerdere organisaties waaronder veteranenorganisaties, hulpverleningsinstellingen, maatschappelijke organisaties en is zij verantwoordelijk voor de informatievoorziening naar veteranen toe.[[56]](#footnote-56)

Ondanks de hierboven besproken verbeteringen die er werden doorgevoerd, bleef voor een substantiële groep UNIFIL veteranen de door Defensie geleverde nazorg onvoldoende. Defensie zelf was in principe van mening dat de door haar geboden (na)zorg mogelijkheden aan UNIFIL militairen toereikend was, en wilde aansprakelijkheid voor eventuele tekortkomingen dan ook niet aanvaarden. Een aantal veteranen maakten hierop de gang naar de rechter, die in 2016 uit monde van de Centrale Raad van Beroep, uiteindelijke erkende dat de minister van Defensie (en daarmee Defensie) zijn zorgplicht heeft geschonden ten aanzien van UNIFIL veteranen die PTSS hebben ontwikkeld. Geconcludeerd werd dat er een combinatie had plaatsgevonden van een gebrek aan zorg vóór, tijdens en met name na uitzending.[[57]](#footnote-57)

Resumé: De genomen maatregelen die zijn genomen in de jaren negentig door de nieuwe tijd die aanbrak voor Defensie met een verandering in de inzet en het belang dat werd toegekend aan goede veteranenzorg (waar op de achtergrond de vaststelling van PTSS meespeelt), zijn duidelijk effectief geweest. Er is door de jaren heen een stijgende waardering waarneembaar in de beoordeling van nazorg. Waar bij UNIFIL veteranen ongeveer 4/10 tevreden was over de geleverde nazorg, is dit cijfer gestegen naar 8/10 bij de beoordeling door veteranen uit Irak en Afghanistan. [[58]](#footnote-58)

# **Conclusie**

In deze scriptie is antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: Hoe heeft zich de geleidelijke bewustwording voltrokken van de psychische effecten van de militaire vredesmissies in Libanon, zowel bij de overheid als bij het militaire apparaat?

Allereerst heb ik laten zien dat het Nederlandse leger in de vooravond van de UNIFIL vredesmissie slechts mondjesmaat voorbereid was op het leveren van psychische nazorg aan militairen. Dit was allereerst te wijten aan de omstandigheid van een stilstaand leger. Nederland was in de jaren zestig/zeventig vrijwel niet betrokken bij militaire gevechtssituaties en had dan ook niet veelvuldig te maken met psychisch beschadigde militairen noch de nadelen ervan. Dit resulteerde in een situatie waarbij het zwaartepunt van de geestelijke gezondheid lag bij de werving en selectie. Hier werd echter nauwelijks aandacht besteed aan de voorbereiding op psychische problemen tijdens (vredes)missies of de verwerking daarvan. Hoofdzakelijk had het tot doel personen met psychische problemen van ernstige aard te weren.

Gedurende de missie werd langzaam duidelijk dat zich psychische problemen voordeden bij terugkerende militairen. In plaats van hier kordaat op in te spelen, door bijvoorbeeld de inzet van ‘forward psychiatry’, stuurde Defensie alleen een extra Sociaal Medisch Team. Het optreden valt te verklaren met een aantal feitelijke bevindingen. Ten eerste was vastgesteld dat UNIFIL een vredesmissie was. De insteek was dat voor vredesmissies geen speciale psychologische hulp vereist was. Wellicht dat getracht werd het beeld van een “vakantiemissie” zo goed mogelijk vast te houden. Ten tweede de militair cultuur. Er was sprake van het verzwijgen van problemen door militairen (al dan niet onder druk) waardoor de grootte van de problemen niet gelijk zichtbaar waren. Ten derde was de kennis omtrent de schade en het behandelen van PTSS nog niet doorgedrongen in de militaire gezondheidszorg.

Na de missie brak er een voor Defensie belangrijk moment aan. UNIFIL was in feite het begin van een periode waarin het Nederlandse leger zich actief ging inzetten voor internationale (vredes)missies. Het was daarom belangrijk dat de lessen geleerd van Libanon ten goede zouden bijdragen aan de organisatie. Evaluaties leidden er uiteindelijk toe dat er een herziening plaatsvond van het belang dat er werd gegeven aan nazorg. De basisgedachte dat preventie belangrijker was dan behandeling werd ingeruild voor de perceptie dat preventie en nazorg allebei belangrijk waren voor het minimaliseren van psychologische klachten. De eerste uiting hiervan was de toestemming van de Legerraad in 1988 voor de inzet van opvangdetachementen.

Mijns inziens vond de échte bewustwording van de psychische effecten van de UNIFIL missie plaats vanaf begin jaren negentig. De verklaringen van veteranen die aangesloten waren bij het Veteranen Platform gaven voor het eerst een alomvattend beeld van de problemen waar veteranen mee te maken hadden. Belangrijkste bevindingen waren dat de veteranen zich miskend voelden, en de nazorg op veel punten verbeterd moest worden. Vanaf de implementatie van de voorgestelde maatregelen in de Veteranennota tot aan de aanbevelingen van de commissie Tiesinga en de opening van het Veteraneninstituut zijn er veel stappen gezet in het bieden van goede nazorg.

Vraag blijft wel of Defensie destijds voldoende gepoogd heeft UNIFIL veteranen met psychische problemen te helpen. Uit verschillende waarderingsonderzoeken is naar voren gekomen dat UNIFIL veteranen de nazorg van Defensie als onvoldoende hebben beschouwd. Hoewel de veranderingen in de facilitering van nazorg hebben plaatsgevonden ná de missie, kwamen de PTSS klachten van militairen in de meeste gevallen ook pas jaren later. Logischerwijs hadden ze dus gebruik kunnen maken van de vernieuwde faciliteiten. De precieze frictie die er toe heeft geleid dat veteranen bewust of onbewust geen gebruik hebben gemaakt van deze faciliteiten of de negatieve waardering die daaraan werd gegeven, is mij niet helemaal duidelijk geworden.

Verder onderzoek zou zich dan ook kunnen richten op de toegankelijk van de hulpfaciliteiten voor militairen. In deze scriptie is de (zwijg)cultuur binnen Defensie meerdere malen besproken. Het is interessant te bekijken in hoeverre deze cultuur invloed heeft gehad op de beslissing van UNIFIL militairen om al dan niet hulp te zoeken. Daarnaast, toont de in 2016 getoonde erkenning van het ministerie van Defensie voor haar nalatigheid wat betreft de nazorg en zorgplicht voor UNIFIL veteranen aan, dat zij toen pas de tekortkomingen toegaf van de barrières waar deze groep mee te maken had.

Deze scriptie heeft inzicht gegeven in de achtergrond en overwegingen van Defensie en de Overheid voor de inzet van nazorg voor, tijdens en na de UNIFIL missie. Deze rol was in voorgaande onderzoeken onderbelicht. Er is inzicht gegeven op de relatie tussen Defensie en militair, en antwoord gegeven op de moeizame bewustwording van de schade die psychische beschadiging (PTSS) bij militairen aanricht.

**Aantal woorden**: 7806

# **Bibliografie**

Bremmer, Nelleke, (Na)zorg voor veteranen, (Masterthesis Faculteit Sociale Wetenschappen Utrecht 2013).

Gollin, Rob, ‘Het einde van de wereld’, *Volkskrant*, 16-06-2016.

Goudriaan, Huib,’Veteranen bevochten erkenning/Vijftig jaar na Indië-oorlog is Nederland nu zuinig op oude en jonge ex-militairen’, *Trouw*, 26-07-1997.

Hermans, F.H.I.M.,*Trauma en beschaving: een historisch-sociologisch onderzoek naar de opkomst en verbreiding van de zorg voor slachtoffers van schokkende gebeurtenissen* (Diemen 2010).

Jacobs, R.W, ‘Stress het operationele optreden en psychologische ondersteuning’, *Militaire Spectator* 162 (1993) 252-258.

Jones, Edgar, Wessely, Simon. *Shell Shock to PTSD : Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, (Milton 2006).

Jones, Edgar, Wessely, Simon,’“Forward Psychiatry” in the Military: Its Origins and Effectiveness’, *Journal of Traumatic Stress,* Vol. 16, No. 4 (2003), 411–419.

Koster, Gerard, Militaire psychiatrie van 1960 tot 1980 (Masterthesis Faculteit Geesteswetenschappen Utrecht 2010).

Lange, Matthew, *Comparitive-Historical Methods* (Londen 2013).

Loth, Julia, De militaire psychiatrie in de Krijgsmacht: innovatie en discontinuïteit (Masterthesis Faculteit Geesteswetenschappen Utrecht 2017).

Motshagen, Joyce, *Veteranen: Ervaren Erkenning en Waardering* (Utrecht 2010).

Mouthaan, Joanne ea. ‘Libanon laat ons nooit helemaal los’, *Veteraneninstituut* (2005) 1-132.

Murphy, Ray, *UN Peacekeeping in Lebanon, Somalia and Kosovo Operational and Legal Issues in Practice* (Cambridge 2009).

Pitman, Roger, ‘[A brief nosological history of](https://pdfs.semanticscholar.org/85aa/7c90b581cee97fc0d7e1a105dd112c235c9b.pdf) PTSD’, *Journal of Traumatic Stress Disorders* vol. 12 (2013) 1-4.

Swart, H.W. de,’Psychologische begeleiding rond uitzendingen’, *Militaire Spectator* 168 (1999) 542-549.

Swart, H.W. de, ‘Het Veteraneninstituut’, *Militaire Spectator* 169 (2000) 275-298.

Vermetten, E, ‘Post Traumatische Stress Stoornis’, In*:* G.E. van Maanen*, De rol van het aansprakelijkheidsrecht bij de verwerking van persoonlijk leed* (2003) 61-84.

Vermetten, E, ea, ‘Psychiatrische,Aandoeningen bij UNIFIL veteranen op de Militaire Psychiatrie’, *NMGT* 60 (2007) 9-14.

Vegchel-Staudt, S.E.D.M van, *Psychische zorg voor militairen binnen de Koninklijke Landmacht na deelname aan een missie* (Universiteit Twente 2006).

Veteraneninstituut, *Weer thuis na uitzending* (juni 2012) 1-31.

Wessely, Simon ea, ‘Does Psychoeducation Help Prevent Post Traumatic Psychological Distress?’, *Psychiatry 71*, 4 (2008) 287-297.

Wild, Laura de, *De nazorg van Defensie*, (2009).

Wizelman, Leah, *When the War Never Ends: The Voices of Military Members with PTSD and their Families* (2011).

**Overzicht van geraadpleegde documentaires, interviews en overheidsdocumenten**

*Aanhangsel van de Handelingen van de Tweede Kamer der Staten Generaal*, vergaderjaar 2015-2016, 2058.

Andere Tijden, UNIFIL, 07-09-2000, <https://www.anderetijden.nl/aflevering/648/UNIFIL> (laatst geraadpleegd: 10-04-2020).

Arie, Libanon veteraan met ptss, heeft baat bij paardencoaching, UNIFIL veteraan Arie Visser, 04-02-2020, <https://www.youtube.com/watch?v=K_Tzdunq1VA> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020).

Centrale Raad van Beroep, uitspraakdatum 14 december 2015,
Zaaknummer 14/2027 MAW, [ECLI:NL:CRVB:2015:4336](http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:CRVB:2015:4336).

Commissie Tiesinga, *Deelname aan vredesmissies: gevolgen opvang en nazorg. Aanbevelingen* van *de Commissie Tiesinga*. Beleidsaanbevelingen naar aanleiding van een onderzoek onder veteranen (1997).

Een vandaag, Centrum veteranen PTSS komt niet deel 1 en 2, 06-05-2011, <https://www.youtube.com/watch?v=Y4Xn0aeCzBM><https://www.youtube.com/watch?v=8pNQYd7wDl4> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020).

Meij, D.F, ‘Het rapport Dienstvervulling onder buitengewone en zeer moeilijke omstandigheden’, *Ministerie van Defensie* (Den Haag: 1989).

EO, Oorlog in mijn hoofd, UNIFIL veteraan Eugene Sandél, 23-05-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=Q-LSvzGL01Q> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020).

EO, Oorlog in mijn hoofd, UNIFIL veteraan Hans Kreuzen, 15-05-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=7j4vyLTdFf8> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020).

Ministerie van Defensie, *United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL)*, missie overzicht.

Nederlands instituut voor militaire historie, ‘Dutchbatt in Libanon (2), Ministerie van Defensie’, 20-06-2016, <https://www.youtube.com/watch?v=3Qq3s3FCfKc>. (laatst geraadpleegd: 28-03-2020).

Sjon Brands: Libanon 1980, UNIFIL veteraan Sjon Brands, 28-08-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=jcpSgJLU1uU> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020).

Stichting het Veteraneninstituut, Groetjes uit Libanon, 14-01-2016, <https://www.youtube.com/watch?v=bwT78_Dlv0c>, (laatst geraadpleegd: 10-04-2020).

*Verslag der handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*, Hoofdlijnen van het veteranenbeleid, vergaderjaar 1989-1990, 21 490.

Veteraan over ervaringen in Libanon, UNIFIL veteraan Chris Kriznaric, 14-12-2015, <https://www.youtube.com/watch?v=7y05_2TdwuY>, (laatst geraadpleegd: 05-04-2020).

Veteraneninstituut.nl

Welkom bij Unifil: <https://welkom-bij-unifil9.webnode.nl/>

1. EO, Oorlog in mijn hoofd, UNIFIL veteraan Eugene Sandél, 23-05-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=Q-LSvzGL01Q> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020). [↑](#footnote-ref-1)
2. [Buitenland](https://nos.nl/artikel/2283130-veteraan-bij-nederlands-gasthuis-in-libanon-als-ik-dit-gehad-heb-zit-het-in-mijn-hart.html), Veteraan bij Nederlands gasthuis in Libanon: 'Als ik dit gehad heb, zit het in mijn hart', *NOS*, 03-05-2019. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nederlands instituut voor militaire historie, ‘Dutchbatt in Libanon (2), Ministerie van Defensie’, 20-06-2016, <https://www.youtube.com/watch?v=3Qq3s3FCfKc> (laatst geraadpleegd: 28-03-2020). [↑](#footnote-ref-3)
4. Rob Gollin,‘Het einde van de wereld’, *de Volkskrant*, 16-06-2016. [↑](#footnote-ref-4)
5. E. Vermetten, ‘Post Traumatische Stress Stoornis’, In*:* G.E. van Maanen*, De rol van het aansprakelijkheidsrecht bij de verwerking van persoonlijk leed* (2003) 61-84. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ray Murphy, *UN Peacekeeping in Lebanon, Somalia and Kosovo Operational and Legal Issues in Practice* (Cambridge 2009) 148-213. [↑](#footnote-ref-6)
7. Naam van VN-militair door het dragen van blauwe helm of baret. [↑](#footnote-ref-7)
8. Matthew Lange, *Comparitive-Historical Methods* (Londen 2013) 53-55. [↑](#footnote-ref-8)
9. Oud-minister Buitenlandse zaken Chris van der Klaauw, UNIFIL, Andere Tijden, 07-09-2000, <https://www.anderetijden.nl/aflevering/648/UNIFIL> (laatst geraadpleegd: 10-04-2020). [↑](#footnote-ref-9)
10. Gerard Koster*,* Militaire psychiatrie van 1960 tot 1980, (Masterthesis faculteit Geesteswetenschappen Utrecht 2010) 3-5. [↑](#footnote-ref-10)
11. Edgar Jones, Simon Wessely. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War* (Milton 2006) 98-117. [↑](#footnote-ref-11)
12. Koster*,* Militaire psychiatrie van 1960 tot 1980, 3-5. [↑](#footnote-ref-12)
13. Julia Loth*,* De militaire psychiatrie in de Krijgsmacht: innovatie en discontinuïteit, (Masterthesis Faculteit Geesteswetenschappen Utrecht 2017) 10-30; Jones, *Shell Shock to PTSD*, 147-164. [↑](#footnote-ref-13)
14. Roger Pitman, ‘[A brief nosological history of](https://pdfs.semanticscholar.org/85aa/7c90b581cee97fc0d7e1a105dd112c235c9b.pdf) PTSD’, *Journal of Traumatic Stress Disorders* vol. 12 (2013) 1-4. [↑](#footnote-ref-14)
15. F.H.I.M. Hermans, *Trauma en beschaving: een historisch-sociologisch onderzoek naar de opkomst en verbreiding van de zorg voor slachtoffers van schokkende gebeurtenissen* (Diemen 2010) 90-109. [↑](#footnote-ref-15)
16. Hermans, *Trauma en beschaving*, 90-109. [↑](#footnote-ref-16)
17. S.E.D.M. van Vegchel-Staudt, *Psychische zorg voor militairen binnen de Koninklijke Landmacht na deelname aan een missie* (Universiteit Twente 2006) 72-74; Hermans, *Trauma en beschaving*, 90-109. [↑](#footnote-ref-17)
18. Koster, Militaire psychiatrie van 1960 tot 1980, 10-18; Loth, De militaire psychiatrie in de Krijgsmacht: innovatie en discontinuïteit,28-36. [↑](#footnote-ref-18)
19. Koster, Militaire psychiatrie van 1960 tot 1980, 3-11. [↑](#footnote-ref-19)
20. Hans Goedkoop, UNIFIL, Andere tijden, 07-09-2000, <https://www.anderetijden.nl/aflevering/648/UNIFIL> (laatst geraadpleegd: 10-04-2020); Murphy, *UN Peacekeeping in Lebanon, Somalia and Kosovo Operational and Legal Issues in Practice*, 148-213. [↑](#footnote-ref-20)
21. Loth, De militaire psychiatrie in de Krijgsmacht: innovatie en discontinuïteit*,* 28-36. [↑](#footnote-ref-21)
22. Nelleke Bremmer, (Na)zorg voor veteranen, (Masterthesis Utrecht 2013) 8-9. [↑](#footnote-ref-22)
23. EO, Oorlog in mijn hoofd, UNIFIL veteraan Eugene Sandél, 23-05-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=Q-LSvzGL01Q> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020). [↑](#footnote-ref-23)
24. Ministerie van Defensie, *United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL)*, missie overzicht; EO, Oorlog in mijn hoofd, UNIFIL veteraan Hans Kreuzen, 15-05-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=7j4vyLTdFf8> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020). [↑](#footnote-ref-24)
25. Jones, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, 96; Bremmer, (Na)zorg voor veteranen, 12-13; Simon Wessely ea, ‘Does Psychoeducation Help Prevent Post Traumatic Psychological Distress?’, *Psychiatry 71*, 4 (2008) 287-297. [↑](#footnote-ref-25)
26. Edgar Jones, Simon Wessely,’“Forward Psychiatry” in the Military: Its Origins and Effectiveness’, *Journal of Traumatic Stress,* Vol. 16, No. 4 (2003) 411–419; Jones, *Shell Shock to PTSD*, 109-110. [↑](#footnote-ref-26)
27. Van Vegchel-Staudt, *Psychische zorg voor militairen binnen de Koninklijke Landmacht na deelname aan een missie*, 42-45; Loth, De militaire psychiatrie in de Krijgsmacht: innovatie en discontinuïteit, 34-36. [↑](#footnote-ref-27)
28. Ministerie van Defensie, *United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL)*, missie overzicht; Stichting het Veteraneninstituut, Groetjes uit Libanon, UNIFIL veteraan (maatschappelijk werker) Majoor G.F. Baron van Till, 14-01-2016, <https://www.youtube.com/watch?v=bwT78_Dlv0c> (laatst geraadpleegd: 10-04-2020). [↑](#footnote-ref-28)
29. Stichting het Veteraneninstituut Groetjes uit Libanon, UNIFIL veteraan (maatschappelijk werker) Majoor G.F. Baron van Till 14-01-2016; Mouthaan ea. ‘Libanon laat ons nooit helemaal los’, 15. [↑](#footnote-ref-29)
30. Veteraan over ervaringen in Libanon, UNIFIL veteraan Chris Kriznaric, 14-12-2015, <https://www.youtube.com/watch?v=7y05_2TdwuY>, (laatst geraadpleegd: 05-04-2020). [↑](#footnote-ref-30)
31. Coping is een psychologisch begrip, waarmee de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat wordt bedoeld. [↑](#footnote-ref-31)
32. Vermetten, ‘Post Traumatische Stress Stoornis’, 61-84; Laura de Wild, *De nazorg van Defensie* (2009) 6-11. [↑](#footnote-ref-32)
33. Een vandaag, Centrum veteranen PTSS komt niet deel 1 en 2, 06-05-2011, <https://www.youtube.com/watch?v=Y4Xn0aeCzBM><https://www.youtube.com/watch?v=8pNQYd7wDl4> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020); Leah Wizelman, *When the War Never Ends: The Voices of Military Members with PTSD and their Families* (2011) 44-65.  [↑](#footnote-ref-33)
34. Joanne Mouthaan ea. ‘Libanon laat ons nooit helemaal los’, *Veteraneninstituut* (2005) 15; E. Vermetten ea,’Psychiatrische,Aandoeningen bij UNIFIL veteranen op de Militaire Psychiatrie’, *NMGT* 60 (2007) 9-14. [↑](#footnote-ref-34)
35. Een vandaag, Centrum veteranen PTSS komt niet deel 1 en 2, 06-05-2011. [↑](#footnote-ref-35)
36. Vermetten ea,’Psychiatrische,Aandoeningen bij UNIFIL veteranen op de Militaire Psychiatrie’, 9-14; Sjon Brands: Libanon 1980, UNIFIL veteraan Sjon Brands, 28-08-2013, <https://www.youtube.com/watch?v=jcpSgJLU1uU> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020); Veteraneninstituut, *Weer thuis na uitzending* (juni 2012) 11. [↑](#footnote-ref-36)
37. Arie, Libanon veteraan met ptss, heeft baat bij paardencoaching, UNIFIL veteraan Arie Visser, 04-02-2020, <https://www.youtube.com/watch?v=K_Tzdunq1VA> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020). [↑](#footnote-ref-37)
38. Stichting het veteranen instituut, Groetjes uit Libanon, UNIFIL veteraan (maatschappelijk werker) Majoor G.F. Baron van Till, 14-01-2016. [↑](#footnote-ref-38)
39. Ibidem [↑](#footnote-ref-39)
40. Joyce Motshagen, *Veteranen: Ervaren Erkenning en Waardering* (Utrecht 2010) 14-18. [↑](#footnote-ref-40)
41. Groetjes uit Libanon, UNIFIL veteraan Antoine Damen, 14-01-2016, <https://www.youtube.com/watch?v=bwT78_Dlv0c> (laatst geraadpleegd: 10-04-2020). [↑](#footnote-ref-41)
42. Motshagen, *Veteranen: Ervaren Erkenning en Waardering*, 29. [↑](#footnote-ref-42)
43. Ibidem, 14-18; Bremmer, (Na)zorg voor veteranen, 11-16. [↑](#footnote-ref-43)
44. Een vandaag, Centrum veteranen PTSS komt niet deel 1 en 2, 06-05-2011. [↑](#footnote-ref-44)
45. Centrum veteranen PTSS komt niet deel 1, UNIFIL veteraan Gerhardt de Weert, 06-05-2011, <https://www.youtube.com/watch?v=Y4Xn0aeCzBM><https://www.youtube.com/watch?v=8pNQYd7wDl4> (laatst geraadpleegd: 05-04-2020). [↑](#footnote-ref-45)
46. Bremmer, (Na)zorg voor veteranen, 32. [↑](#footnote-ref-46)
47. Vermetten, ‘Post Traumatische Stress Stoornis’, 61-84. [↑](#footnote-ref-47)
48. Wizelman, *When the War Never Ends*, 1-15.  [↑](#footnote-ref-48)
49. R.W.Jacobs, Stress, ‘Het operationele optreden en psychologische ondersteuning’, *Militaire Spectator* 162 (1993) 252-258. [↑](#footnote-ref-49)
50. Van Vegchel-Staudt, *Psychische zorg voor militairen binnen de Koninklijke Landmacht na deelname aan een missie*, 34-50; De Wild, *De nazorg van Defensie*, 12. [↑](#footnote-ref-50)
51. Ibidem 34-50; [H.W.](https://www.kvbk.nl/sites/default/files/bestanden/uitgaven/1999/1999-0542-01-0148.PDF) de Swart, ‘psychologische begeleiding rond uitzendingen’, *Militaire Spectator* 168 (1999) 542-549. [↑](#footnote-ref-51)
52. *Verslag der handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*, Hoofdlijnen van het veteranenbeleid, vergaderjaar 1989-1990, Hoofdlijnen van het veteranenbeleid, vergaderjaar 1989-1990, 21490; Huib Goudriaan,’Veteranen bevochten erkenning/Vijftig jaar na Indië-oorlog is Nederland nu zuinig op oude en jonge ex-militairen’, *Trouw*, 26-07-1997. [↑](#footnote-ref-52)
53. *HTK*, Hoofdlijnen van het veteranenbeleid, 21490; D.F. Meij, ‘Het rapport Dienstvervulling onder buitengewone en zeer moeilijke omstandigheden’, *Ministerie van Defensie* (Den Haag: 1989). [↑](#footnote-ref-53)
54. Swart, de, ‘psychologische begeleiding rond uitzendingen’, *Militaire Spectator* 168 (1999) 542-549. [↑](#footnote-ref-54)
55. Swart, de, ‘psychologische begeleiding rond uitzendingen’, 542-549; Commissie Tiesinga, *Deelname aan vredesmissies: gevolgen opvang en nazorg. Aanbevelingen* van *de Commissie Tiesinga*, Beleidsaanbevelingen naar aanleiding van een onderzoek onder veteranen (1997). [↑](#footnote-ref-55)
56. H.W. de Swart, ‘Het Veteraneninstituut’, *Militaire Spectator* 169 (2000) 275-298. [↑](#footnote-ref-56)
57. *Aanhangsel van de Handelingen van de Tweede Kamer der Staten Generaal*, vergaderjaar 2015-2016, 2058; Centrale Raad van Beroep, uitspraakdatum 14 december 2015,
Zaaknummer 14/2027 MAW, [ECLI:NL:CRVB:2015:4336](http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:CRVB:2015:4336). [↑](#footnote-ref-57)
58. Veteraneninstituut, *Weer thuis na uitzending* (juni 2012) 10. [↑](#footnote-ref-58)