



BS2019019907 / 24-10-201



Ministerie van Defensie

> Retouradres Postbus 20701 2500 ES Den Haag

**Bestuursstaf**

Directie Communicatie

Kalvermarkt 32  
MPC 58 B  
Postbus 20701  
2500 ES Den Haag  
[www.defensie.nl](http://www.defensie.nl)

**Contactpersoon**

J. Kuiper

M 0613471647

[J.Kuiper.05@mindef.nl](mailto:J.Kuiper.05@mindef.nl)

**Onze referentie**

BS2019019907

**Bijlage**

1

*Bij beantwoording datum,  
onze referentie en onderwerp  
vermelden.*

**06 JAN 2020**

Datum

Onderwerp Besluit op uw Wob-verzoek

Geachte heer

,

Op 4 oktober 2019 heeft u een verzoek ingediend als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob). In uw verzoek vraagt u om het onderzoeksrapport, psychische problematiek bij militairen tijdens en na uitzending in het kader van ISAF, een analyse van eerstelijns geneeskundige contacten geregistreerd in het Geneeskundig Informatiesysteem Defensie (GIDS), referte 2010016360 (hierna: het onderzoeksrapport). Met betrekking tot uw verzoek om informatie bericht ik u als volgt.

Het onderzoeksrapport dat op 2 april 2010 is vastgesteld, besluit ik openbaar te maken.

Daar waar in het onderzoeksrapport persoonsgegevens zijn vermeld, zijn die met toepassing van artikel 10, tweede lid, onder e, van de Wob (eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer) onleesbaar gemaakt. In dit geval heb ik het belang van privacy (van betrokkene) laten prevaleren boven het belang van openbaarmaking, waarbij ik heb overwogen dat de persoonsgegevens niet daadwerkelijk toevoegen aan de inhoud van het onderzoeksrapport.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

De Minister van Defensie  
voor deze  
De Secretaris-Generaal,

mr. G.E.A. van Craaikamp

Belanghebbenden kunnen binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit bezwaar indienen bij de Minister van Defensie. Het bezwaarschrift dient te worden gericht aan DienstenCentrum Juridische Dienstverlening, Commissie advisering bezwaarschriften Defensie, Postbus 90004, 3509 AA Utrecht. Het bezwaarschrift moet zijn ondertekend, een dagtekening bevatten en van de naam en het adres van de indiener zijn voorzien. Uit het bezwaarschrift moet duidelijk blijken tegen welk besluit en op welke gronden bezwaar wordt gemaakt.



Commando DienstenCentra  
*Ministerie van Defensie*

**Psychische problematiek bij militairen tijdens en na uitzending in het kader van ISAF**  
een analyse van eerstelijns geneeskundige contacten  
geregistreerd in GIDS 2006-2009

Datum	2 april 2010
Status	Definitief

## Colofon

Bedrijfsgroep Gezondheidszorg  
Coördinatiecentrum Expertise Militaire Gezondheidszorg

Noodweg 37, Hilversum  
Postbus 155  
1230 AD Loosdrecht

Contactpersoon

Art. 10 (2) (e)

T  
MDTN  
M

@MinDef.nl

Opdrachtgever

DMG

## Inhoud

	<b>Colofon</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Doel</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Vraagstelling</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Methoden</b>	<b>9</b>
4.1	Gegevensbronnen	9
4.2	Inclusie criteria	9
4.3	Uitkomst	9
4.4	'At-risk' periode	9
4.5	Analyse	10
<b>5</b>	<b>Resultaten</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Interpretatie</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Conclusie</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>Literatuur</b>	<b>17</b>
	<b>Tabel 1</b>	<b>19</b>

## 1 Inleiding

Uitzending in het kader van een militaire missie wordt regelmatig in verband gebracht met een verhoogd risico op psychische problematiek. Inzicht in de mate waarin een uitzending bijdraagt aan verhoging van het vóórkomen van psychische problematiek is van belang voor het instellen van maatregelen ter preventie van de psychische problematiek (primaire preventie) en een eventueel gecompliceerd beloop (secundaire preventie). Daarnaast is er vanuit de politiek, ter ondersteuning van de besluitvorming rond militaire missies, behoefte aan een kwantificering van het toegevoegde risico van uitzending op het ontstaan van psychische problematiek bij de uitgezonden militair.

Alle NLD militairen zijn voor eerstelijns geneeskundige zorg verplicht gebruik te maken van de militaire gezondheidszorg. Alle eerstelijns medische consulten worden, v.a. de introductie in 2006, geregistreerd in het defensiebrede eerstelijns elektronische patiëntendossier Geneeskundig Informatiesysteem Defensie (GIDS). Ook in het uitzendgebied vindt registratie van de eerstelijns geneeskundige zorg plaats in GIDS. Consulten in GIDS worden opgehangen aan een diagnosespecificatie (vrije tekst) en een ICPC-code. ICPC staat voor International Classification for Primary Care, een coderingssysteem voor o.a. diagnoses gesteld bij eerstelijns geneeskundige zorg en is ontwikkeld in samenspraak met de Wereld Gezondheidsorganisatie. ICPC heeft een twee-assige structuur, met hoofdstukken (A-Z) voor de verschillende orgaansystemen en componenten (01-99) voor o.a. klachten en symptomen en voor ziekten.

Het analyseren van routinematig geregistreerde informatie over gezondheid van militairen, zoals in GIDS, kan belangrijke inzichten geven in het vóórkomen en de verdeling van gezondheidsproblematiek binnen de militaire populatie (in maat en getal). Zo zullen een tijdige onderkenning en kwantificering van de gevolgen van blootstelling, bijvoorbeeld tijdens uitzending, waar mogelijk resulteren in maatregelen ter voorkoming van nieuwe gevallen en herhaling van problematiek. Daarnaast kan het vaststellen of uitsluiten van een verband tussen een specifieke blootstelling en een aandoening van belang zijn om onrust het hoofd te bieden. In dit rapport wordt voor de eerste keer een formele analyse van gegevens uit GIDS beschreven.

## 2 Doel

Aan de hand van gegevens over eerstelijns geneeskundige contacten, geregistreerd in GIDS, zal worden nagegaan of militairen die uitgezonden zijn geweest in het kader van de ISAF missie vaker dan militairen die (nog) niet uitgezonden zijn geweest in het kader van de ISAF missie in de periode van 2006-2009 de eerstelijns militaire gezondheidszorg hebben bezocht in verband met een nieuw opgetreden psychisch probleem.

### 3 Vraagstelling

Was er in de periode 2006-2009 een verschil in vóórkomen van psychische problematiek, waarvoor een consult bij de eerstelijns militaire gezondheidszorg plaats heeft gevonden, tussen ISAF-uitgezonden militairen en niet-ISAF-uitgezonden militairen?

## 4 Methoden

### 4.1 Gegevensbronnen

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een geanonimiseerd schaduwbestand van GIDS dat van alle NLD militairen de consultgegevens (o.a. consultdatum, diagnose-specificatie en ICPC-codering) en plaatsingshistorie (via interface met PeopleSoft) bevat. Voor details over de ISAF-uitzending (datum start, datum eind) is een tabel direct uit PeopleSoft gebruikt.

### 4.2 Inclusie criteria

In GIDS ingeschreven individuen die voldoen aan onderstaande kenmerken zijn in de analyse meegenomen.

- militair
- in dienst op 1 januari 2007 –of– in dienst getreden na 1 januari 2007
- uit dienst getreden na 1 januari 2007
- niet eerder uitgezonden geweest in het kader van ISAF
- in het jaar voorafgaande aan start van de observatieperiode geen consult gehad met betrekking tot het specifieke psychisch probleem in de betreffende analyse

### 4.3 Uitkomst

Alle nieuwe episodes van psychische problematiek opgetreden binnen de 'at-risk' periode bij ISAF-uitgezonden militairen worden vergeleken met alle nieuwe episodes van psychische problematiek binnen de 'at-risk' periode bij niet- ISAF-uitgezonden militairen. Een episode wordt gedefinieerd als alle consulten met betrekking tot een specifieke diagnose. De datum waarop de diagnose voor het eerst wordt gesteld, wordt gezien als de startdatum van de episode. Alleen eerste diagnoses die zijn geregistreerd in GIDS tussen 1 januari 2007 en 31 december 2009 en zijn voorzien van een ICPC-codering worden geteld. Reden voor het afkappunt bij 1 januari 2007 is dat, ondanks de introductie van GIDS in 2006 er pas vanaf 2007 consistent ICPC-gecodeerd werd; in 2006 werd slechts 43% van consulten ICPC-gecodeerd, vanaf 2007 was dit meer dan 99%. Verschillende groepen diagnoses worden vergeleken tussen uitgezonden en niet-uitgezonden. Omdat er tot op heden geen afspraken zijn gemaakt over hoe verschillende klachten/ziekten eenduidig in GIDS gecodeerd moeten worden, is gekozen, in die gevallen waar er een ICPC-code bestaat voor zowel de klachten/symptomen als de ziekte, om de twee ICPC-codes samen te tellen. Bijvoorbeeld, P03 "Down/depressief gevoel" en P76 "Depressie" zijn samen geteld. Voor de vergelijking van specifieke diagnoses is gekozen voor die diagnoses die in GIDS het meest frequent voorkwamen en diagnoses waarvan *a priori* gedacht wordt dat er een relatie met uitzending zou kunnen bestaan.

### 4.4 'At-risk' periode

De 'at-risk' periode voor niet blootgestelden, of wel de observatieperiode waarin een niet ISAF-uitgezonden militair een psychisch probleem had kunnen krijgen, wordt gedefinieerd als het aantal dagen tussen 1 januari 2007 –OF– de datum van indiensttreding (indien na 1 januari 2007), –EN– één van de volgende, welke het eerste optreedt; datum nieuwe diagnoses i.v.m. een psychisch probleem, datum start uitzending in kader ISAF, datum uitdiensttreding, of einde van de observatie periode (1 januari 2010). De 'at-risk' periode voor blootgestelden, of wel de observatieperiode waarin een ISAF-uitgezonden militair een psychisch probleem had kunnen krijgen, wordt gedefinieerd als het aantal dagen tussen de startdatum van



uitzending in kader van ISAF –EN– één van 'de volgende welke het eerste optreedt, datum nieuwe diagnoses i.v.m. een psychisch probleem, datum uitdiensttreding, of einde van de observatie periode (1 januari 2010). NB in deze analyse wordt een militair gezien als behorende tot de ISAF-uitgezonden groep, vanaf het moment van uitzending en gedurende de volledige observatietijd daarna.

#### 4.5 Analyse

De frequentie van vóórkomen van psychische problemen in beide groepen wordt gepresenteerd als incidentiedichtheid, of wel het aantal nieuwe diagnoses per 1000 persoonsjaren. Het verschil in incidentiedichtheden tussen ISAF-uitgezonden en niet-ISAF-uitgezonden militairen wordt gekwantificeerd als een incidentiedichtheidsverschil (Incidence Rate Difference) berekend als het verschil tussen de incidentiedichtheid van ISAF-uitgezonden militairen en de incidentiedichtheid van niet-ISAF-uitgezonden militairen, en als een incidentiedichtheidsratio (Incidence Rate Ratio), berekend als de incidentiedichtheid van ISAF-uitgezonden gedeeld door de incidentiedichtheid van niet-ISAF-uitgezonden. Als maat voor de nauwkeurigheid van het gevonden verschil wordt bij het incidentiedichtheidsverschil en bij de incidentiedichtheidsratio de 95% betrouwbaarheidslimieten berekend. Als kwantificering van het deel (de proportie) van de psychische problemen bij ISAF-uitgezonden militairen dat meer voorkomt dan op basis van de incidentie bij niet-ISAF-uitgezonden militairen is te verwachten, wordt voor uitkomsten waarbij de incidentiedichtheden significant verschillen ( $p$ -waarde  $< 0.05$ ) de attributieve proportie voor blootgestelden berekend als één min één gedeeld door de incidentiedichtheidsratio. Als kwantificering van de hoeveelheid extra psychische problemen dat in de gehele militaire populatie voorkomt als gevolg van uitzending, wordt de attributieve proportie voor de totale populatie berekend als de incidentiedichtheid in de totale populatie min de incidentiedichtheid in de niet-ISAF-uitgezonden populatie gedeeld door de incidentiedichtheid in de totale populatie.

## 5 Resultaten

In totaal voldeden 64,588 individuen aan de eerste vier inclusie criteria. De mediane observatieduur ("follow-up") was 1.5 (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> percentiel; 0.8 – 2.2) jaar in de ISAF-uitgezonden militairen en 1.9 (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> percentiel; 0.9 – 3.0) jaar in niet-ISAF-uitgezonden militairen. De mediane leeftijd bij aanvang van de observatieperiode was 29 (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> percentiel; 22 – 40) jaar en 9.7% was vrouw. De mediane duur dat een militair in dienst was bij aanvang van de observatieperiode was 5 (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> percentiel; 1 – 13, totale spreiding; 0 – 43) jaar.

Tabel 1 geeft de frequentie van vóórkomen van nieuwe consulten i.v.m. psychische problematiek bij ISAF-uitgezonden en niet-ISAF-uitgezonden militairen weer. Bovenaan worden de frequentie van vóórkomen van nieuwe diagnoses uit het gehele ICPC-hoofdstuk 'Psychisch problemen' (codes P01-29 en P70-P99) weergegeven. Daaronder staan de uitkomsten voor specifieke psychische klachten en symptomen en psychische ziekten. De volgorde van de specifieke diagnoses is gebaseerd op rangorde van incidentiedichtheidverschillen, of wel het absolute aantal episodes van psychische problematiek die extra voorkwamen dan verwacht op basis van de incidentiedichtheid in de niet-ISAF-uitgezonden groep.

In tabel 1 is te zien dat in de periode 2007-2009 militairen die uitgezonden zijn geweest in het kader van ISAF zich vaker bij het gezondheidscentrum meldden i.v.m. een willekeurig psychisch probleem, vergeleken met militairen die niet uitgezonden zijn geweest in kader van ISAF. Bij ISAF-uitgezonden militairen hebben zich 8.4 nieuwe episodes per 1000 persoonsjaar meer voorgedaan dan op basis van de incidentie van psychische problematiek bij niet-ISAF-uitgezonden militairen was verwacht. In percentages uitgedrukt lag de incidentie van nieuwe episodes bij ISAF-uitgezonden militairen 19.6% hoger dan verwacht op basis van de incidentie van psychische problematiek bij niet-ISAF-uitgezonden militairen. In relatie tot de gehele militaire populatie kan gezegd worden dat door de extra episodes van psychische problematiek bij ISAF-uitgezonden militairen de incidentie van psychische problematiek 3.2% hoger lag dan verwacht op basis van de incidentie van psychische problematiek bij de niet-ISAF-uitgezonden populatie.

Zoals in tabel 1 kan worden gezien, wordt het verschil in aantal nieuwe episodes van psychische problematiek bij de ISAF-uitgezonden militairen verklaard door een verhoogd aantal episodes van slapeloosheid of andere slaapstoornis, stressgerelateerde problematiek (waaronder post-traumatische stressstoornis [PTSS]) en tabaksmisbruik. Aan de andere kant was het vóórkomen van neurasthenie of surmenage ("burn-out"), alsook van angstgerelateerde klachten en aandoeningen lager bij ISAF-uitgezonden militairen.

## 6 Interpretatie

In de huidige analyse wordt het vóórkomen van psychische problematiek in de militaire populatie in kaart gebracht en wordt gekeken of er een verschil in vóórkomen is tussen dat deel van de populatie dat uitgezonden is geweest in kader van ISAF en de rest van de populatie die niet voor deze specifieke missie uitgezonden is geweest. De resultaten geven weer wat zich in de populatie als geheel heeft afgespeeld in de periode 2007-2009. Een causale interpretatie, ofwel hoe groot het oorzakelijke verband tussen uitzending en psychische problematiek precies is, is op basis van deze analyse niet mogelijk. Voor een valide schatting van het oorzakelijke verband tussen uitzending en psychische problematiek zijn uitgebreidere en tijdsintensieve analyses met correctie voor eventuele verstorende factoren ('confounders') noodzakelijk; bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, duur dienstbetrekking, functie tijdens uitzending, eerdere uitzendingen. Daarnaast zal het verloop door de tijd en het effect van eventuele verschillen in 'case-finding' in de twee blootstellingsgroepen, bijvoorbeeld door gebruik van de nazorgvragenlijst en door medische screening voorafgaand aan de uitzending, moeten worden geëvalueerd.

Een aantal zaken bemoeilijken de interpretatie van de resultaten, in het bijzonder de interpretatie van de incidentiedichtheden. Eén probleem is dat er binnen de eerstelijns militaire geneeskunde tot op heden geen afspraken zijn gemaakt over een gestandaardiseerde wijze van registratie in GIDS. Het gebrek aan codeerafspraken kan lijden tot onnauwkeurigheid (misclassificatie) van diagnoses, omdat iedere arts zijn eigen in- en exclusiecriteria voor een bepaalde diagnose (ICPC-code) zal hanteren. Dit probleem treedt voornamelijk op bij diagnoses waarvoor er in de ICPC-systematiek zowel een klachtencode als een ziektecode bestaat, bijvoorbeeld P03 'Down/depressief gevoel' en P76 'Depressie'. Om te voorkomen dat verschillende wijze van coderen bij verschillende artsen de uitkomsten te veel beïnvloeden, zijn voor ziektebeelden waarvoor er zowel een klachtencode als een ziektecode bestaat de codes samengevoegd. Hierdoor wordt differentiatie op basis van ernst van het ziektebeeld echter bemoeilijkt. Tevens lijdt het gebrek aan afspraken over de wijze van registratie in GIDS mogelijk tot onduidelijkheid/onnauwkeurigheid over het begin en einde van een ziekte-episode.

Een volgend probleem, wat overigens een algemeen probleem van secundaire/surveillance gegevens is, is dat de absolute uitkomsten, zoals incidentiedichtheden, niet *per se* te interpreteren zijn als de volledige werkelijkheid. Dit komt door a) onderrapportage omdat niet iedere militair met psychische klachten de (militair) huisarts bezoekt, b) onderrapportage door gebrekkige invoer van consult door beperkte kennis van het informatiesysteem en de codeersystematiek, c) onderrapportage door onnauwkeurige registratie door tijdsdruk, en/of d) overrapportage omdat er bij bepaalde groepen extra aandacht voor bepaalde gezondheidsproblemen is. Het gevolg van dit alles is dat de incidentiedichtheden, in absolute zin, met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Daarnaast maken bovenstaande problemen het moeilijk de uit GIDS verkregen getallen direct te vergelijken met landelijke cijfers over incidentie episodes van psychische problematiek. Echter, aannemende dat onder-/overrapportage bij uitgezonden en niet uitgezonden militairen gelijk is, kunnen



relatieve verschillen zoals in tabel 1 gepresenteerd worden gezien als benadering van de werkelijkheid.

Bovenstaande kanttekeningen in het achterhoofd houdend, kan het gevonden incidentiedichtheidsverschil voor een gemiddelde ISAF rotatie van 1,800 militairen in absolute zin geïnterpreteerd worden als gemiddeld 23 extra militairen (1.3%) die zich bij de militaire eerstelijnsgezondheidszorg presenteren met een episode van psychische problematiek in de anderhalf jaar na start van de uitzending; berekend als aantal militairen (1,800 personen) maal het incidentiedichtheidsverschil (0.0084 nieuwe episodes per persoonsjaar) maal de mediane observatieduur (1.5 jaar).

Een directe vergelijking met uitkomsten van de nazorgvragenlijsten, zoals beschreven in het Gezondheidswetenschappen rapport GW-08-072 'Medische en psychosociale gevolgen van uitzending: een terugblik' is niet op alle fronten mogelijk omdat in deze analyse andere uitkomsten gemeten worden. Voor de uitkomsten die wel overeenkomen, slaapproblemen en PTSS, valt op dat analyse van de nazorgvragenlijst een aanzienlijk hogere frequentie van vóórkomen suggereert dan onze analyse van gegevens uit de militaire eerstelijnsgezondheidszorg. Mogelijke verklaringen voor dit verschil zijn a) onderrapportage van het aantal gevallen in GIDS door eerder beschreven problemen, b) dat de inschatting van de problematiek door de arts niet overeenkomt met die van de zelfgerapporteerde klachten in de vragenlijst (hoge sensitiviteit maar lage specificiteit van de vragenlijst), en c) dat het aandeel militairen met een psychische problemen bij de respondenten (30-40%) veel hoger ligt dan bij non-respondenten, waardoor overschatting van de werkelijke prevalentie. De discrepantie toont vooral dat absolute uitkomsten met zorg moeten worden geïnterpreteerd. Het grote voordeel van de analyse van gegevens uit de militaire eerstelijnsgezondheidszorg zoals in dit rapport gepresenteerd wordt, is dat het de uitkomsten in een kader plaatst (ten opzichte van de gehele ISAF-uitgezonden populatie), inzicht geeft in relatieve verschillen tussen groepen binnen de gehele militaire populatie en veranderingen van trends door de tijd in beeld kan brengen.

Ondanks de eerder genoemde problemen bij de interpretatie van incidentiedichtheden kan het inzichtelijk zijn de in deze analyse gevonden uitkomsten in context te plaatsen en te vergelijken met cijfers over consulten bij civiele huisartsen in Nederland. De incidentie van episodes uit de verzamelgroep (P01-P29, P70-P99; alle ziekten en klachten/symptomen) was in 2007 en 2008 bij mannen van 15-24 jaar 41.2 en 47.3 per 1000 en bij mannen van 25-44 jaar 47.6 en 58.0 per 1000 (Bron: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen - <http://www.linh.nl/> - geraadpleegd 25 maart 2010). Deze cijfers geven aan dat de totale incidentie van psychische problemen waarvoor een huisarts wordt bezocht in de militaire populatie vergelijkbaar is met, zo niet minder is dan, de incidentie in de algemene bevolking. Verdere vergelijkingen met de landelijke cijfers aangaande specifieke diagnoses worden niet gedaan vanwege de beperkte beschikbaarheid van LINH-cijfers over specifieke diagnoses en om reden van de eerder genoemde beperkingen bij de interpretatie.

De eerder besproken mogelijkheid voor onder-/overrapportage en misclassificatie van de uitkomsten als ook de aard van de gebruikte gegevensbron maken het problematisch een uitspraak te doen over de ernst en gevolgen van de gesignaleerde verschillen in incidentie van psychische problematiek. Tevens is van

belang dat het hier gaat om een relatief korte observatieperiode van gemiddeld anderhalf jaar na aanvang van de ISAF-uitzending waardoor ziekten die langere tijd nodig hebben om tot uiting te komen niet opgepikt zullen zijn geweest. Al met al, vinden we in deze analyse voornamelijk een verhoogde incidentie van psychische klachten en symptomen bij de ISAF-uitgezonden militairen maar geen verhoogde incidentie van psychische ziekten als depressie en angststoornis. Een uitzondering hierop is de sterk verhoogde incidentie van PTSS. Voor een gemiddelde ISAF rotatie van 1,800 militairen komt dit neer op 4 extra militairen die zich bij de militaire eerstelijnsgezondheidszorg hebben gepresenteerd met een klachtenpatroon dat past bij de diagnose PTSS. Welk deel van de ISAF-uitgezonden militairen met psychische problematiek voldeden aan de criteria voor een partiële PTSS is op basis van de beschikbare gegevens in GIDS niet te achterhalen omdat er (nog) geen codeerafspraken voor dit ziektebeeld zijn gemaakt.

## 7 Conclusie

Deze eerste analyse van de consultgegevens uit GIDS met betrekking tot psychische problematiek geeft belangrijke inzichten in het verschil in vóórkomen van psychische problematiek tussen ISAF-uitgezonden en niet-ISAF-uitgezonden militairen. In de periode 2007-2009 hebben militairen die uitgezonden zijn geweest in het kader van ISAF zich vaker bij de militaire eerstelijns gezondheidszorg gepresenteerd met een *de novo* psychisch probleem. Het ging vooral om slaapproblemen, stressgerelateerde problemen (waaronder PTSS) en tabaksmisbruik. Het totaal aantal nieuwe episodes bij ISAF-uitgezonden militairen overtrof de verwachte incidentie, of wel de incidentie van psychische problematiek bij niet-ISAF-uitgezonden militairen, met 19.6%. In absolute zin komt dit voor een gemiddelde ISAF rotatie van 1,800 militairen neer op 23 extra militairen (1.3%) met een episode van psychische problematiek, waaronder 4 gevallen van PTSS, in de anderhalf jaar na aanvang van de uitzending. Het aantal extra episodes van psychische problematiek bij ISAF-uitgezonden militairen bedroeg 3.2% van het totaal aantal nieuwe episodes van psychische problematiek in de gehele militaire populatie.

De cijfers die in dit rapport gepresenteerd zijn, moeten vanwege de methodologische beperkingen worden geïnterpreteerd met enige voorzichtigheid en gezien worden als benadering van het werkelijke onderliggende oorzakelijke effect van uitzending op het ontwikkelen van psychische problematiek. Een uitgebreide analyse met als doel het 'fine-tunen' van het causale verband en een karakterisering van risicogroepen zal in de nabije toekomst worden uitgevoerd en gepubliceerd.

## 8 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de in dit rapport gepresenteerde analyse kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan.

- Bevorder de uitbereiding op de in dit rapport gepresenteerde analyse met als doel het 'fine-tunen' van het causale verband tussen uitzending en psychische problematiek en het karakteriseren van risicogroepen.
- Bevorder het gestandaardiseerd en eenduidig registreren in GIDS door te voorzien in heldere instructie ten aanzien van registratie en eenduidige codeerafspraken voor militair relevante gezondheidsproblemen.
- Bevorder het periodiek analyseren van gegevens van eerstelijnsgezondheidszorg om zo trends in frequentie van vóórkomen van gezondheidsproblematiek te kunnen volgen.
- Bevorder de uitwisseling en vergelijking van gegevens over psychische problematiek uit de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> lijn (CDC/BGGZ/MGGZ) en stroomlijn de gegevensverzameling met als doel het kwantificeren van problematiek op populatie niveau.
- Overweeg het opzetten van een onderzoek om de ernst en gevolgen voor het dagelijks functioneren van psychische problematiek ten gevolge van uitzending te kwantificeren.

## 9 Literatuur

Bouter LM, van Dongen MJM en Zielhuis GA. Epidemiologisch Onderzoek; opzet en interpretatie, 5<sup>e</sup> geheel herziene druk, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005

CDC/DPD/Gedragswetenschappen. Medische en psychosociale gevolgen van uitzending: een terugblik. GW rapport 08-072, 2008

Gebel RS en Lamberts H. ICPC-1; met Nederlandse subtitels. 4<sup>e</sup>, geheel herziene druk, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000

NIVEL / Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen - <http://www.linh.nl/>

Rothman KJ, Greenland S en Lash TL. Modern Epidemiology, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008





Tabel 1. Incidente episodes van psychische problematiek geregistreerd in het Geneeskundig Informatiesysteem Defensie – periode 2007-2009

Diagnoses o.b.v. ICPC-codering	Incidentie- dichtheid <sup>a</sup>	Incidentiedichtheids- verschil (95% BI)	Incidentiedichtheids- ratio (95% BI)	Attributieve proportie voor blootgestelden	Attributieve proportie voor totale populatie	
	ISAF					
	+	-				
P01-P29, P70-P99 "Psychische problemen" - alle ziekten en klachten/symptomen	42.9	34.5	8.4 (5.2 – 11.6)	1.24 (1.15 – 1.34)	19.6%	3.2%
P06 "Slapeloosheid/andere slaapstoornis"	12.1	6.3	5.9 (4.2 – 7.5)	1.93 (1.67 – 2.24)	47.9%	11.2%
P02 "Crisis/voorbijgaande stressreactie" Inclusief; P02.01 "Post-traumatische stressstoornis"	6.3	3.6	2.7 (1.6 – 3.9)	1.75 (1.43 – 2.13)	42.9%	9.2%
P17 "Tabakmisbruik"	9.0	7.0	2.0 (0.6 – 3.4)	1.29 (1.10 – 1.52)	22.2%	3.8%
P02.01 "Post-traumatische stressstoornis"	2.0	0.4	1.6 (1.0 – 2.2)	4.78 (3.17 – 7.21)	80.0%	34.0%
P04 "Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag"	1.1	0.7	0.3 (-0.1 – 0.8)	1.46 (0.91 – 2.35)		
P77 "Suïcidepoging" + P77.01 "Suïcidepoging" + P77.02 "Suicide"	0.1	0.1	-0.0 (-0.2 – 0.1)	0.74 (0.17 – 3.22)		
P15 "Chronisch alcoholmisbruik" <sup>b</sup> + P16 "Acuut alcoholmisbruik/intoxicatie" + P18 "Geneesmiddelmisbruik" + P19 "Drugsmisbruik"	0.6	0.9	-0.3 (-0.7 – 0.0)	0.64 (0.35 – 1.16)		
P03 "Down/depressief gevoel" + P76 "Depressie"	3.0	3.5	-0.5 (-1.3 – 0.3)	0.86 (0.66 – 1.13)		
P78 "Neurasthenie/surmenage"	2.9	4.2	-1.3 (-2.1 – -0.5)	0.69 (0.53 – 0.91)	-44.8%	-4.4%
P01 "Angstig/nervus/gespannen gevoel" + P74 "Angststoornis/angsttoestand"	5.5	7.1	-1.7 (-2.8 – -0.5)	0.76 (0.63 – 0.93)	-29.1%	-3.3%

a. Aantal nieuwe episodes per 1000 persoonsjaren

b. Inclusief P15.01. "Alcoholisme" en P15.02 "Delirium tremens" en P15.03 "Syndroom van Wernicke-korsakoff" en P19.01 "Misbruik/verslaving soft drugs" en P19.02 "Misbruik/verslaving hard drugs"