

Roland Mandal

Å komme hjem

En pilotundersøkelse av levekår blant skadde veteraner

Roland Mandal

Å komme hjem

En pilotundersøkelse av levekår blant skadde veteraner

© Fafo 2009

ISBN 978-82-7422-705-7

ISSN 0801-6143

Omslagsfoto: © Fredrik Naumann / Samfoto

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
English Summary	13
1 Innledning	19
1.1 Problemstillinger	22
1.2 Rapportens oppbygning	24
2 Psykiske helseproblemer og oppfølging av skadde veteraner	27
2.1 Deltakelse i internasjonale operasjoner og psykiske helseproblemer: Hva viser forskningen?	27
2.2 Rettigheter for skadde veteraner	30
3 Data og metode	35
3.1 Spørreskjemaundersøkelse blant SIOPS-veteraner og veteraner som ikke er skadet	36
3.2 Kvalitative dybdeintervjuer med veteraner som er medlemmer av SIOPS	43
4 Operasjonsområde, tidsperiode og type tjeneste	47
5 Oppfølging før, underveis og etter endt internasjonal operasjon.....	53
6 Yrkesdeltakelse, inntekt og arbeidsevne	65
7 Fysisk og psykisk helse.....	75
8 Familie, venner og deltakelse i veterangrupper.....	89
9 På hvilke områder mener veteranene at Forsvarets personell bør bidra til å forbedre oppfølgingstilbudet?	95

10 Oppsummering og anbefalinger	99
Referanser	103
Vedlegg 1 Historisk oversikt over norske styrkebidrag i internasjonale operasjoner	105
Vedlegg 2 Spørreskjema	107

Forord

Denne levekårsundersøkelsen blant skadde veteraner er utført på oppdrag fra Veteranforbundet SIOPS (Skadde i internasjonale operasjoner). Undersøkelsen har vært gjennomført som en pilotstudie innenfor en avgrenset gruppe veteraner og innenfor et felt hvor det er gjort lite forskning i norsk sammenheng. Det har vært et spennende prosjekt for Fafo, og undersøkelsen synliggjør behovet for å følge opp denne piloten med en mer omfattende studie blant veteraner som har deltatt i internasjonale operasjoner.

Fafo fikk tildelt prosjektet i mars 2009, og datainnsamlingen er i hovedsak gjennomført i perioden juni–august. Roland Mandal har hatt ansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Mandal har stått for datainnsamling, analyse og skriving av rapport. Tone Fløtten og Inger Lise Skog Hansen har medvirket i utformingen av prosjektet og spørreskjemaet. Takk til Heidi Gautun, som har kvalitetssikret rapporten og kommet med mange innsiktsfulle kommentarer.

En meget kompetent referansegruppe bidro med gode innspill i startfasen av prosjektet, og spesielt til utformingen av spørreskjemaet. Takk til Rigmor Flygansvær, Christen Halle, Jakob Engebakken, Eva Schreckenberger, Lisbeth Raastad og Hanne K. Skiaker. Vi ønsker også å takke Christen Halle, Jakob Engebakken og Hanne K. Skiaker for kommentarer og innspill til selve rapportteksten.

En takk går også til Vernepliktsverket (VPV) ved stabssjef Per Ivar Norman og Stig Jakobsen for å ha stilt VPVs databaser til disposisjon for prosjektet, og for arbeidet med å trekke ut sammenligningsgruppen. Synovate har hatt ansvaret for den praktiske gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Vi vil takke Linn B. Sørensen hos Synovate for godt samarbeid og gode innspill i arbeidet med å ferdigstille spørreskjemaet. Takk også til Fafos informasjonsavdeling for ferdigstilling av rapporten.

Den største takken går likevel til alle de veteranene som har besvart spørreskjemaet, og ikke minst til de elleve som stilte opp til personlige samtaleintervjuer for å dele sine erfaringer med oss.

Til tross for alle gode bidrag, står forfatteren alene ansvarlig for rapporten.

Oslo, november 2009

Roland Mandal

Sammendrag

Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge levekårssituasjonen blant veteraner i Norge som er medlemmer av eller på andre måter har vært i kontakt med veteranforbundet SIOPS (Skadde i internasjonale operasjoner). Flertallet av medlemmene i SIOPS opplever å ha utviklet psykiske helseproblemer som en følge av deltakelse i en internasjonal operasjon. Med psykiske helseproblemer menes i denne undersøkelsen primært angst og depresjonslidelser samt alvorligere psykiske senskader som posttraumatisk stresslidelse (PTSD). For å kunne vurdere om og i hvilken grad veteraner som opplever å være skadet som en følge av deltakelsen i internasjonal operasjon, skårer forskjellig fra veteraner generelt på ulike levekårsindikatorer, har vi etablert en sammenligningsgruppe bestående av veteraner som er rekruttert fra Vernepliktsverkets personell databaser over alle personer som har deltatt i internasjonale operasjoner.

Datainnsamlingen ble gjennomført i form av en spørreskjemaundersøkelse og elleve kvalitative dybdeintervjuer. Spørreskjemaet ble sendt ut både til SIOPS-veteranene og veteranene i sammenligningsgruppen, mens de kvalitative intervjuene ble gjennomført blant veteraner tilknyttet SIOPS. Formålet med intervjuene var å få mer inngående kunnskap om hvordan møtet med det sivile liv arter seg for soldater som opplever å ha psykiske helseproblemer som en følge av deltakelsen i en internasjonal operasjon. Vi har i undersøkelsen konsentrert oss om soldatens erfaringer med Forsvarets oppfølging samt deres erfaringer knyttet til arbeidsliv, helse- og velferdstjenester og familie, venner og veterannettverk. Begrunnelsen for dette er at det tilbudet som soldater blir møtt med når de kommer hjem, og spesielt hvordan soldater som er skadd eller står i fare for å utvikle psykiske helseproblemer, blir fanget opp de første månedene etter hjemkomst, vil ha stor betydning for «tilbakeføringen» til samfunnet. De viktigste funnene kan oppsummeres på følgende måte:

Oppfølging før, underveis og etter endt internasjonal operasjon

- SIOPS-veteranene i utvalget har fått en mangelfull oppfølging for å være forberedt på deltakelsen i en internasjonal operasjon. For eksempel gjennomførte 30,9 prosent av de spurte minekurs, mens kun 8,6 prosent fikk opplæring i hvordan de skulle bearbeide sterke inntrykk. I sammenligningsgruppen hadde 18 prosent fått opplæring i hvordan de skulle bearbeide sterke inntrykk. 11,1 prosent av SIOPS-medlemmene sier at de ikke fikk noen som helst opplæring før de reiste ut, mens dette gjaldt 10,5 prosent i sammenligningsgruppen.

- Andelen som har fått oppfølging, har økt siden 1970, det samme har andelen som mener at opplæringen har vært tilstrekkelig for å takle de inntrykkene de fikk under tjeneste.
- Over 90 prosent i SIOPS-utvalget har opplevd å komme i en situasjon der de har opplevd fare for eget og/eller andres liv. 86,4 prosent har opplevd dette flere ganger. Samtidig oppgir 77,8 prosent av de som svarte, at de verken har benyttet eller fått tilbud om psykisk helseundersøkelse. Videre svarer 58 prosent at de verken har deltatt i eller fått tilbud om organisert debrif med medsoldater, og 67,9 prosent svarer det samme for samtale med overordnet. Resultatene viser et manglende samsvar mellom det soldatene har opplevd, og et tilbud for å bearbeide de kritiske hendelsene.
- Det er et stort gap mellom behovet som uttrykkes, og bruken av ulike oppfølgings-tilbud blant SIOPS-medlemmene, både underveis og etter endt tjeneste. Henholdsvis 54 og 50 veteraner sier at de underveis hadde behov for organisert debrif med medsoldater og samtale med overordnet. Tilsvarende har 18 og 14 stykker benyttet de samme tilbudene (for hvert tilbud er det kun én person som oppgir å ikke ha benyttet det selv om han/hun fikk tilbud om det). I alt 56 oppgir at de har hatt behov for veiledning og informasjon om rettigheter etter endt tjeneste, men det er kun 9 som har benyttet et slikt tilbud, og 3 som ikke har benyttet selv om de har fått tilbud.
- Sammenlignet med kontrollgruppen kjennetegnes SIOPS-utvalget av en mye større ubalanse mellom behovet for og bruken av ulike oppfølgingstilbud i alle de tre fasene.
- Flere informanter beskriver at de har gått fra en hverdag med fellesskap og samhold ute til isolasjon hjemme i Norge. Enhetsfølelsen, kameratskapet og samholdet som blir skapt innenfor en avdeling, fremheves i intervjuene som noe av det mest positive med å delta i internasjonale operasjoner. Samtidig pekes det på det paradoksale i at det under tjenesten legges betydelig vekt på fellesskap og samhold, mens den vektleggingen nærmest opphører totalt når tjenesten er avsluttet og soldatene sendes hjem. Fra å ha klart definerte jobbmessige, hierarkiske og sosiale rammer i hverdagen opplever mange plutselig å skulle klare seg helt på egen hånd i arbeidslivet og sosialt. For flere av informantene har dette vært det vanskeligste med å komme tilbake til Norge.
- Basert på spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene kan vi fastslå at det å ha andre veteraner å prate med oppfattes som et av de viktigste tiltakene ved hjemkomst. Dette begrunnes med behovet for å kunne snakke med noen som forstår hva man selv har opplevd.

- Når det gjelder spørsmålet om på hvilke områder veteranene mener at Forsvarets personell bør bidra til å forbedre tilbudet til veteraner, er det i begge utvalgene desidert flest som mener at dette er innenfor psykisk helseoppfølging. 42 prosent av SIOPS-medlemmene mener at det viktigste tiltaket er at kompetansen på deres behov må styrkes innenfor den sivile spesialisthelsetjenesten. Andelen som mener psykisk helseoppfølging er viktigst, er nesten like stor i sammenligningsgruppen som blant SIOPS-veteranene. Forsvarets egne tilbud, herunder Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP) og Forsvarets veteranadministrasjon, oppleves å være de områder der det er minst behov for at Forsvaret styrker innsatsen for å gi et bedre tilbud til veteraner.

Yrkesdeltakelse, inntekt og arbeidsevne

- Halvparten av personene i SIOPS-utvalget var uføretrygdet på undersøkelsestidspunktet, mens 32,1 prosent var i arbeid. Mottak av uføreytelser er dermed den vanligste «hovedaktiviteten» i utvalget. Til sammenligning var det i kontrollgruppen kun 3,8 prosent som var uføretrygdet, mens 87,2 prosent hadde inntektsgivende arbeid som sin hovedaktivitet.
- Blant de skadde veteranene er det store forskjeller når deres vurdering av nåværende arbeidsevne sammenlignes med hvordan de vurderer arbeidsevnen før de reiste ut. Mens 81,5 prosent vurderer arbeidsevnen før de reiste ut til 10 poeng, er andelen som vurderer nåværende arbeidsevne til 10 poeng, kun på 9,9 prosent. Samtidig er andelen som vurderer egen arbeidsevne som null, økt fra praktisk talt ingenting til 32,1 prosent når deres vurderinger av tidligere og nåværende arbeidsevne sammenlignes. I kontrast til dette vurderer hele 73,7 prosent i sammenligningsgruppen sin nåværende arbeidsevne som topp (10 poeng). Ingen vurderer egen arbeidsevne som ikke-eksisterende (0 poeng).
- Blant dem som aldri har opplevd en situasjon med fare for eget og/eller andres liv mens de var ute, er det en langt større andel som vurderer sin nåværende arbeidsevne som god.
- Blant dem som vurderer den opplæringen de fikk i forkant som tilstrekkelig for å takle de inntrykkene de fikk under tjeneste, er det en betydelig større andel som oppfatter sin nåværende arbeidsevne som maksimal.

Fysisk og psykisk helse og erfaringer med offentlige tjenester

- 15 SIOPS-veteraner (18,5 prosent) vurderer sin egen helse sånn i alminnelighet som enten meget god eller god. 47 personer (58 prosent) vurderer egen helse som ganske dårlig eller meget dårlig. 17 vurderer den som verken god eller dårlig. Til

sammenligning vurderer 86,5 prosent av veteranene i sammenligningsgruppen sin egen helse som enten meget god eller ganske god. Seks vurderer sin egen helse som ganske dårlig, mens ingen vurderer egen helse som meget dårlig.

- 58 SIOPS-veteraner, tilsvarende 73,4 prosent, mener at deltakelsen i internasjonal operasjon *i stor grad* har påført dem psykiske helseplager. 10,1 prosent svarer «ikke i det hele tatt». Også blant veteranene rekruttert fra den generelle veteranpopulasjonen er det en viss andel som opplever at deltakelse i internasjonal operasjon i en eller annen grad har påført dem psykiske helseplager, nærmere bestemt 12,3 prosent. Resultatet indikerer at det også blant «veteraner flest» er en viss forekomst av psykiske helseplager som kan relateres til deltakelse i internasjonale operasjoner, og understreker behovet for at omfanget av psykiske helseplager blir kartlagt i en større levekårsundersøkelse blant norske veteraner generelt.
- Drøyt halvparten av de spurte SIOPS-veteranene oppgir at de merket endringer i sin psykiske og/eller fysiske helse ett år eller mer etter endt tjeneste. For én av fire gikk det seks år eller mer før de merket endringene. Implikasjonene av dette er at kun med en systematisk oppfølging over tid vil man være i stand til å fange opp alle de soldatene som har utviklet eller kommer til å utvikle psykiske skader som en følge av deltakelse i internasjonal operasjon.
- På spørsmål om hvilke offentlige tjenester de hadde vært i kontakt med i løpet av de siste tolv månedene, svarte 72 prosent av SIOPS-veteranene at de hadde vært i kontakt med fastlegen. 21 prosent svarte at de hadde vært i kontakt med kommunalt psykisk helsevern, mens 27,2 prosent hadde vært i kontakt med et distriktspsykiatrisk senter (DPS). Tatt i betraktning at hele 86 prosent mener at deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem psykiske helseplager, fremstår den faktiske bruken av de nevnte spesialisthelsetjenestene som lav.
- Det er langt vanligere å ha negative enn positive erfaringer når det gjelder den kompetansen og forståelsen veteranene har blitt møtt med innenfor psykisk helsevern. Resultatene kan tyde på at det psykiatriske helsetilbudet som gis, ikke er godt nok tilpasset behovene til de veteranene som sliter mest. Erfaringene med egen fastlege er mer positive; to av tre er helt eller delvis enig i en påstand om at «legen tar meg og mine problemer på alvor».
- Vi finner indikasjoner på at plager knyttet til angst og depresjon er utbredt blant SIOPS-medlemmene som har deltatt i undersøkelsen. Mellom 75 og 83 prosent svarer at de hele, mye eller noe av tiden har vært plaget av nervøsitert og indre uro, har vært redd eller engstelig og har hatt følelse av hjelpeløshet med tanke på fremtiden (indikasjoner på angst). Videre oppgir over 80 prosent at de hele, mye eller noe

av tiden har vært nedtrykt og tungsindig og vært bekymret og urolig (indikasjoner på depresjon).

- Blant veteranene i sammenligningsgruppen oppgir henholdsvis 23 og 31 prosent at de hele, mye eller noe av tiden har vært nedtrykt og tungsindig og vært bekymret og urolig (indikasjoner på depresjon). I befolkningsutvalget er tilsvarende andeler på 20,6 og 21,4 prosent. Andelen som har indikasjoner på depresjon, er dermed noe høyere i det generelle veteranutvalget enn det vi finner i det aldersmatchede befolkningsutvalget.
- Det å knytte psykiske helseplager til deltakelse i internasjonal operasjon er vanligst blant dem som har opplevd *flere situasjoner* med fare for tap av eget og/eller andres liv. Blant disse er 77 av 136 av den oppfatning at deltakelsen har påført dem psykiske helseplager. Blant dem som én gang har opplevd en slik situasjon, mener 4 av 32 at tjenesten har påført dem slike plager.
- Blant SIOPS-veteranene oppgir 55 (67,9 prosent) at de i løpet av de siste tolv månedene har vært i kontakt med NAV (NAV arbeid eller NAV trygd). 18 hadde fått bistand knyttet til vurdering av arbeidsevne. Kun 2 mottok bistand knyttet til arbeidsformidling. I sammenligningsgruppen oppga 18,8 prosent at de i samme periode hadde vært i kontakt med NAV.

Familie, venner og deltakelse i veterangrupper

- Mens nær to av tre i sammenligningsgruppen var gift på svartidspunktet, gjaldt dette én av tre SIOPS-veteraner. Videre var om lag 30 prosent av SIOPS-veteranene separert eller skilt, mot knappe 10 prosent i sammenligningsgruppen.
- Blant veteranene i SIOPS-utvalget lever 38 prosent alene i husholdningen. 28 prosent lever i en husholdning med to personer, mens resten lever i en husholdning med tre eller flere personer.
- 58 SIOPS-veteraner sier at de har noen som står dem nær, som de kan snakke fortrolig med. Dette tilsvarer 71,6 prosent. 21 prosent svarer at de ikke har noen som står dem nær. Blant veteranene i sammenligningsgruppen oppgir 91 prosent at de har noen som står dem nær, mens 6,1 prosent svarer at de ikke har det.
- Over halvparten av dem som er medlemmer i en eller flere veteranorganisasjoner, beskriver sitt eget utbytte av å delta som bra (meget bra eller ganske bra). I intervjuene kom det frem at dette fremfor alt handler om å ha noen faste møtesteder der de kan prate med personer som har opplevd mye av det samme. Det kom også frem at disse nettverkene har en praktisk nyttefunksjon ved at de fungerer som

arenaer der veteranene kan utveksle erfaringer fra møtet med tjenester og etater i det sivile samfunnet.

Samlet sett indikerer resultatene at det er betydelige levekårsutfordringer blant SIOPS-medlemmene. De har gjennomgående lavere inntekt, er oftere uføretrygdet, har dårligere helse og vurderer egen arbeidsevne som langt dårligere enn veteranene i sammenligningsgruppen. Undersøkelsen viser at det er en opphopning av levekårsproblemer blant SIOPS-medlemmene. Resultatene når det gjelder erfaringer med helsetjenester, viser videre at dette er en gruppe veteraner som i stor grad har falt utenfor de fleste tjenester og oppfølgingstilbud. Verken Forsvaret eller det sivile samfunn har hatt noen overordnede og systematiske strategier for hvordan veteraner som sliter med psykiske senskader, skal kartlegges og følges opp.

English Summary

The purpose of this study is to map the living conditions among veterans in Norway that are either members of, or have been associated with, the veteran organization SIOPS (*Skadde i Internasjonale Operasjoner*, 'Wounded in International Operations'). The majority of the SIOPS members have developed mental health problems as a consequence of their participation in international military operations. In this study, mental health problems primarily refer to anxiety, depression and severe ongoing psychological disorders such as posttraumatic stress disorder (PTSD). In order to judge the extent to which these injured veterans score differently on various indicators of living conditions from veterans in general, we have designed a comparison group of international veterans compiled from *Vernepliktverket's* records.

The study is based on two kinds of data: one questionnaire and eleven qualitative interviews. The questionnaire was sent out to the veterans in both samples, while the qualitative interviews were conducted with SIOPS veterans. The intention of the interviews was to achieve a more comprehensive knowledge of how the transition to civilian life has been for the soldiers experiencing mental health problems. We have focused on the soldiers' experiences after leaving the Norwegian Armed Forces, with regard to working life, health care, and social welfare services, as well as their participation with family, friends and veteran networks. The number of support systems that are available to returning soldiers, as well as the ability to quickly identify soldiers that are injured or are at risk of developing mental health problems has a profound effect on the soldiers' transition. The most important findings may be summarized as follows:

Support services before, during and after international operations

- Support services directed towards the SIOPS veterans that would have prepared them for participation in international operations have been inadequate. While 30.9 per cent of those who answered had completed a mine course, only 8.6 per cent had been trained in how to handle potentially traumatic events. In the comparison group, 18 per cent had been trained in how to handle traumatic events. 11.1 per cent of the SIOPS members reported that they had not been given any preparatory training before being deployed, while in the comparison group, this proportion amounted to 10.5 per cent.

- The proportion who received support services has increased since the 1970s. The same has happened to the proportion who characterize their training as sufficient, in regards to the ability to adequately deal with situations experienced during deployment.
- More than 90 per cent in the SIOPS sample have been in a situation where his/her own life or that of others was at serious risk. 86.4 per cent have experienced such a situation several times. Simultaneously, 77.8 per cent reported that they have neither participated in nor been offered a mental health check. Furthermore, 58 per cent responded that they have neither participated in nor been offered the opportunity to take part in an organized debriefing with other soldiers. With regard to conversation with senior officers the equivalent proportion is 67.9 per cent. The results reveal a lack of correlation between the soldiers' actual experiences and assistance with how to handle these traumatic incidents.
- There is a large gap between the number of SIOPS members requesting support programs and the actual use of offered programs, both during and after deployment. 54 and 50 SIOPS veterans, respectively, indicated that they were in need of an organized debriefing with co-soldiers and senior officers; yet, 18 and 14 veterans, respectively, have used these programs. Furthermore, 56 veterans indicated that they have been in need of guidance and information concerning their rights after ending their service, but only nine of them have actually been offered and taken advantage from such support (tree report that they have not taken advantage from such support, *despite* being offered).
- In contrast to the comparison group, the SIOPS sample is characterized by a much more pronounced imbalance between the need *and* the actual use of support services at all three stages (before, during and after participation in international operations).
- Several of the informants describe a situation where they have moved from a deployment setting characterized by fellowship and solidarity to a setting of isolation when returning to Norway. In interviews, the "camaraderie" established within a military unit is highlighted as one of the most positive aspects of serving in international operations. Paradoxically, the focus on companionship and solidarity, which is heavily emphasized during the operation, almost totally ceases to exist when the operation has ended and the soldiers are sent home. Removed from a structured existence in terms of defined work tasks, hierarchical structures and a rigid social framework, several of the soldiers indicated that upon returning home, they suddenly had to do things on their own, both socially and in the workplace. Several of the informants describe this experience as the most difficult aspect when returning home.

- From the questionnaire and interviews we can derive that the opportunity to talk with other veterans is viewed as one of the most important offers. Respondents described the benefits of talking with someone with a shared experience.
- A clear majority in both samples indicates that it is in the area of mental health care services that the Norwegian Armed Forces personnel could make the most important contribution with regard to improving the support system provided to veterans. 42 per cent of the SIOPS members believe that the most valuable thing to assist returning soldiers is to strengthen the knowledge within the civilian health care system, with respect to the mental health needs of injured veterans. The proportion who believe that mental health checks are the most important program is nearly identical in the two groups. Offers from the Norwegian Armed Forces, i.e. *Nasjonalt militærmedisinsk Poliklinikk* (NMP, the National Military Outpatient Clinic) and the Norwegian Armed Forces Veterans Administration, are considered the least important programs in this respect.

Labor market participation, income and work capability

- Half of the veterans in the SIOPS sample received disability pension, while 32.1 per cent were employed. Receiving disability pension was the most common “main activity” in the sample. By comparison, only 3.8 per cent in the comparison group received disability pension, while 87.2 per cent had paid work as their main activity.
- Among the injured veterans there were great differences concerning how they judged their present and pre-deployment work capabilities. While 81.5 per cent rated their work capability before serving in military operation at the maximum (10 points,) only 9.9 per cent rated their present work capability at the same number. At the same time, the proportion that rated their own work capability at non-existent (zero points) increased from practically none, pre-deployment, to 32.1 per cent, post-deployment. In contrast, 73.7 per cent in the comparison group estimated their present work capability to be at the maximum. No one defined their own work capability to be non-existent.
- There is a much larger proportion who assess their present work capability as good among those who have never experienced a situation where his/her own life and/or that of others was at risk while serving in an international military operation
- There is a considerably larger share who perceive their present work capability at a maximum among those who judge the military education they went through as sufficient for handling their experiences during service.

Physical and mental health and experiences of public services

- 15 SIOPS veterans (18.5 per cent) rate their overall state of health as either ‘very good’ or ‘rather good’. 47 persons (58 per cent) rate their state of health as ‘rather bad’ or ‘very bad’. 17 persons rate it as ‘neither good nor bad’. In contrast, 86.5 per cent of the veterans in the comparison group rate their state of health as either ‘very good’ or ‘rather good’. Six respondents classify their own state of health as ‘rather bad’, while none classify their own state of health as ‘very bad’.
- 58 SIOPS veterans (73.4 per cent) think that their participation in international operations has, to a considerable degree, caused mental health problems. 10.1 per cent answered ‘not at all’ to the same question. Among the veterans recruited from the general veteran population, 12.3 per cent identified that serving in international operations has caused them, to some extent, to have mental health problems. This result indicates that among “veterans in general” there is a certain occurrence of mental health problems that can be related to participation in international operations, thus accentuating the need for a more comprehensive mental health survey within the framework of an extensive study of living conditions among Norwegian veterans.
- Slightly more than 50 per cent of the SIOPS veterans report that they sensed changes in their physical and/or mental health state one year or more after ending service. For one out of four, six years or more passed before they sensed such changes. The implication of this is that only systematic support services over time will secure that all soldiers displaying mental health problems are discovered.
- To the question of which public services veterans had been in contact with during the previous twelve months, 72 per cent of the SIOPS veterans answered that they had been in contact with their regular doctor. 21 per cent declared that they had been in contact with local mental health care services, while 27.2 per cent had been in contact with their District Psychiatric Center. Taking into consideration that 86 per cent feel that their participation in international operations has caused them mental health problems, the actual use of specialist mental health care services must be described as rather low.
- Veterans are far more likely to have negative, rather than positive experiences regarding competence and understanding within the mental health care system. These results may indicate that the mental health care services have not sufficiently adapted to the needs of veterans with the most severe problems. Veterans reported more positive experiences with their regular doctors; two out of three fully or partly agreed to the statement that “the doctor takes me and my problems seriously.”

- We find indications that problems affiliated with anxiety and depression are widespread among the SIOPS members that have participated in the study. Between 75 and 83 per cent answered that they 'all the time', 'much of the time' or 'some of the time' have struggled with nervousness and internal unrest, have been afraid or anxious and have felt helplessness with regard to the future (indications of anxiety). Further, more than 80 per cent reported that they 'all the time', 'much of the time' or 'some of the time' had been depressed and melancholic and had felt concerned and worried (indications of depression).
- Among the veterans in the comparison group, 23 and 31 per cent, respectively, reported that they 'all the time', 'much of the time' or 'some of the time' had been depressed and melancholic and had felt concerned and worried (indications of depression). In the population sample the equivalent proportions were 20.6 and 21.4 per cent. Thus, the proportion shows that indications of depression are somewhat greater in the general veteran sample than in the population sample matched on age.
- The tendency to link mental health problems with participation in international operations was most common among those who had experienced several situations where the soldier's own life and/or that of others was at risk. In this group, 77 out of 136 persons were of the opinion that their deployment had inflicted mental health problems. When polling those who had experienced such a situation once, 4 out of 32 persons believed that military service is to blame for their mental health problems.
- 55 of the SIOPS veterans (67.9 per cent) reported that they had been in contact with the Norwegian Labour and Welfare Service (NAV) during the last 12 months. Of these, 18 had received help with regard to assessment of work capability. Two veterans received support services to assist with their transition to ordinary work. In the comparison group, 18.8 per cent reported that they had in the same period been in contact with the Norwegian Labour and Welfare Service.

Family, friends and participation in veteran groups

- While almost two out of three in the comparison group were married at the time of the study, the ratio was one out of three for SIOPS veterans. Furthermore, approximately 30 per cent of the SIOPS veterans were separated or divorced compared to barely 10 per cent in the comparison group.
- Among the veterans in the SIOPS sample 38 per cent live alone, 28 per cent live in a household with 2 persons, and the remainder live in a household with 3 or more persons.

- 58 of the SIOPS veterans (71.6 per cent) say that they have someone that they are close to and with whom they can talk confidentially, while 21 per cent answer that they do not have anyone whom they are close to. Among the veterans in the comparison group 91 per cent report that they have someone that they are close to, while 6.1 per cent report that they do not have someone whom they are close to.
- More than half of those who are members of one or more veteran organizations describe the benefits from participating as 'very good' or 'rather good'. The interviews revealed that veterans value a fixed meeting place where they can talk with others that share similar experiences. These networks also have a practical benefit function, whereas the meetings serve as arenas where veterans can exchange experiences from their interactions with civilian services and authorities.

Overall, the results indicate substantial challenges with respect to the living conditions among the SIOPS veterans. Generally, these veterans have lower income, are more often disability pensioners, have a poorer state of health and judge their own work capability as much poorer than the veterans in the comparison group. The study shows that there is a high rate of living conditions problems among SIOPS veterans. Furthermore, the reported experiences with health care services show, to a substantial degree, that most of the services and follow-up offers fail to meet the actual needs of the veterans. Neither the Norwegian Armed Forces nor the civilian society has had any general, systematic strategy for how veterans who struggle with mental health problems should be discovered and cared for.

1 Innledning

Deltakelse i internasjonale operasjoner er en grunnstein i norsk forsvars- og sikkerhetspolitikk. I løpet av de siste 60 årene har Norge bidratt med militært personell i over 40 militære operasjoner rundt omkring i verden, og om lag 120 000 personer har deltatt i disse operasjonene (St.meld. nr. 34 (2008–2009)). Endringer i det internasjonale sikkerhetsbildet, og de strukturelle tilpasninger som gjøres i norsk forsvars- og sikkerhetspolitikk som en konsekvens av dette, trekker i retning av at styrkebidrag i internasjonale operasjoner vil bli et enda viktigere innslag i norsk forsvarspolitikk i årene fremover. Dette fremgår også av den siste langtidspanen for Forsvaret (St.prp. nr. 48 (2007–2008)), der regjeringen understreker at den ønsker å styrke Norges rolle som konfliktforebygger internasjonalt gjennom å legge mer vekt på deltakelse i FNs fredsoperative arbeid samt fortsette å bidra til å dekke NATOs grunnleggende militære fellesbehov.

En side av Norges innsats i internasjonale operasjoner som har fått lite oppmerksomhet, er situasjonen for soldatene etter at de kommer hjem til Norge. Gitt den risiko for liv og helse og de fysiske og psykiske belastninger deltakelse i internasjonale operasjoner kan medføre, og de vanskeligheter dette kan skape for den enkelte i ettertid (se f.eks. Thoresen 2006), er det viktig å fremskaffe kunnskap om hvordan soldatene opplever det å komme hjem, og undersøke samfunnets evne til å ta imot og integrere soldatene som kommer hjem. Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge levekårs situasjonen blant et utvalg skadde veteraner i Norge som er medlemmer av eller på annen måte har vært i kontakt med veteranforbundet SIOPS (Skadde i internasjonale operasjoner). Flertallet av medlemmene i SIOPS opplever å ha utviklet psykiske helseproblemer som en følge av deltakelse i internasjonal operasjon. Med psykiske helseproblemer menes i denne undersøkelsen primært angst og depresjonslidelser samt alvorligere psykiske senskader som posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Spørsmål som belyses, er: Hvordan har de mestret overgangen til et sivilt liv i Norge? Hva er deres situasjon når det gjelder deltakelse i arbeidslivet, fysisk og psykisk helse og sosial omgang med familie og venner? I hvilken grad opplever de at deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem psykiske og/eller fysiske helseplager?

For å kunne vurdere om og i hvilken grad veteraner med psykiske helseproblemer skårer forskjellig fra veteraner generelt på ulike levekårsindikatorer, har vi etablert en sammenligningsgruppe bestående av veteraner som er rekruttert fra Vernepliktkverkets personell databaser over alle personer som har deltatt i internasjonale operasjoner.

Rekrutteringen skulle foregå på en måte som sørget for at ingen SIOPS-medlemmer ble rekruttert til sammenligningsgruppen. Også blant veteranene i sammenligningsgruppen vil imidlertid noen kunne være skadd som følge av deltakelse i internasjonal operasjon. Vi har ikke hatt mulighet til å kontrollere for dette i denne undersøkelsen.

Sammenligningsgruppen vil gjøre det mulig å avdekke i hvilken grad erfaringene med oppfølgingen fra Forsvaret avviker mellom SIOPS-veteranene og de som er rekruttert fra den generelle populasjonen av veteraner. Videre kan den avdekke om og i hvilken grad SIOPS-veteranene skiller seg fra veteraner generelt på levekårsindikatorer som inntekt, deltakelse i arbeidslivet, fysisk og psykisk helse og sosiale relasjoner i form av familie, venner og bruken av veterannettverk. Vi har også sett på hvorvidt veteranene i undersøkelsen skiller seg fra befolkningen for øvrig på noen utvalgte levekårsindikatorer.

Formålet med undersøkelsen har vært å skaffe et empirisk bilde på levekårs situasjonen blant personer som har ervervet skade på bakgrunn av deltakelse i internasjonale operasjoner. Datainnsamlingen ble gjennomført i form av en spørreskjemaundersøkelse og elleve kvalitative dybdeintervjuer. Spørreskjemaet ble sendt ut til både til SIOPS-veteranene og veteranene i sammenligningsgruppen, mens de kvalitative intervjuene ble gjennomført blant veteraner tilknyttet SIOPS. Spørreskjemaet vektlegger oppfølgingen fra Forsvaret (før, underveis og etter endt tjeneste), deltakelse i arbeidslivet, fysisk og psykisk helse og sosiale relasjoner i form av familie, venner og bruken av veterannettverk. Formålet med intervjuene var å få mer inngående kunnskap om hvordan møtet med det sivile liv arter seg for soldater som har utviklet psykiske helseproblemer som en følge av deltakelsen i internasjonal operasjon. Dette gjelder spesielt deres erfaringer med helsetjenester og velferdstjenester.

Undersøkelsen er ikke en studie av levekår blant veteraner generelt. Pilotundersøkelsens primærutvalg er SIOPS sine medlemmer og andre med bakgrunn fra internasjonale operasjoner som har vært i kontakt med SIOPS. Med personer som ikke er medlemmer, menes her personer som har hatt kontakt med SIOPS i forbindelse med behov knyttet til informasjon, rådgivning eller annen bistand, men som ikke er registrert som medlemmer. Undersøkelsen sier først og fremst noe om levekårene blant de skadde veteranene som har deltatt i undersøkelsen, og hvordan disse kommer ut når vi sammenligner med et utvalg veteraner rekruttert fra den generelle populasjonen av veteraner. Samtidig har undersøkelsen en funksjon med henblikk på veteraners situasjon generelt, gjennom at den skal synliggjøre om det er sider ved seleksjonen og oppfølgingen av soldater som kan endres for å gi en reduksjon i helseplager. Den vil også ha en verdi ved at den vil kunne synliggjøre behovet for en mer omfattende levekårsundersøkelse, og hvilke spørsmål som det eventuelt er viktig å belyse i en slik undersøkelse.

Når det gjelder sammenligningsgruppen, er denne mer å anse som representativ for veteranpopulasjonen generelt, i og med at disse veteranene er trukket ut tilfeldig fra Vernepliktverkets personell databaser. Et fullt ut representativt utvalg av veteran-

populasjonen i Norge forutsetter imidlertid et langt større utvalg enn det vi har trukket ut i denne pilotstudien, samt bruk av ulike stratifiseringsvariabler knyttet til tidsperiode, operasjonsområde og type tjeneste og så videre.

Gitt undersøkelsens pilotstatus er det en viktig målsetning at den både metodisk og tematisk skal bidra til å etablere et grunnlag for en mer omfattende levekårsundersøkelse blant norske veteraner. Både nasjonalt og internasjonalt er forskningen på veteraners levekår mangelfull, og SIOPS sitt initiativ til å få gjennomført denne studien er utløst av et ønske om å fremskaffe mer kunnskap om skadde veteraners situasjon etter at de har kommet hjem til Norge. Selv om det store flertallet opplever å komme hjem til Norge med positive og nyttige erfaringer (Thoresen 2006) og klarer overgangen til arbeids- og samfunnslivet bra, er det noen soldater som ikke klarer overgangen like bra. Det er utvilsomt en risiko knyttet til deltakelse i internasjonale operasjoner, som handler om personlige stressfaktorer som frykt og høy arbeidsbelastning, men også om karakteren av det trusselbildet soldatene står overfor i et gitt operasjonsområde (St.meld. nr. 34 (2008–2009)).

Veteranenes situasjon etter endt internasjonal tjeneste har fått økende politisk oppmerksomhet i løpet av de siste årene. Den sittende regjering har gjennom den såkalte veteranmeldingen (St.meld. nr. 34 (2008–2009)) signalisert store ambisjoner for veteranpolitikken, blant annet ved å ta til orde for en økt satsing på oppfølgingen av personellet *etter* at tjenesten er avsluttet. Regjeringen er opptatt av at soldatene skal undergis en mer helhetlig tilnærming. Det tas til orde for et økt samarbeid på tvers av ulike samfunnssektorer, for å sikre en bedre ivaretagelse av soldatene når de kommer hjem. Videre skal soldatene sikres økt anerkjennelse og en større synliggjøring av den innsatsen de har gjort, gjennom at det skal legges bedre til rette for å skape gode møteplasser og sosiale nettverk.

De tiltak og endringer som signaliseres innenfor veteranpolitikken, er viktig både for å kunne få til en god oppfølging av de som i dag er veteraner, men også i et *forebyggende perspektiv*, slik at kommende årskull av tjenestegjørende kan møte et best mulig oppfølgingstilbud fra samfunnets side. Riktige tiltak forutsetter imidlertid at det ligger en kunnskap i bunnen om hva som er de største utfordringene for veteranene når de kommer tilbake til Norge etter å ha deltatt i internasjonale operasjoner. Det er vårt håp at vi med denne pilotlevetårsundersøkelsen blant skadde veteraner kan bidra til å fremskaffe noe kunnskap og samtidig sette i gang en prosess som vil føre til at veteraners levekår i fremtiden vil bli undersøkt i en langt større skala.

1.1 Problemstillinger

Undersøkelsen har hatt følgende hovedproblemstilling:

Hvordan er levekårssituasjonen blant SIOPS-veteranene når det gjelder deltakelse i arbeidslivet, inntekt, fysisk og psykisk helse og sosiale relasjoner, sammenlignet med et utvalg veteraner som ikke er rekruttert primært på bakgrunn av skade?

For å kunne belyse hovedproblemstillingen har vi sett nærmere på følgende delproblemstillinger:

Oppfølging fra Forsvaret

- I hvilken grad mener SIOPS-veteranene at den opplæringen de fikk gjennom Forsvaret før de reiste ut, var tilstrekkelig for å håndtere de inntrykkene de fikk under tjeneste?
- Hvilken oppfølging har de skadde veteranene fått *underveis* og *etter* den internasjonale tjenesten, sammenlignet med veteranene som ikke er skadet? Hvordan opplever de skadde veteranene oppfølgingen?

Deltakelse i arbeidslivet

- Hvor vanlig er det å være i inntektsgivende arbeid blant SIOPS-veteranene sammenlignet med veteranene i det andre utvalget?
- Hvordan vurderer deltakerne i undersøkelsen sin nåværende arbeidsevne sammenlignet med arbeidsevnen før de reiste ut?
- Opplever veteranene at deltakelsen i internasjonal operasjon har gitt dem kunnskap og erfaringer som de har nytt godt av i sivil jobbsammenheng i Norge?

Fysisk og psykisk helse

- I hvilken grad opplever personene i undersøkelsen at deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem fysiske og/eller psykiske helseplager?
- Hvordan er samsvaret mellom behovet for ulike helsetjenester (som fastlege, kommunalt psykisk helsevern og distriktpsikiatrisk senter (DPS)) og den faktiske bruken av dem?
- Hvordan opplever veteranene kompetansen og den forståelsen de er blitt møtt med innenfor det sivile helsevesenet?

- Er det forskjeller i alkoholbruk mellom de skadde veteranene og veteranene i sammenligningsgruppen?

Familie, venner og veterangrupper

- Er det slik at veteranene har gjort mer eller mindre av aktiviteter som å besøke slekt eller venner og å delta i fritidsaktiviteter etter at de kom hjem fra den internasjonale tjenesten?
- Mener veteranene at deltakelsen i internasjonal operasjon har innvirket på deres familiesituasjon? Hvis ja, hvordan?
- Hvordan beskriver de sitt utbytte av å delta i veterangrupper?

Vi mener bredden i spørsmålene gir et godt grunnlag for å vurdere levekårssituasjonen blant de skadde veteranene som har deltatt i undersøkelsen. Spørsmålsbatteriet vil også kunne bidra til å kaste lys over i hvilken grad vi snakker om en *oppnopning* av levekår utfordringer blant skadde veteraner: Er det på enkeltområder at de skadde veteranene skiller seg ut, eller har de gjennomgående en lavere skåre på de ulike indikatorene når vi sammenligner med veteranene som ikke opplever å være skadet?

Hovedhensikten med undersøkelsen har vært å belyse veteranenes erfaringer med ulike typer offentlige tjenester og etater etter at de kom hjem til Norge. Det har ikke ligget innenfor prosjektets rammer å kartlegge opplevelser og erfaringer fra tiden de var i tjeneste, selv om dybdeintervjuene ga oss et visst innblikk i dette. Begrunnelsen for primært å legge vekt på soldatenes erfaringer med arbeidsliv, helsetjenester og velferds-system er at det tilbudet som veteraner blir møtt med når de kommer hjem, og spesielt hvordan veteraner som er skadd eller står i fare for å utvikle psykiske helseproblemer, fanges opp i de første månedene etter hjemkomst, kan ha stor betydning for «tilbakeføringen» til samfunnet. Det å kartlegge hvordan skadde veteraner har opplevd den kunnskapen og den forståelsen de er blitt møtt med fra ulike etater og tjenester, har vært en viktig del av dette. I og med at Forsvarets formelle arbeidsgiveransvar først og fremst er knyttet til ivaretagelse og oppfølging av soldatene under selve tjenesten, vil det sivile samfunn i sin helhet spille en nøkkelrolle i å bidra til en vellykket integrasjon av soldater som kommer hjem etter endt utenlandstjeneste. Spørsmålet blir dermed om de ulike sektorer av samfunnet er seg dette ansvaret bevisst, og om kunnskapen om veteranenes behov og utfordringer i tilstrekkelig grad er til stede.

Mens de fleste spørsmålene handler om veteranenes situasjon etter at de kom hjem, har vi i enkelte spørsmål også vært ute etter å kartlegge endring. Et eksempel på dette er spørsmålene knyttet til arbeidsevne, der vi ba respondentene vurdere sin nåværende arbeidsevne, arbeidsevnen før de reiste ut, og arbeidsevnen mens de tjenestegjorde ute. Videre brukte vi intervjuene til å spørre om hvordan deres tilknytning til arbeidslivet har vært i tiden etter endt internasjonal tjeneste. På denne måten kan vi belyse hvor-

vidt det har skjedd noen endringer over tid i hvordan veteranene opplever sin egen arbeidsevne.

En pilotundersøkelse gir unike forskningsmessige muligheter til å pløye ny mark innenfor et fagområde. Samtidig vil pilotstudier ha sine begrensninger, for eksempel knyttet til begrenset datatilfang og reduserte muligheter til å gå skikkelig i dybden på ulike problemstillinger. Denne undersøkelsen er basert på et begrenset empirisk datamateriale. Dels handler dette om at spørreskjemaet gikk ut til 136 personer hentet fra SIOPS sine lister (SIOPS-medlemmer og andre som har vært i kontakt med SIOPS i forbindelse med behov for råd og bistand), og dels handler det om at SIOPS-medlemmene er rekruttert til organisasjonen på bakgrunn av skade, noe som gjør at de ikke er representative for norske veteraner generelt. Det begrensede datamaterialet gir ikke grunnlag for å gjennomføre statistiske analyser som kan si noe om eventuelle årsakssammenhenger. Til det er primærutvalget på 81 veteraner altfor lite. Gjennom å etablere en sammenligningsgruppe har vi likevel forsøkt å legge opp dette som en case-kontroll-design gjennom å sammenligne SIOPS-veteraner med veteraner som er rekruttert fra VPVs databaser. Dette, sammen med det faktum at undersøkelsen har som sin primære målsetning å fremskaffe kunnskap om levekårssituasjonen blant SIOPS sine medlemmer, gjør oss derfor trygge på at funnene fra spørreskjemaundersøkelsen og de kvalitative dybdeintervjuene vil kunne gi gode svar på undersøkelsens problemstillinger.

Før vi går videre, er det viktig å avklare innholdet i to av nøkkelbegrepene i denne rapporten: veteran og internasjonal operasjon. Når det gjelder begrepet veteran, så har vi lagt til grunn den definisjonen som benyttes i St.meld. nr. 34 (2008–2009): *personell som på vegne av den norske stat har deltatt i en militær operasjon*. Når det gjelder betegnelsen internasjonal operasjon, så har vi lagt til grunn den definisjonen som er gjengitt i forsvarspersonelloven kapittel 1, § 3: *Med internasjonale operasjoner menes enhver operasjon i utlandet som krever bruk av militære styrker, og som er godkjent av norske myndigheter*.

1.2 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 gir vi en kort drøfting av forholdet mellom deltakelse i internasjonale operasjoner og psykiske helseproblemer. I tillegg gis det en kort oversikt over det lovverket som regulerer veteranenes rettigheter i det norske samfunnet. Etter å ha etablert et slags teoretisk bakteppe i kapittel 2, gir vi i kapittel 3 en beskrivelse av datakilder og metode. Gjennomføringen av datainnsamlingen blir beskrevet grundig, og utvalgenes fordeling på utvalgte nøkkelvariabler blir presentert. Muligheter og begrensninger ved undersøkelsens datamateriale og design synliggjøres. I kapittel 4 starter presentasjonen av de

empiriske resultatene, med en oversikt over hvor og når veteranene i undersøkelsen har deltatt i internasjonal operasjon. Kapittel 5 omhandler oppfølgingen fra Forsvaret før, underveis og etter endt internasjonal tjeneste. I kapittel 6 ser vi nærmere på veteranenes yrkesdeltakelse, inntekt og hvordan de oppfatter egen arbeidsevne. Deretter presenteres tall over veteranenes fysiske og psykiske helse samt deres opplevelse av kontakten med ulike offentlige helsetjenester (kapittel 7). Forholdet til familie, venner og hvordan de vurderer utbyttet av å delta i veteranorganisasjoner, er temaet for kapittel 8. Empiridelen avsluttes med kapittel 9, som synliggjør hvilke områder veteranene selv mener at Forsvarets personell må styrke innsatsen på, for å sørge for at oppfølgingen av veteraner blir bedre. Rapporten avrundes i kapittel 10 med en oppsummering av hovedfunn samt presentasjon av noen anbefalinger til områder det er viktig å se nærmere på for å styrke det oppfølgingstilbudet som skadde veteraner gis.

2 Psykiske helseproblemer og oppfølging av skadde veteraner

2.1 Deltakelse i internasjonale operasjoner og psykiske helseproblemer: Hva viser forskningen?

Undersøkelser viser at de aller fleste soldater som tjenestegjør i internasjonale operasjoner, kommer hjem med positive erfaringer (St.meld. nr. 34 (2008–2009)). Samtidig viser forskning at deltakelse i internasjonale operasjoner kan påføre soldater både psykiske og fysiske helseproblemer. Spesielt innebærer det å oppleve potensielt traumatiske hendelser som for eksempel beskytning, å bli tatt til fange, komme ut for miner eller se lik/massegraver en forhøyet risiko for å utvikle psykiske helseproblemer i ettertid (Thoresen 2006). Kunnskapen og bevisstheten om at deltakelse i internasjonale operasjoner, gjennom de påkjenningene soldatene risikerer å bli utsatt for, kan føre til at de utvikler psykiske helseproblemer, er både i Norge og andre land blitt bedre de senere årene. Samtidig har spørsmålet om *årsakssammenheng*, det vil si i hvilken grad utviklingen av psykiske helseproblemer hos veteraner kan knyttes til hendelser og situasjoner de har opplevd under tjenesten, vært omdiskutert. Grunnen til dette er at noen mennesker kan være mer disponert for å utvikle psykiske lidelser i utgangspunktet. Det pekes også på at psykiske problemer hos veteraner kan oppstå mange år etter at tjenesten er avsluttet, som *psykiske senskader*. Det vil derfor kunne være andre belastninger i livet enn traumatiserende inntrykk fra internasjonale operasjoner som medvirker til at noen ender opp med å utvikle psykiske helseproblemer. Sosial- og helsedirektoratet (2006) viser imidlertid til at samtlige studier utført på veteraner med psykiske helseproblemer har vist en sammenheng mellom tjenesterelatert stressbelastning og etterfølgende psykiske helseproblemer.

Det er en tendens til å trekke et klart skille mellom fysiske og psykiske helseproblemer i levekårsstudier generelt. Dette gjør vi i stor grad også i denne undersøkelsen, ved at vi på mange av spørsmålene har formulert fysisk helse og psykisk helse som to separate svaralternativer. En forklaring på dette skillet kan være at mens fysiske skader gjerne oppfattes som objektivt konstaterbare, er psykiske traumer mer basert på individets subjektive fortolkning av traumets objektive kjennetegn (se Koren mfl. 2007). I løpet av de siste årene er det imidlertid blitt rettet mer oppmerksomhet mot samspillet mellom fysiske og psykiske skader i relasjon til soldater, og da spesielt psykiske konsekvenser av

fysiske skader. Forskning på sammenhengen mellom fysisk skade og posttraumatiske reaksjoner indikerer at fysisk skade som oppstår i en ellers traumatisk situasjon, mest sannsynlig gir økt sannsynlighet for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Koren mfl. 2007). Med andre ord vil psykiske helseproblemer kunne være betinget av det fysiske skadeomfanget i en situasjon.

PTSD er trolig den diagnosen som folk flest forbinder med veteraner og psykiske helseplager (se for eksempel Sosial- og helsedirektoratet 2006; Williamson og Mulhall 2009).¹ Det er også en diagnose vi kjenner fra samfunnet generelt. PTSD er et uttrykk for permanente psykiske virkninger av å bli utsatt for voldssomme påkjenninger, som for eksempel krigshandlinger, trafikkulykker, naturkatastrofer eller fysiske og seksuelle overgrep (van der Kolk mfl. 1994). Det typiske for slike hendelser er at de påkjennin-gene de har frembrakt, bidrar til å forstyrre den enkeltes følelse av kontroll og forutsig-barhet. Den usikkerheten som oppstår, vil kunne føre til at individet endrer måten det takler egne følelser og omgivelsenes reaksjoner på (van der Kolk mfl. 1994). Mareritt og flashbacks, følelseløshet, søvnproblemer, tendensen til å distansere seg fra omgivelsene og ønsket om å unngå situasjoner som minner en om det en har opplevd, anses som typiske symptomer ved PTSD. Militært personell som eksempelvis har opplevd en situasjon med fare for eget og/eller andres liv, vil kunne utvikle slike symptomer

Ulike internasjonale operasjoner vil ha ulik grad av risiko og «livsfare» knyttet til seg. I tillegg er det mange enkeltfaktorer som kan bidra til økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. I en studie av den mentale helsen til amerikanske soldater som har deltatt i Irak (Operation Freedom), fant forskerne at *level of combat* (nivået på strid) var den viktigste determinanten for en soldats mentale helsestatus (Office of the Surgeon Multinational Force-Iraq and Office of the Surgeon General United States Army Medical Command 2006). Ifølge Nash (2007) er nær døden-opplevelser og det å oppleve andre dø på en voldelig og smertefull måte to av de sterkeste stressorene i moderne militære operasjoner. Nash (2007) peker samtidig på at det er summen av alle påvirkningene, og deres samspill over tid, som bestemmer hvordan en tropp eller avdeling fungerer. Påkjenninger som i utgangspunktet virker mer «harmløse» og hverdagslige (varmt klima, vanskelige sanitærforhold, søvndeprivasjon, konflikt innad i troppen etc.), vil også kunne utløse problemer for den enkelte soldat eller innenfor en avdeling fordi deres jevne tilstedeværelse gjør at de representerer en mental og/eller fysisk påkjenning.

Betydningen av seleksjon og operasjoners legitimitet og anerkjennelse

Gode seleksjons- og rekrutteringsprosedyrer er viktig for at soldatene skal mestre uten-landstjenesten på en god måte, både underveis og i etterkant. Formålet med å ha gode

¹ PTSD er en forkortelse for *Posttraumatic Stress Disorder*.

rutiner for seleksjon er å sikre at de som verves til deltakelse i internasjonale operasjoner, både er fysisk og psykisk skikket til å takle de inntrykk og hendelser de vil kunne bli involvert i. I dette ligger det også at gode prosedyrer for seleksjon skal sikre at personer som ikke vurderes som fysisk eller psykisk skikket til utenlandstjeneste, eller som ikke har de rette holdningene, ikke blir sendt ut. Seleksjon ved militære oppdrag i utlandet er også noe som helt klart vil ha betydning for levekårssituasjonen blant veteraner. Med gode seleksjonsrutiner øker mulighetene for at Forsvaret rekrutterer personer som fysisk, mentalt og personlighetsmessig har de riktige forutsetningene for å gjøre en god tjeneste og mestre tjenesten på en god måte (St.prp. nr. 48 (2007–2008)).

Det er Forsvaret som er ansvarlig for rekruttering og seleksjon til internasjonale operasjoner. Forsvaret krever egenrapportering på fysisk og psykisk helse i forbindelse med ansettelse og tjeneste i Forsvaret, for å redusere sannsynligheten for at soldatene utvikler helsemessige problemer (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Soldater som i dag sendes ut på internasjonale oppdrag, skal ha gjennomgått ekstra grundige forberedelser i forkant av utsendelsen. I disse forberedelsene legges det spesielt vekt på gode rutiner og sikkerhet for avdelingen og personellet (Ot.prp. nr. 67 (2008–2009)). Det er klare holdepunkter for å tro at det under de første årene i UNIFIL (som inkluderte Israels invasjoner av Libanon i 1978 og 1982) i langt mindre grad ble tatt psykiske og sosiale hensyn i seleksjonsprosedyrene. Dette gjelder til en viss grad trolig også invasjonen i 1993, med den belastning dette påførte medlemmene av FN-styrkene. Enkelte av våre informanter kunne eksempelvis fortelle at de nærmest uten opphold ble sendt ut på nye utenlandsoppdrag, selv etter at de opplevde at de slet med psykiske plager. Flere hadde også en mer generell opplevelse av at oppmerksomheten rundt kriterier og rutiner for seleksjon tidligere nærmest var fraværende. Rutinene for seleksjon har blitt forbedret, men de kan fortsatt bli bedre. Ikke minst aktualiseres dette ved at mange av dem som i dag selekteres, deltar i «krigsliknende» operasjoner gjennom NATO og FN. Innholdet i dagens operasjoner stiller omhyggelige krav til seleksjonskriterier.

I en studie av svenske soldater som har deltatt i utenlandstjeneste, fant Britz og Körner (2009) at hver fjerde soldat rapporterte å ha en eller annet form for problem (fysisk, psykisk, psykososialt eller disiplinært). I nesten halvparten (47 prosent) av disse rapporterte tilfellene var det snakk om psykiske eller psykososiale problemer. Videre rapporterte 15 prosent av de undersøkte at de led av angst, 22 prosent av depresjon og 35 prosent av tilpasningsproblemer. På bakgrunn av at de psykiske problemene er såpass omfattende, anbefaler Britz og Körner (2009) at det legges økt vekt på soldatenes mentale tilstand ved rekruttering til internasjonale innsatser.

Hvordan kan vi så måle kvaliteten på seleksjonen? Britz og Körner (2009) bruker andelen som avbryter sin deltakelse i internasjonal tjeneste før den er avsluttet, som et mål på hvor god seleksjonen har vært. En høy andel avbrutte deltakelser ses derfor som uttrykk for at seleksjonen ikke har vært god. Et slikt mål har imidlertid store svakheter, i og med at årsakene til at soldater avbryter tjenesten, kan være mange og

varierte. Dessuten er det en utfordring ved alle former for seleksjon at den i stor grad baserer seg på et «øyeblikksbilde» av en person her hjemme i Norge. Det er ikke noen automatikk i at de personene som skårer best på testing og medisinske uttalelser her hjemme, også er de som mestrer hverdagen i en internasjonal operasjon best.

Et annet forhold som for mange har betydning for om de vurderer deltakelsen i internasjonal operasjon i ettertid som positiv, er i hvilken grad de opplever at operasjonen har støtte i samfunnet og blir anerkjent av de politiske myndighetene. En del veteraner ender opp med å gjøre en del ting som de i en annen setting ikke ville gjort, og noen føler både skam og skyldfølelse. Det at politiske myndigheter i en slik situasjon går ut og offentlig gir sin støtte til operasjonene, vil kunne ha stor betydning for hvordan det blir å leve med opplevelsene i ettertid. De intervjuene vi har gjennomført, indikerer at dette er et viktig punkt for mange, også i et levkårsperspektiv. Også i en undersøkelse blant deltakerne i UNIFIL-styrken i Libanon (Aarhaug mfl. 1993) blir behovet for anerkjennelse og bekreftelse av at nasjonens politiske og militære ledelse står bak oppdraget, fremhevet som svært viktig for mange veteraner.

2.2 Rettigheter for skadde veteraner

Forsvarspersonelloven regulerer rettigheter og plikter for tjenestegjørende i det norske forsvaret. Dette gjelder også soldater i internasjonale operasjoner. Under § 13 *Forholdet til andre lover* presiseres det at «under tjenestegjøring i internasjonale operasjoner gjelder ikke arbeidsmiljøloven». Forsvarspersonelloven inneholder heller ingen bestemmelser knyttet til oppfølging av veteraner før, underveis og etter endt internasjonal tjeneste. Personell som tjenestegjør i internasjonale operasjoner, omfattes også av folketrygden og yrkesskadeforsikringsloven.² Yrkesskade og uførhet kan gi grunnlag for erstatning gjennom folketrygden. Med skade og sykdom menes den type skader og sykdommer som er beskrevet i folketrygdloven. For godkjenning som yrkesskade kreves enten at en konkret, ytre hendelse («arbeidsulykke») har ført til en skade, eller at arbeidstakeren i sitt arbeid er påført en sykdom som omfattes av en forskrift som inneholder en liste med bestemte typer sykdommer («listesykdommer»). Psykisk sykdom er ikke med blant listesykdommene. Statens Pensjonskasse har tolket arbeidsulykkesbegrepet slik at påregnelige påkjenninger i internasjonale operasjoner ikke kan anses som en arbeidsulykke. I praksis er det dessuten ofte vanskelig å bevise at psykisk sykdom er forårsaket av en bestemt hendelse og ikke av påkjenninger over tid. Følgelig har krav om yrkesskadeerstatning etter yrkesskadeforsikringsloven på grunn av psykisk skade eller sykdom stort sett blitt avslått.

² Kilde: http://www.mil.no/multimedia/archive/00095/Intops_forsikringer__95992a.pdf

Forskrift om erstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner mv., som ble iverksatt 1.1.2005, har som formål å «yte økonomisk støtte til personer som får psykiske belastningsskader som følge av tjenestegjøring i internasjonale operasjoner». Forskriften gir maksimalt rett til en erstatning på rundt 400 000 kroner ved 54 prosent medisinsk invaliditet. Det økonomiske tapet som veteraner med psykisk sykdom gjennomsnittlig er påført, ligger betydelig over 400 000 kroner. Svært få tilfeller av psykisk sykdom vil dessuten bli vurdert til en så høy medisinsk invaliditetsgrad som 54 prosent. Denne erstatningsordningen gir følgelig ikke annet enn en delvis dekning av veteranenes tap.

Regjeringen ved forsvarsministeren har ved flere anledninger uttalt et ønske om å styrke veteranenes rettigheter.³ I 2007 mottok regjeringen to rapporter utarbeidet av to ulike arbeidsgrupper. Disse to gruppene ble etablert høsten 2006, som et resultat av regjeringens tilslutning til et arbeid som skulle se nærmere på rettighetene til veteraner som har deltatt i internasjonale operasjoner. Den ene gruppen så på hvilke rettigheter veteranene har og bør ha overfor Forsvaret som arbeidsgiver, mens den andre gruppen så nærmere på veteranenes økonomiske rettigheter ved personskade, herunder psykiske senskader. Basert på disse arbeidene la Forsvarsdepartementet den 17. april 2009 frem endringer i forsvarspersonelloven gjennom Ot.prp. nr. 67 (2008–2009). Hovedformålet med disse endringene var ifølge regjeringen å «gjøre det enklere for veteraner å få erstatning for skader man har pådratt seg i internasjonal tjeneste». Dette skal oppnås gjennom å styrke rettighetene og erstatningsvernet til veteraner etter deltakelse i internasjonale operasjoner. Ved å endre formålsbestemmelsen i forsvarspersonelloven ønsker regjeringen å tydeliggjøre Forsvarets ansvar for veteraner før, under og etter endt tjeneste i internasjonale operasjoner. Et sentralt poeng med lovendringen er at den skal gjøre det enklere for personell som blir skadet under tjeneste i internasjonale operasjoner, å få tilkjent erstatning. Det objektive erstatningsansvaret ved personskade i internasjonale operasjoner lovfestet dermed fra og med 1.1.2010. Ifølge denne bestemmelsen skal staten, uavhengig av skyld, «erstatte tap påført militært og sivilt personell i Forsvaret på grunn av skade eller sykdom som er oppstått som følge av tjeneste i en internasjonal operasjon, herunder psykiske belastningsskader». Veteraner som er skadet før 1.1.2010, er ikke omfattet av lovendringen. I Ot.prp. nr. 67 (2008–2009) og i senere innstilling er det forutsatt at personell som er påført psykisk belastningsskade før 1.1.2010, skal omfattes av en ny særskilt kompensasjonsordning som skal hjemles i en forskrift. Ordningen skal gi rett til erstatning begrenset oppad til 35 G ved 100 prosent ervervsuførhet, det vil si rundt 2 500 000 kroner. De som er skadet

³ Se http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/dok/rapporter_planer/rapporter/2007/Vil-styrke-veteranenes-rettigheter.html?id=489824 og <http://www.abcnyheter.no/node/51438>. Se også St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Forsvarsdepartementet, avsnitt 6.3 *Styrking av veteranenes rettigheter*.

før 1.1.2010, vil dermed også få styrket sine rettigheter, men de vil få et klart dårligere erstatningsrettslig vern enn fremtidig skadde.

De lovendringene som er beskrevet her, griper inn i levekårsstudien. Økonomisk trygghet er en viktig del av den enkeltes levekår, og for veteraner som sliter tungt med psykiske belastningsskader, og som ikke er i arbeid, vil styrkede muligheter til å kunne få erstatning bety store økonomiske endringer i hverdagen. Et annet viktig poeng er at innføringen av et slikt erstatningsansvar også innebærer en anerkjennelse fra myndighetenes side av den jobben soldatene har gjort, og de konsekvenser dette har hatt for enkelte i ettertid. For noen er den anerkjennelsen som ligger i dette kanskje viktigere enn den rent økonomiske kompensasjonen. Som vi kommer tilbake til senere i rapporten, ga flere informanter uttrykk for at det de opplevde som en manglende anerkjennelse fra politiske myndigheter, har bidratt til å vanskeliggjøre livet deres i ettertid.

Den andre viktige endringen i loven er rett til psykologisk og psykiatrisk oppfølging fra Forsvaret for personer som tjenestegjør og som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner. Retten til oppfølging gjelder i ett år etter endt tjeneste. Selv om også dette er et tiltak som vil kunne føre til at flere veteraner blir «oppdaget» i tide og sikres en oppfølging, er det et ankepunkt mot bestemmelsen at den kun gjelder i ett år etter hjemkomst. Noe av kjennetegnet ved psykiske helseplager etter deltakelse i internasjonale operasjoner er at de kan inntreffe mange år etter at tjenesten er avsluttet. Dette er for eksempel tilfellet med psykiske senskader (forstått som sent oppdøkkende psykiske skader), som kan oppstå etter et mangeårig symptomfritt intervall (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Spørsmålet blir dermed i hvilken grad en oppfølging som strekker seg ett år etter endt tjeneste, er tilstrekkelig for å fange opp flest mulig av de veteranene som gjennom livet vil komme til å utvikle psykiske helseproblemer. Dette er ett av mange spørsmål som vi undersøker nærmere i de kommende kapitlene.

Oppsummering

Formålet med kapittel 2 har vært å etablere et bakteppe for de kommende analysene. Vi har gitt en drøfting av sammenhengen mellom deltakelse i internasjonale operasjoner og psykiske helseproblemer og kort gjennomgått noen av de rettighetene som lovverket gir veteraner. Fremstillingen av det juridiske rammeverket er ikke ment å være uttømmende. Det har vært vel så viktig å få frem at det nå pågår en politisk prosess på området, som viser et politisk ønske om å styrke oppfølgingen av veteranenes rettigheter. Det er også et uttrykk for at de ordninger og rettigheter som har eksistert frem til nå, ikke har gitt et godt nok ettervern for skadde veteraner, verken når det gjelder det økonomiske eller oppfølgingen fra Forsvaret. Et forbedret erstatningsvern for veteraner gir nye muligheter for å oppnå økonomisk kompensasjon, selv om det for mange av dem som deltar i denne undersøkelsen, vil skje flere år etter at de egentlig ble syke. Deltakerne i denne undersøkelsen vil heller ikke bli omfattet av bestemmelsen om oppfølging ett år

etter endt tjeneste. Det er derfor i høyeste grad et åpent spørsmål om disse endringene vil være tilstrekkelig for å sikre en god oppfølging av skadde veteraner.

I sum er det den enkeltes deltakelse i arbeidslivet, fysiske og psykiske helse og tilgang på sosiale nettverk og relasjoner som er med på å definere den enkeltes levekår. Lover og regler er kun ett aspekt ved denne helheten. I de kommende analysene skal vi undersøke SIOPS-veteranenes levekår langs disse dimensjonene og kartlegge de positive og negative erfaringene de har gjort seg på ulike områder i samfunnet etter endt internasjonal tjeneste.

3 Data og metode

Levekårsforskningen kjennetegnes av interessen for individers situasjon på ulike arenaer i samfunnet, også kalt *levetårskomponenter* (se f.eks. Fyhn og Dahl 2000). Inntekt, deltakelse i arbeidslivet, helse, familieforhold og sosial omgang med venner er typiske komponenter som antas å si noe viktig om individers levekår. Spørsmålet om i hvilken grad man er i stand til å realisere egne ressurser og behov innenfor disse arenaene, står derfor sentralt i levetårforskningen og i denne undersøkelsen.

For å svare på spørsmålene som er stilt i innledningskapittelet, analyseres data fra to ulike datakilder: en spørreskjemaundersøkelse gjennomført både blant SIOPS-veteraner og et utvalg veteraner for øvrig, samt en kvalitativ dybdeintervjuundersøkelse gjennomført blant elleve veteraner tilknyttet SIOPS. Designen med kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming har gitt god anledning til å undersøke problemstillingene både i bredden og dybden.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen blir i de kommende kapitlene presentert i form av tabeller som viser utvalgenes prosentvise fordeling på de ulike levetårsindikatorer. Undersøkelsen er hovedsakelig deskriptiv gjennom at vi forsøker å gi et bilde av levetårssituasjonen for et utvalg skadde veteraner. Dette er også en konsekvens av det relativt lave antallet respondenter i spørreskjemaundersøkelsen, noe som innebærer at det ikke har vært mulig å gjennomføre mer avanserte statistiske analyser. Funn fra de kvalitative intervjuene blir presentert parallelt med funnene fra spørreskjemaundersøkelsen. Begrunnelsen for dette er at spørreskjemaet og intervjuguiden følger en noenlunde lik temainndeling. Dessuten mener vi at det å presentere funnene på denne måten, i et «samspill» med hverandre, muliggjør en dypere forståelse av hva resultatene faktisk forteller oss.

Vi vil nå gi en nærmere beskrivelse av hvilke forskningsspørsmål de to datainnsamlingsmetodene skulle belyse, og hvordan de to datainnsamlingene ble gjennomført.

3.1 Spørreskjemaundersøkelse blant SIOPS-veteraner og veteraner som ikke er skadet

Spørsmål som skulle belyses med spørreskjemaundersøkelsen

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen var å innhente bred kunnskap om levekår blant skadde veteraner som er medlemmer av SIOPS. Dette ble gjort gjennom å utarbeide et spørreskjema som inneholdt spørsmål knyttet til de temaområdene som allerede er beskrevet (se vedlegg 2 for detaljert spørreskjema). Disse var:

- *Forberedelser og oppfølging gjennom Forsvaret* (når de tjenestegjorde, hvor de tjenestegjorde, om de fikk noen opplæring gjennom Forsvaret før deltakelse, samt hvilke tilbud om oppfølging de fikk underveis og etter endt tjeneste).
- *Hovedbeskjeftigelse og inntekt* (hovedaktivitet forrige uke samt størrelse på årsinntekt i 2008).
- *Deltakelse i arbeidslivet* (egenvurdering av hvilken arbeidsevne de hadde før de reiste ut, underveis i tjenesten og etter endt tjeneste).
- *Fysisk og psykisk helse* (egenvurdering av helse, om deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem helseplager, kontakt med offentlige helsetjenester, bruk av alkohol og andre rusmidler samt forekomst av angst og depresjonslidelser).
- *Erfaringer med NAV/sosialtjenesten* (kontakt med Arbeids- og velferdsetaten og/eller sosialtjenesten i løpet av de siste tolv måneder samt hvilken type bistand de fikk).
- *Familie, venner og veterannettverk* (personer i husholdningen, antall barn, gjennomføring av fritidsaktiviteter samt utbyttet av å delta i veteranorganisasjoner).

Gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen ble forsøkt gjennomført som en *case-kontroll-design*. Formålet med en slik design er å etablere en sammenligningsgruppe som i størst mulig grad ligner på selve undersøkelsesutvalget, men som varierer på den avhengige variabelen som er i fokus (Ringdal 2001). Mens primærutvalget i denne undersøkelsen ble rekruttert fra SIOPS sine medlems- og kontaktlister, ble sammenligningsgruppen rekruttert med utgangspunkt i Vernepliktsverkets (VPV) personelldatabaser over alle personer som har deltatt i internasjonale operasjoner. Forskjellen mellom de to utvalgene er at det

første er assosiert med psykiske helseproblemer, mens det andre er rekruttert fra den totale populasjonen av veteraner. På denne måten kan vi undersøke hvordan psykisk skade innvirker på levekår i de to gruppene.

SIOPS sendte i første omgang ut en forespørsel om deltakelse i spørreskjemaundersøkelsen til alle personer som sto oppført på deres lister. Dette innbefatter både personer som er medlemmer av SIOPS, og ikke-medlemmer. Ikke-medlemmene, herunder veteraner som ikke er registrert som betalende medlemmer inneværende år, er personer som har hatt kontakt med SIOPS i forbindelse med forespørsler om bistand, rådgivning eller lignende. Det kan også være personer som hadde betalt medlemsavgift i 2008, men ikke i 2009. I tillegg er det snakk om personer som har vært tilknyttet SIOPS tidligere, og som har hatt kontakt med enten styremedlemmer eller ansatte i forbindelse med oppfølging og rådgivning. På bakgrunn av denne første forespørselen var det 136 personer som meldte tilbake at de ønsket å delta i undersøkelsen. Dette utvalget på 136 personer besto derfor både av registrerte medlemmer og andre veteraner som har vært i kontakt med SIOPS gjennom rådgivning, oppfølging eller lignende. Alle disse fikk tilsendt et spørreskjema i posten.

Det er viktig å fremheve at *styrken* i medlemskapet er noe som, på bakgrunn av det vi beskrev i forrige avsnitt, vil kunne variere fra veteran til veteran; fra de som er medlemmer fordi de selv er syke og trenger støtte og bistand, til de som mer er å betrakte som støttemedlemmer eller pårørende. I tillegg kommer de veteranene som ikke er betalende medlemmer, men som har vært i kontakt med SIOPS for å få råd og informasjon. Dersom noen i primærutvalget oppgir at de ikke er skadet, så har de altså mottatt skjemaet ut fra at de har vært i kontakt med SIOPS og ment at de har kunnet tilføre undersøkelsen noe.

Sammenligningsgruppen ble rekruttert fra Vernepliktverkets personell databaser. Dette er databaser som inneholder opplysninger over alle personer i Norge som har deltatt i internasjonale operasjoner. Akkurat som SIOPS sto VPV selv for utsendelsen av spørreskjemaene til sine medlemmer. Sammenligningsgruppen ble trukket ut basert på fordelingen på ulike aldersintervaller i SIOPS-utvalget. I alt 230 tidligere soldater ble trukket ut fra VPVs databaser, det vil si omtrent 100 flere enn i primærutvalget. Begrunnelsen for dette var at vi forventet et større frafall i sammenligningsgruppen, i og med at denne ble rekruttert fra veteranpopulasjonen generelt og ikke skadde spesielt. Veteraner flest vil kanskje ikke anse seg selv som i «målgruppen» for en undersøkelse som er initiert av veteranforbundet SIOPS og som handler om fysisk og psykisk skade og andre levekårsindikatorer. Vi vil imidlertid nok en gang presisere at det også i sammenligningsgruppen kan være veteraner som opplever å være skadet, siden vi ikke har hatt mulighet til å kontrollere for dette.

Målt i antall medlemmer er SIOPS en liten organisasjon. Gitt det lave antallet i primærutvalget (136 personer mottok opprinnelig spørreskjemaet, 81 besvarte det) har det ikke vært mulig å gjennomføre dette som en streng kontrollgruppedesign der

personene i primær- og kontrollutvalg rekrutteres inn etter en én-til-én-matching mot hverandre. Med såpass få personer i primærutvalget fant vi det verken hensiktsmessig eller forsvarlig å matche med utgangspunkt i andre kontrollvariabler enn alder. Dessuten ville vi, dersom vi skulle trukket ut personer i sammenligningsgruppen basert på verdiene på flere kontrollvariabler i primærutvalget (som for eksempel alder, kjønn og tjenestested), økt sannsynligheten for dublering mellom de to utvalgene. Dette fordi personer som er medlemmer av SIOPS, også er registrert i Forsvarets personell-database, i og med at denne inneholder oversikt over alle nordmenn som har deltatt i internasjonale operasjoner. For å unngå at noen ble trukket ut i begge utvalgene (og på den måten mottok to spørreskjemaer), kontrollerte VPV for oss at det i det utvalget de rekrutterte, ikke var noen personer som også var SIOPS-medlemmer.⁴ På denne måten skulle vi unngå at noen havnet i begge utvalgene.

Synovate sto for den praktiske delen av datainnsamlingen. De ferdigstilte spørreskjemaet, pakket spørreskjemaene ned i ferdig frankerte konvolutter og sendte disse over til SIOPS og VPV, som så sendte ut til personene i de to utvalgene. På denne måten unngikk vi at SIOPS og VPV måtte utlevere sensitiv person- og kontaktinformasjon til Synovate. Spørreskjemaene ble sendt ut postalt, i og med at både SIOPS og VPV har postadresser til sine medlemmer. Underveis fikk SIOPS og VPV beskjed av Synovate om hvilke skjemaer som ikke var kommet inn, ved hjelp av et nummer på de ulike konvoluttene. De kunne dermed foreta spesifikke purrehenvendelser til respondenter som ikke svarte i første runde. I august 2009 ble det så sendt ut et formelt purrebrev til alle som på dette tidspunktet ikke hadde besvart spørreskjemaet. Ferdig utfylte spørreskjemaer ble returnert til Synovate, som bearbeidet dataene og la disse inn i en SPSS-fil, som til slutt ble oversendt Fafo for analyser. Datainnsamlingen ble avsluttet i begynnelsen av september, cirka to uker etter at purrebrevene hadde gått ut.

For å kunne foreta sammenligninger mellom de to veteranutvalgene og befolkningen for øvrig, bestilte vi gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) Statistisk sentralbyrå «Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – Tverrsnitt Tema: Helse».⁵ I utgangspunktet er dette et stort datasett bestående av drøyt 6700 respon-

⁴Klargjøring av registre samt uttrekk av utvalg har vært tidkrevende prosesser. Dette skyldes blant annet en del utfordringer knyttet til de opplysningene som Vernepliktsverket sitter på. For å være sikre på at de som er i sammenligningsgruppen, faktisk har tjenestegjort ute, måtte dette sjekkes manuelt i hvert enkelt tilfelle. Grunnen til dette er at selv om de står registrert med deltakelse i internasjonale tjenester, så kan dette i noen tilfeller, etter det vi har fått informasjon om, «kun» dreie seg om opptrening og forberedelser innenlands. Konkrete manuelle kontroller ble derfor gjennomført for å sikre at sammenligningsgruppen ble «reell».

⁵Undersøkelsen er finansiert av SSB, Helsedirektoratet og Institutt for samfunnsmedisin (UiO). Data er tilrettelagt og stilt til disposisjon i anonymisert form av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Verken Statistisk sentralbyrå, Helsedirektoratet, Institutt for samfunnsmedisin (UiO) eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

denter. For å ende opp med et utvalg som var tilpasset våre formål, tok vi utgangspunkt i aldersfordelingen i SIOPS-utvalget. For hvert alderstrinn ble det trukket ut dobbelt så mange personer fra befolkningsutvalget. Dette for å redusere innflytelsen av tilfeldige utvalgsvariasjoner. Vi endte derfor opp med et befolkningsutvalg på 154 personer matchet på bakgrunn av alder. Alle personene i befolkningsutvalget ble trukket ut tilfeldig i SPSS. I og med at SIOPS-utvalget består nærmest utelukkende av menn, valgte vi å trekke befolkningsutvalget kun blant mennene i SSB-datasettet.

Noen av spørsmålene i spørreskjemaet er direkte hentet fra levekårsdatasettet. Disse omhandler egenvurdering av helse, erfaringer med fastlegen og hvorvidt veteranene har noen som står dem nær, som de kan snakke fortrolig med. For hvert av disse spørsmålene blir svarfordelingene i veteranutvalgene sammenlignet med befolkningsutvalget.

En utfordring i forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjemaet var at mange av de som er medlemmer i SIOPS, har vært ute i flere internasjonale operasjoner. Når vi konstruerte spørsmålene, var det imidlertid naturlig å snakke om internasjonal operasjon i entall. Dette fordi det å be informantene om å svare på sine erfaringer etter at de kom hjem fra *internasjonale operasjoner*, ville blitt for upresist og samtidig vanskelig å forholde seg til, spesielt for dem som har vært ute flere ganger. I spørreskjemaet ba vi derfor respondentene om å ta utgangspunkt i *den siste operasjonen* som de hadde deltatt i.

Svarprosent i utvalgene

81 SIOPS-veteraner svarte på spørreskjemaet. Dette gir en svarprosent på 59,6. I en levekårsstudie blant innsatte i norske fengsler oppnådde Friestad og Hansen (2004) en svarprosent på 70, mens det i en undersøkelse blant kreftrammede i Norge (Fløtten mfl. 2008) var 54 prosent som svarte på spørreskjemaet. I en levekårsundersøkelse blant HIV-positive i Norge utført av Fafo i 2008–2009 (Grønningsæter mfl. 2009) var det 9 prosent som deltok i spørreskjemaundersøkelsen. Svarprosent er med andre ord noe som varierer betydelig mellom ulike studier og målgrupper. Vurderinger av hva som er en tilfredsstillende svarprosent, må på samme måte ses i lys av hvilken gruppe mennesker en konkret undersøkelse retter seg mot.

Det at SIOPS er en liten og «gjennomsiktig» organisasjon, tilsier at svarprosenten burde bli høy. Medlemmene har sannsynligvis identifisert seg med tematikken i undersøkelsen og følt en viss lojalitet overfor organisasjonen for å delta. Tatt i betraktning at SIOPS er en organisasjon som henvender seg til personer som sliter med psykiske helseproblemer som en følge av deltakelse i internasjonale operasjoner, synes vi svarprosenten er akseptabel. Det er mulig at vi ville oppnådd en noe høyere svarprosent ved å bruke e-post til å sende ut spørreskjema, siden noen i gruppen vagabonderer. Enkelte er vanskelig å finne på kjente adresser, og andre opererer med postbokser og c/o-adresser, noe som gjør dem utilgjengelige. Det skal også legges til at vi mottok tilbakemelding

fra en person som ikke ønsket å svare. Vedkommende anså ikke spørreskjemaet som egnet til å finne svar på undersøkelsens problemstillinger. En annen grunn til at en del ikke har svart, kan være at det å svare på et slikt spørreskjema vil kunne oppleves som tøft. Å svare på spørsmål som berører episoder og hendelser som mange sliter med og kanskje prøver å fortrenge, er krevende. I og med at SIOPS er en organisasjon for skadde veteraner, er det sannsynlig at flere har latt være å svare på grunn av dette.

Det er mulig å tenke seg at de som ikke svarer på spørreskjemaet i en undersøkelse som dette, på en eller annen måte utgjør en spesiell og interessant gruppe (se Aarhaug mfl. 1993). Hva er grunnen til at noen velger å delta, mens andre ikke besvarer spørreskjemaet? Er det tilfeldig, eller skyldes det mer systematiske ulikheter mellom personene i utvalget? Dersom det ikke er tilfeldig hvem som har svart / ikke svart, men mer et utslag av systematiske forskjeller mellom veteranene i utvalgene, er dette noe som har konsekvenser for hvordan utvalgene fordeler seg på levekårsårene. Vi har ingen informasjon som tilsier at det er noen slike skjevheter i utvalgene i denne undersøkelsen, men det er i en del levekårsstudier en tendens til at det er de som er dårligst stilt, som ikke deltar (se for eksempel Friestad og Hansen 2004).

Svarprosenten i utvalget som ble trukket fra Vernepliktverkets databaser, er nesten identisk med svarprosenten i primærutvalget: Totalt 133 personer, 57,8 prosent, svarte på spørreskjemaet. På bakgrunn av at sammenligningsgruppens medlemmer ble rekruttert tilfeldig fra VPVs personell databaser, og trolig i mindre grad enn SIOPS-veteranene følte en «forpliktelse» til å svare, synes vi også dette er en akseptabel svarprosent. Svarprosenten kan tyde på at vi lyktes relativt godt med å kommunisere ut formålet med og behovet for undersøkelsen. Den kan også skyldes at dette er spørsmål og problemstillinger som veteraner generelt føler er viktige, uavhengig av om de er skadet eller ikke.

I motsetning til SIOPS-utvalget kan sammenligningsgruppen på sett og vis ses på som representativ for den norske veteranpopulasjonen. Det er dette utvalget som beskriver den «typiske» veteranen. Grunnen til det er at personene i sammenligningsgruppen er rekruttert *tilfeldig* fra Forsvarets personell databaser med utgangspunkt i alder, og at disse personell databasene inneholder oversikter over alle veteraner som har deltatt i internasjonale operasjoner. Det store flertallet av disse har ikke psykiske helseproblemer (se f.eks. Thoresen 2006). Imidlertid er et utvalg på 133 personer rekruttert fra en populasjon på rundt 100 000 altfor lite til å kunne anses som representativt i statistisk forstand. Resultatene for sammenligningsgruppen kan derfor ikke ses på som representative for veteranpopulasjonen i streng forstand, men mer som en indikasjon på det som *kan* være mønstre og tendenser i en større sammenheng.

Respondentenes kjønn, alder og utdanningsbakgrunn

Begge utvalgene består hovedsakelig av menn. Kun fire personer i hvert av de to utvalgene er kvinner. Når det gjelder alder, fordeler de to utvalgene seg som følger:

Tabell 3.1 Respondentenes alder. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
30–39 år	9 (11,7 %)	17 (13 %)
40–49 år	35 (45,5 %)	70 (53,4 %)
50–59 år	27 (35,1 %)	30 (23 %)
60 år og eldre	6 (7,8 %)	14 (10,7 %)
Total	77 (100 %)	131 (100 %)

Vi ser at det er noe ulik aldersfordeling i de to utvalgene, selv om alder ble benyttet som en kontrollvariabel i rekrutteringen av sammenligningsgruppen. Grunnen til det er at tabellen *kun viser de som svarte på spørreskjemaet*. Selv om utvalgene i utgangspunktet var like med tanke på aldersfordeling, er det svarprosenten og hvem som har svart, som til slutt avgjør aldersfordelingen i utvalgene. Ser vi på gjennomsnittsalderen, finner vi likevel at det er store likheter mellom utvalgene; mens gjennomsnittsalderen blant SIOPS-veteranene er 47,57 år, er den 46,65 år blant veteranene i sammenligningsgruppen. Likheten i alder vil fungere som en viktig kontroll når vi skal sammenligne de to utvalgene på levekårsspørsmålene.

Det må trekkes frem at det ikke er noen respondenter i materialet som er yngre enn 30 år. Med tanke på å sikre en større bredde i datamaterialet, hadde det vært ønskelig at veteraner i alderen 20–30 år var representert, ikke minst av den grunn at dette er soldater som har deltatt i krigslignende operasjoner. For eksempel har Telemark bataljon vært aktiv siden litt før år 2000, og Norge har i samme periode gjennomført nesten 1000 halvårsverk i Afghanistan og i Irak. Dersom flere yngre veteraner hadde vært representert i undersøkelsen, hadde det trolig også bidratt til å redusere andelen offiserer i undersøkelsen til fordel for vanlig menige soldater. I og med at vanlige soldater generelt har mindre innflytelse over egen situasjon, ville det også kunnet gi litt andre resultater.

Utdanning er en mye brukt variabel innen levekårsforskning. En viktig grunn til det er at utdanning sier noe om individers individuelle ressurser og muligheter i arbeidsmarkedet (Friestad og Hansen 2004). Høy utdanning antas for eksempel å gi økte valgmuligheter i arbeidsmarkedet og er også viktig for å forklare ulikheter i arbeidsmarkedstilknytning.

Tabell 3.2 Utdanningsnivå blant veteranene i de to utvalgene. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Grunnskole (folkeskole/framhaldsskole, realskole/ungdomsskole) (1–10 år)	23 (28,4 %)	16 (12 %)
Videregående skole / gymnas (11–13 år)	27 (33,3 %)	46 (34,6 %)
Universitet eller høyskole, 1–4 år (14–17 år)	24 (29,6 %)	48 (36,1 %)
Universitet eller høyskole, mer enn 4 år (mer enn 17 år)	7 (8,6 %)	23 (17,3 %)
Total (N)	81	133

En langt større andel av SIOPS-veteranene har kun grunnskole som sin høyeste utdanning: 28,4 prosent mot 12 prosent blant veteranene i sammenligningsgruppen. I det aldersmatchede befolkningsutvalget er tilsvarende andel 7,1 prosent. Videre ser vi at det er en langt større andel i sammenligningsgruppen som har utdanning fra universitet eller høyskole. Faktisk er både andelen som har studert ved universitet eller høyskole i 1–4 år, og andelen som har studert ved universitet eller høyskole i mer enn 4 år, større blant veteranene i sammenligningsgruppen enn i befolkningsutvalget (henholdsvis 36,1 og 17,3 prosent mot 20,1 og 11,7 prosent). Dette betyr også at andelen som har universitets- eller høyskoleutdanning i 1–4 år er større i SIOPS-utvalget enn i det generelle befolkningsutvalget (29,6 prosent versus 20,1 prosent), mens andelen med universitets- eller høyskoleutdanning i mer enn 4 år er drøyt 3 prosent større i befolkningsutvalget sammenlignet med SIOPS-utvalget.

Tabellen indikerer samtidig at det er andre forskjeller mellom de to utvalgene utover at det ene er assosiert med skade og det andre ikke. Selv om våre data ikke gir anledning til å undersøke hvordan utdanningsnivå og andre bakgrunnsvariabler innvirker på veteranenes levekår, er det uansett viktig å merke seg at det kan finnes andre mer eller mindre systematiske forskjeller mellom de to utvalgene.

I intervjuene kom det frem at det kan være vanskelig å kombinere det å fullføre et utdanningsløp med å delta i internasjonale operasjoner, spesielt hvis en har vært ute flere ganger med korte avbrekk innimellom. Flere pekte også på viktigheten av at soldater som kommer hjem etter endt tjeneste, så raskt som mulig kommer inn i et løp med utdanning og/eller arbeid. Det at det skjer umiddelbart, ble av flere fremhevet som helt avgjørende for en vellykket overgang fra internasjonal tjeneste til det sivile samfunnet. Generelt er det slik at psykiske lidelser medfører en økt risiko for at man ikke klarer å fullføre skole og utdanning og for at man havner utenfor arbeidslivet (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012).

Tabellen sier ikke noe om hvor mange i de to utvalgene som hadde høyere utdanning før det reiste ut, og hvem som har tatt det i ettertid. I en undersøkelse av levekår er det egentlig det som er det interessante spørsmålet, nettopp fordi det sier noe om overgangen til det sivile samfunnet og om man har vært i stand til å fullføre et utdanningsløp etter endt tjeneste. I hvilken grad er forskjeller i utdanningsnivå mellom de to gruppene en konsekvens av skader forårsaket av utenlandsoperasjoner? Vil det å gjennomføre et høyere utdanningsløp virke som en slags «buffer» mot å utvikle psykiske skader etter utenlandstjeneste? Og i hvilken grad var de to gruppene forskjellige i utgangspunktet når det gjelder utdanningsnivå?

3.2 Kvalitative dybdeintervjuer med veteraner som er medlemmer av SIOPS

Spørsmål som skulle belyses med de kvalitative intervjuene

Mens spørreskjemaundersøkelsen har vært viktig for å skaffe en breddekunnskap om levekårssituasjonen blant SIOPS-medlemmene, har intervjuene vært viktig for å fremskaffe dybdeinnsikt i hvordan et utvalg SIOPS-veteraner har opplevd sin situasjon i tiden etter endt tjeneste. Vi ønsket å få frem konkrete erfaringer med hvordan livet har endret seg i etterkant av utenlandstjenesten, og hvordan de har møtt de muligheter og utfordringer de har stått overfor på ulike livsområder.

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte samtaleintervjuer. Dette innebærer at det ble lagt opp til en viss styring av situasjonen fra intervjuerens side, men samtidig et rom for at informanten selv skulle få definere innholdet i intervjuet. Vi benyttet en fast intervjuguide som utgangspunkt. Denne inneholdt de viktigste hovedtemaene fra spørreskjemaet. Intervjuguiden ble brukt som en huskeliste for temaer som skulle dekkes i samtalen. Samtidig var vi veldig åpne for at informantene skulle få fortelle sin egen historie. Intervjuene startet med at informantene ga en kort beskrivelse av sin bakgrunn fra internasjonale operasjoner (når, hvor og antall). Deretter dreide intervjuet over mot informantenes erfaringer knyttet til oppfølging fra Forsvaret, deltakelse i arbeidslivet, offentlige helse- og velferdstjenester samt med familie, venner og veterannettverk.

Intervjuguiden hadde til hensikt å supplere og nyansere de funnene som fremkom gjennom spørreskjemaundersøkelsen. Samlet sett er vi av den klare oppfatning at kombinasjonen av de to metodene har bidratt til å styrke robustheten i de funnene som er gjort.

Gjennomføring av kvalitative intervjuer

I perioden juni–september 2009 gjennomførte vi intervjuer med elleve veteraner. Ti av dem oppga at de var medlemmer av SIOPS, mens den siste informanten hadde en litt løsere tilknytning til organisasjonen. Det var SIOPS som på vegne av Fafo opprettet førstegangskontakt med potensielle informanter gjennom å sende ut 50 informasjonsbrev med forespørsel om deltakelse i intervju. De 50 mottakerne av brevet ble plukket ut tilfeldig fra SIOPS sin medlemsliste av personer i sekretariatet til SIOPS. I brevet ble det opplyst om hvordan interesserte kunne henvende seg til Fafos forsker for å avtale intervjutidspunkt. Fafo hadde i utgangspunktet satt et tak på 20 intervjuer. Dette dels fordi det er begrenset hvor mange personer det er hensiktsmessig å intervjuer i en kvalitativ studie. Fordelen med en kvalitativ tilnærming kan forsvinne dersom materialet blir for omfattende, fordi dette reduserer muligheten til å gjennomføre gode dybdeanalyser. I tillegg vil det, etter at det er gjennomført et visst antall intervjuer, skje en «informasjonsmetning» ved at informasjonen vi får, i stadig større grad begynner å gjenta seg. Vi måtte imidlertid raskt innse at 20 intervjuer var for ambisiøst. Rekrutteringen gikk tregt, og etter hvert måtte vi av tidshensyn sette en sluttstrek ved elleve intervjuer. En sannsynlig forklaring er at det å delta i intervju for mange oppleves å ha større personlige omkostninger enn det å svare på et spørreskjema. Selve intervjusituasjonen, og det å under fire øyne skulle svare på spørsmål som involverer erfaringer og hendelser som enkelte kanskje har prøvd å fortrenge, vil kunne oppleves som vanskelig.

På den annen side vurderer vi det ikke som spesielt problematisk at vi til slutt endte opp med elleve intervjuer. De kvalitative intervjuene ble gjennomført for å sette funnene fra spørreskjemaundersøkelsen i perspektiv og for at vi skulle bli i stand til å gå mer i dybden på ulike problemstillinger og på denne måten få frem nyansene, noe som er fullt mulig også med elleve intervjuer. Vi merket også at det ble ganske mye gjentakelse og overlapping etter hvert som vi gjennomførte de elleve intervjuene. Selv om alle veteraner har sine helt unike opplevelser og erfaringer å fortelle om fra tjenesten ute, oppdaget vi at det var mange likhetspunkter mellom informantene når det gjaldt erfaringene etter endt internasjonal tjeneste. Vi tror noe av denne «informasjonsmetningen» kan forklares med at SIOPS er en liten organisasjon, som rekrutterer veteraner som i stor grad har de samme opplevelsene og erfaringene med alt fra diagnose og oppfølging fra helsevesenet til erfaringer med Forsvaret.

Åtte intervjuer ble gjennomført ansikt til ansikt, resten ble gjennomført per telefon. De intervjuene som ble gjennomført ansikt til ansikt, ble tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut. I telefonintervjuene noterte vi underveis og skrev ut detaljerte utskrifter i etterkant. Alle de intervjuede var menn. Syv var bosatt på Østlandet, resten på Sørlandet, i Midt-Norge og i Nord-Norge.

Etiske betraktninger

Alle forskningsprosjekter må gjøre etiske vurderinger av hvordan spørsmålsformuleringer, metodiske tilnærminger og presentasjon av funn kan gjøres på en måte som respekterer de personene som deltar i undersøkelsen. På den formelle siden har Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) på vegne av Datatilsynet vurdert og godkjent undersøkelsesdesignen. I tillegg har forskerne i prosjektet hatt taushetsplikt. Det er flere forskningsetiske hensyn som må ivaretas i dette prosjektet. Det viktigste er at informantene skal sikres anonymitet. Dette er spesielt viktig med tanke på at det kan komme frem opplysninger om helse og andre sensitive forhold. Vi har i denne undersøkelsen hatt å gjøre med en gruppe mennesker hvorav flere er svært syke. I tillegg befinner mange seg i sårbare og utsatte livssituasjoner med tanke på arbeid, inntekt og sosiale relasjoner. Vi har derfor vært meget opptatt av å presentere resultatene på en måte som gjør at det ikke vil være mulig å identifisere enkeltpersoner, og på en måte som ivaretar deres integritet og selvspekt.

4 Operasjonsområde, tidsperiode og type tjeneste

I dette kapittelet gir vi en gjennomgang av hvor personene i våre to utvalg har tjenestegjort, når de tjenestegjorde, om de har tjenestegjort som befal/ikke-befal, og om de har tjenestegjort i eller utenfor leir. Dette er alle forhold som på ulike måter kan tenkes å ha påvirket hvordan personene i undersøkelsen opplevde tjenesten, og hvordan det har gått med dem i ettertid. Karakteren av operasjoner som Norge har deltatt i, har vært svært varierende, herunder også hva soldatene har vært utsatt for av psykiske påkjenninger (Aarhaug mfl. 1993; Thoresen 2006). Ulike operasjoner har hatt ulike mandat og karakteriseres gjerne av et særegent konfliktutspring. Hver operasjon gjennomføres innenfor en geografisk, historisk og politisk-kulturell kontekst som er unik. Innretningen av FNs fredsbevarende operasjoner, og hvilke mål som settes for dem, er eksempelvis avhengig av hvilke problemer konflikten springer ut av, samt hvilken politisk enighet som er etablert mellom FN og konfliktpartene (Nordsamfn 1993). Alt dette gjør det utfordrende å sammenligne ulike internasjonale operasjoner med hverandre.

Flest Libanon-veteraner

Tabell 4.1 Oversikt over hvor personene i de to utvalgene har tjenestegjort. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Asia	6 (7,4 %)	8 (6,0 %)
Afrika	7 (8,6 %)	3 (2,3 %)
Balkan	37 (45,7 %)	31 (23,3 %)
Midtøsten	73 (90,1 %)	107 (80,5 %)
Total (N)	123 (81)	149 (133)

De fleste respondentene har erfaring fra internasjonale operasjoner i Midtøsten. Hele ni av ti i SIOPS-utvalget har erfaring fra Midtøsten. UNIFIL i Libanon, som varte fra 1978 til 1999, er den operasjonen som Norge har stilt med det mest omfattende

styrkebidraget i; her ble i alt 34 166 halvårsverk gjennomført av i alt 21 326 soldater.⁶ Tallene stemmer godt overens med opplysninger vi har fått fra SIOPS om at de aller fleste av deres medlemmer har erfaring fra kontingenter i Libanon. De som har svart, ser derfor ut til å speile SIOPS-medlemmene generelt på dette punktet. Det at utvalgene er ganske like når det gjelder andelen som har tjenestegjort i Midtøsten (90,1 prosent i SIOPS og 80,5 prosent i VPV), er positivt med tanke på sammenligningene senere i undersøkelsen. Videre ser vi av totalen i tabellen at flere respondenter, spesielt i SIOPS-utvalget, har vært ute to eller flere ganger. Det at så få i vårt materiale har erfaring fra Asia og Afrika, henger sammen med at det er i Midtøsten og på Balkan at Norge hovedsakelig har hatt sin militære tilstedeværelse. Strykebidragene i Afrika og i Asia (Afghanistan) har vært meget små i forhold.

Tidsrom for deltakelse er også en faktor som må antas å spille inn på ulike sider av selve tjenesten. Det er holdepunkter for å anta at seleksjonsprosesser, forberedelser og sikkerheten ved å delta har endret seg fra 1970- og 1980-årene og frem til i dag. Det var blant annet oppmerksomheten rundt denne typen forhold ved deltakelse i internasjonale operasjoner som førte til at UNIFIL-undersøkelsen (Aarhaug mfl. 1993) ble gjennomført på begynnelsen av 1990-tallet.

Tabell 4.2 viser når soldatene i vårt datamateriale har vært ute. Tidsrommet 1980–1999 peker seg ut. Som vi allerede har vært inne på, er dette samme periode som UNIFIL i Libanon pågikk.

Tabell 4.2 Oversikt over når veteranene har tjenestegjort ute. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
1970–1979	16 (19,8 %)	15 (11,3 %)
1980–1989	49 (60,5 %)	71 (53,4 %)
1990–1999	55 (67,9 %)	62 (46,6 %)
2000–	13 (16 %)	16 (12 %)
Total (N)	133 (81)	164 (133)

Igjen ser vi at mange SIOPS-veteraner har vært ute flere ganger. Noen kan ha gjennomført flere kontingenter relativt kort tid etter hverandre (innenfor samme tiår), mens andre kan ha erfaringer med deltakelse i internasjonale operasjoner fra to eller tre tiår.

⁶ UNIFIL står for *United Nations Interim Force in Lebanon*. Som vedlegg 1 viser, har Norge også deltatt i noen andre operasjoner i Midtøsten, men disse har vært meget begrensede både i varighet og når det gjelder størrelsen på styrkebidragene. Opplysningene om halvårsverk er hentet fra oversikten i vedlegg 1 mens opplysningene om antall personell er hentet fra Wikipedia (http://no.wikipedia.org/wiki/UNIFIL#Norsk_deltakelse).

Innenfor alle de fire tiårene er andelen i SIOPS-utvalget som har vært ute større enn i sammenligningsgruppen.

Informasjon om hvor tjenesten er gjennomført og innenfor hvilke tidsperioder, kan være viktig for å forstå de opplevelser og erfaringer som soldater i internasjonale operasjoner har gjort seg. Det er samtidig viktig å presisere at tabell 4.1 og 4.2 ikke sier noe om hvor mange ganger veteranene i vårt materiale har vært ute. Forskning har vist at det kan være en sammenheng mellom *antall ganger* soldater deltar i internasjonale militære operasjoner, og forekomsten av psykiske helseproblemer i ettertid (se for eksempel Office of the Surgeon Multinational Force-Iraq and Office of the Surgeon General United States Army Medical Command 2006). Det tabell 4.1 og 4.2 viser, er at andelen som både har tjenestegjort i ulike operasjonsområder og i ulike tidsperioder, er større i SIOPS-utvalget enn blant veteranene i sammenligningsgruppen

Hvor «representativ» er UNIFIL for de internasjonale operasjonene som Norge har deltatt i?

UNIFIL er altså den største operasjonen som Norge har deltatt i, både målt i tid og i antall personell.⁷ Andelen Libanon-veteraner i undersøkelsen er en naturlig konsekvens av at dette er den operasjonen som Norge har stilt med mest personell i. Et spørsmål dukker imidlertid opp: Medfører dette en risiko for at de funn som presenteres i rapporten, både de kvantitative og de kvalitative, blir for «Libanon-spesifikke»? Hvor lik eller hvor annerledes er Libanon-operasjonen når vi sammenligner med andre operasjoner som Norge har deltatt i? Spørsmålene er relevante, gitt vår tidlige beskrivelse av at grunnlaget for og gjennomføringen av ulike internasjonale operasjoner varierer. Det hører også med i dette bildet at mange Libanon-veteraner var ute for 20–30 år siden, og at det har skjedd en del endringer når det gjelder rekruttering, forberedelser og oppfølging etter dette. Vi tar ikke mål av oss til å besvare spørsmålene her. Poenget med å stille dem er at de synliggjør noen interessante metodiske utfordringer knyttet til det å sammenligne på tvers av operasjoner og over ulike tidsrom. I og med at dette er en pilotundersøkelse, anser vi denne typen spørsmål som viktig å få frem.

Med tanke på å sammenligne internasjonale operasjoner med hverandre er det også en utfordring at ulike internasjonale operasjoner har ulik varighet. Mens noen operasjoner som Norge har deltatt i, har vært begrenset både i form av varighet og størrelsen på det militære styrkebidraget, pågikk UNIFIL i drøyt tjue år (1978–1999). Over en så lang tidsperiode er det også åpenbart at trusselbildet og den risikoen som deltakelsen medfører, vil variere innenfor en og samme operasjon. For UNIFIL sin

⁷UNIFIL var en fredsbevarende FN-operasjon som hadde som målsetning å understøtte en fredlig løsning i konflikten mellom Libanon og Israel (Nordsamfn 1993).

del handler dette eksempelvis om at operasjonen i de første årene (1978–1983) i stor grad bar preg av å være en krigslignende operasjon.

Befal versus ikke-befal og type tjeneste

Om veteranene har tjenestegjort som befal eller ikke-befal, kan ha betydning for hvilke situasjoner og hvilken risiko de ble utsatt for gjennom tjenesten. 59,3 prosent av SIOPS-veteranene i undersøkelsen har tjenestegjort som ikke-befal. 23,5 prosent har tjenestegjort som befal. De resterende har tjenestegjort både som befal og ikke-befal. Andelen ikke-befal er omtrent like stor i sammenligningsgruppen (58,6 prosent). Det er imidlertid en langt høyere andel som kun har tjenestegjort som befal i sammenligningsgruppen, nærmere bestemt 36,8 prosent.

Spørsmålet om den enkelte har tjenestegjort som befal og/eller ikke-befal, er ikke tilstrekkelig for å si noe om *innholdet* i tjenesten. En grunn til dette er at befal og ikke-befal ofte deltar i de samme oppdragene og dermed potensielt kan bli utsatt for den samme risikoen og de samme farene. Vi valgte derfor også å spørre respondentene om følgende: Har din hovedtjenestestilling (oppgaver) under internasjonal operasjon vært i eller utenfor leir? Bakgrunnen for dette er at det sikkerhetsmessig sett er en forskjell på å tjenestegjøre i kontra utenfor leir. Fordelingen på dette spørsmålet gir trolig et mer riktig bilde av hvilken type tjeneste man har gjennomført.

Tabell 4.3 Om hovedtjenestestilling har vært i eller utenfor leir. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
I leir	5 (6,2 %)	27 (20,3 %)
Utenfor leir	15 (18,5 %)	20 (15,0 %)
Både i og utenfor leir	61 (75,3 %)	86 (64,7 %)
Total	81 (100 %)	133 (100 %)

Den mest interessante forskjellen mellom de to utvalgene er at en markant større andel av sammenligningsgruppen har tjenestegjort i leir sammenlignet med SIOPS-utvalget (20,3 mot 6,2 prosent). Samtidig er gruppen «både i og utenfor leir» vanskelig å bedømme, fordi «vektingen» mellom i leir / utenfor leir i det enkelte tilfelle kan variere mye; mens enkelte av disse kan ha brukt 90 prosent av tiden utenfor leir, kan vektningen for andre være motsatt. For å utfylle bildet av hvilken type tjeneste personene har hatt, stilte vi derfor også følgende spørsmål: Har du under din tjeneste internasjonalt opplevd en situasjon der det var fare for ditt eget og/eller andres liv? Tabell 4.4 viser hva de svarte.

Tabell 4.4 Om veteranene har opplevd situasjon med fare for eget og/eller andres liv. Prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Ja, flere ganger	86,4	55,6
Ja, en gang	4,9	22,6
Nei, aldri	3,7	16,5
Vet ikke	4,9	5,3
Total	100,0	100,0

I SIOPS-utvalget oppgir hele 86,4 prosent at de *flere ganger* har vært i situasjoner med fare for eget og/eller andres liv. Andelen er over 30 prosent høyere enn i sammenligningsgruppen. Det må presiseres at det vi her har fått tilgang til, er den enkeltes subjektive oppfatning av å ha vært i slike situasjoner. Hvordan veteranene konkret har vurdert alvoret i ulike situasjoner, vil derfor kunne variere. På den annen side er det ikke overraskende at det i en gruppe der psykiske helseproblemer er utbredt, også er vanlig å ha opplevd slike situasjoner.

Alt i alt indikerer tallene at «omfanget» av deltakelsen i internasjonale operasjoner er større i SIOPS-utvalget enn i sammenligningsgruppen, ved at andelen som har deltatt i ulike land og i de ulike tidsperiodene, er høyere. Videre er andelen som *flere ganger* har opplevd en situasjon der det var fare for eget og/eller andres liv, over 30 prosent høyere i SIOPS-utvalget sammenlignet med kontrollgruppen. Poenget vårt her er ikke å knytte denne typen faktorer opp mot sannsynligheten for å oppleve psykiske belastningsskader som en følge av deltakelsen. Poenget har vært å gi en beskrivelse av ulike sider av gjennomføringen av internasjonale operasjoner i de to utvalgene og de likheter og forskjeller som eksisterer mellom dem.

Eventyrlyst viktigste drivkraft

I de kvalitative intervjuene stilte vi informantene relativt åpne spørsmål om deres bakgrunn fra internasjonale operasjoner og hva det var som motiverte dem til å reise ut. Formålet med dette var å få et bilde av om det var indre drivkrefter og et ønske om å bidra i konfliktområder som var det utløsende, eller om rekrutteringen for den enkelte hadde et mer vilkårlig preg. Syv av informantene nevnte spesifikt egen eventyrlyst og spenningen i det å reise til et konfliktområde som den viktigste motivasjonen for å reise ut. Dette må sies å være ganske sammenfallende med UNIFIL-undersøkelsen (Aarhaug mfl. 1993), der henholdsvis 56,9 og 55,4 prosent oppga «vært i arbeid, ville oppleve noe nytt» og «oppleve spenning/fare». Positive erfaringer fra førstegangstjenesten var også utslagsgivende for enkelte av de veteranene vi intervjuet, ved at dette ga dem smaken på en militær hverdag. Videre tilkjennega fire informanter et ønske om å være

en del av et militært og politisk bidrag i et konfliktområde. Aktiv og systematisk verving og rekruttering fra Forsvarets side ble ikke fremhevet av noen av dem vi snakket med.

5 Oppfølging før, underveis og etter endt internasjonal operasjon

Hver dag er jævlig. Jeg blir aldri kvitt det, men må lære meg å leve med det. Men hadde det blitt rettet opp for lenge siden, hadde ikke problemet vært så stort.

En viktig del av undersøkelsen har vært å kartlegge soldatenes erfaringer med selve deltakelsen i internasjonale operasjoner. Hvilken oppfølging fikk de før, underveis og etter den internasjonale tjenesten? Spesielt for soldater som kommer tilbake med tøffe opplevelser, vil den oppfølging Forsvaret og samfunnet for øvrig evner å gi, legge viktige premisser for hvordan den enkelte skal klare overgangen til et liv i Norge. I en svensk undersøkelse (Britz og Körner 2009) pekes det blant annet på at det i Sverige er et behov for en bedre oppfølging av soldater som har deltatt i utenlandstjeneste. Det gis i dag noen tilbud for veteraner, både rettet mot den tiden man er i tjeneste (HMS-tiltak, kontakt med familie etc.), men også tiltak rettet mot tiden etter endt tjeneste (oppfølging, kameratstøtte/gjensynstreff etc.). Allerede i 1993 ble det i UNIFIL-undersøkelsen påpekt at det fra militær side hadde vært mest oppmerksomhet på militære operative aspekter av FN-tjenesten, «mens innsatsen som har vært investert på de menneskelige sider har vært mer tilfeldig og personavhengig» (Aarhaug mfl. 1993:20).

Den oppfølging som gis i alle de tre fasene, vil kunne ha betydning for hvordan det går med den enkelte soldat i ettertid. Oppfølgingens innhold og karakter varierer imidlertid i de tre fasene. Mens det før og underveis handler mye om opplæring i sikkerhetsrutiner og hvordan soldatene skal forholde seg i stressede situasjoner, må den oppfølgingen som gis etter endt internasjonal tjeneste, ha en bredere forankring. Selv om Forsvaret som arbeidsgiver har en plikt i å følge opp soldatene når de kommer hjem, så forutsetter en god oppfølging et samarbeid på tvers av arbeidsliv, utdanningsinstitusjoner og helsetjenester.

Utgangspunktet vårt er at alle disse fasene, og den oppfølgingen som kjennetegner hver av dem, vil kunne ha betydning for levekårene blant veteraner. Det er heller ikke gitt at det er oppfølgingen i etterkant som er viktigst, selv om det er denne fasen den politiske debatten i stor grad dreier seg om. Kanskje vil det ha en større effekt på levekårene blant veteraner om innsatsen legges inn på det å etablere gode seleksjonsrutiner, å gjennomføre gode forberedelser før soldatene reiser ut, samt en tett oppfølging fra Forsvaret underveis i tjenesten. Den innsatsen som legges ned i disse fasene, vil

påvirke hvor godt rustet soldatene både mentalt og fysisk er til å takle de situasjoner de risikerer å komme opp i, og hvilken grad de vil være i stand til å fungere godt etter endt tjeneste.

Lite oppfølging preger alle tre faser

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) fremheves det at «norske soldater må være forberedt på å operere under krevende forhold, ofte med et høyt og vedvarende trussel- og spenningsnivå. I ytterste konsekvens vil deltakelse i tjeneste ute kunne innebære å ta liv eller selv å miste livet». Gjennom intervjuene kom det frem at flere av informantene hadde reist ut kort tid etter førstegangstjenesten. Den opplæringen og de forberedelser de hadde gjennomgått, hadde derfor skjedd gjennom førstegangstjenesten. Tabell 5.1 viser hva respondentene i spørreskjemaundersøkelsen svarte på spørsmålet om de fikk noen form for opplæring og forberedelser før de reiste ut, utenom førstegangstjenesten. Førstegangstjenesten i Norge gir for øvrig lite FN-rettet trening og opplæring (Nordsamfn 1993).

Tabell 5.1 Opplæring utover førstegangstjeneste blant SIOPS-veteranene og veteranene i sammenligningsgruppen. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Minekurs	25 (30,9 %)	25 (18,8 %)
Opplæring om hvordan du skulle forholde deg dersom andre ble skadet	54 (66,7 %)	81 (60,9 %)
Opplæring om hvordan du skulle forholde deg dersom du selv ble skadet	31 (38,3 %)	58 (43,6 %)
Opplæring om hvordan du skulle bearbeide sterke inntrykk	7 (8,6 %)	24 (18,0 %)
Opplæring om kulturelle forhold i det landet / den regionen du skulle til	40 (49,4 %)	79 (59,4 %)
Annen opplæring	30 (37,0 %)	47 (35,3 %)
Vet ikke	4 (4,9 %)	3 (2,3 %)
Fikk ingen opplæring	9 (11,1 %)	14 (10,5 %)

Den forberedende fasen før personellet reiser ut, er viktig med tanke på å legge til rette for en best mulig gjennomføring av utenlandsoppdraget (St.meld. nr. 34 (2008–2009)). Tabellen viser at SIOPS-veteranene i utvalget ser ut til å ha fått en mangelfull oppfølging. Prosentskårene gir et inntrykk av en slags «vilkårlighet» – noen ser ut til å ha fått det ene tilbudet, mens andre har fått tilbud om noe annet. Det er for eksempel vanskelig å finne noen rasjonell forklaring på hvorfor kun 30,9 prosent av de spurte

har gjennomgått minekurs, når vi samtidig vet at landminer er et hyppig brukt våpen i konfliktområder. Det er også påfallende at kun 38,3 prosent fikk opplæring i hvordan de skulle forholde seg dersom de selv ble skadet. Det mest interessante med tanke på hva vi undersøker i denne studien, er imidlertid at kun 8,6 prosent av SIOPS-veteranene fikk opplæring i hvordan de skulle bearbeide sterke inntrykk. Blant veteranene i sammenligningsgruppen er denne andelen på 18 prosent.

Halvparten oppgir at de fikk opplæring om kulturelle forhold i det landet og den regionen de skulle til. At dette er et viktig punkt, ble bekreftet gjennom intervjuene. Flere av informantene sa at de ikke hadde peiling på hva de gikk til, ikke minst når det gjaldt den historiske, politiske og kulturelle konteksten som ventet dem. For enkelte var det veldig lite aktiv refleksjon over hva de egentlig hadde sagt ja til, og i enda mindre grad hva som faktisk ventet dem da de ankom operasjonsområdet⁸:

Vi hadde liten eller ingen kunnskap om operasjonsområdet og partene i operasjonsområdet.

Vi visste minimalt om hva vi gikk til.

Jeg hadde ingen politisk motivasjon, jeg visste ingenting om situasjonen der nede, hadde ikke peiling på hva jeg dro til.

Et annet og relatert funn som går igjen hos flere av informantene, er at de under tjenesten ute ble satt til å løse oppgaver som de ikke var trent for og hadde blitt forberedt på:

Vi var ikke trent for å takle krig, men etter 14 dager ble vi sendt ut i en skarp situasjon som vi ikke var utdannet og trent for. I denne situasjonen måtte jeg flere ganger vurdere om jeg skulle skyte.

Du reiste som en ensom person til et krigsområde, fikk utlevert et våpen, og det ble forventet at du skulle fungere optimalt med folk du ikke kjente.

Det å ha oppgaver og ansvar som man verken er utdannet for eller forberedt på, kan virke belastende og stressende på den enkelte soldat (se f.eks. Nash 2007), noe som gjerne forsterkes av at de befinner seg i konfliktområder preget av en vedvarende usikkerhet og et uoversiktlig trusselbilde. Dette er belastninger som mange av dem som deltar i internasjonale operasjoner vil kunne oppleve under tjenesten. Tidsaspektet spiller trolig også en rolle her; jo kortere tid etter utplassering soldater blir satt til å løse oppgaver de ikke er kvalifisert for, desto høyere blir stressnivået. De historiene

⁸ Av hensyn til anonymitet ønsker vi ikke å oppgi hvilken tidsperiode og hvilken konkret operasjon de ulike sitatene er knyttet til, selv om dette er informasjon som kan være av betydning for å «forstå» innholdet og budskapet i sitatene.

flere av informantene forteller, avviker fra de funnene som Aarhaug mfl. (1993) gjorde blant et representativt utvalg av veteraner tidlig i 1990-årene. Hele 80 prosent i denne undersøkelsen mente at det var et godt samsvar mellom de forberedelsene de hadde vært gjennom, og innholdet i selve tjenesten. I samme undersøkelse hevdes det også at det er de menneskelige snarere enn de profesjonelle og faglige faktorene som gjør at FN-soldaten kommer til kort. Selv om utvalget vårt ikke er representativt som i UNIFIL-undersøkelsen, har vi i denne undersøkelsen erfart en helt annen virkelighet – nemlig at de profesjonelle og faglige forberedelsene er meget viktig for gjennomføringen av tjenesten.

Begge utvalgene ble også spurt om følgende: I hvilken grad vil du si at den totale opplæringen du har fått gjennom Forsvaret, har vært tilstrekkelig for å håndtere de inntrykkene du fikk under tjeneste. Svarfordelingene er gjengitt i tabell 5.2.

Tabell 5.2 Veteranenes vurdering av om opplæringen de har fått gjennom Forsvaret har vært tilstrekkelig for å håndtere de inntrykkene de fikk under tjeneste. Prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
I svært stor grad	3,7	6,0
I ganske stor grad	9,9	30,1
I noen grad	22,2	36,1
I liten grad	44,4	17,3
Ikke i det hele tatt	19,8	8,3
Total	100 N = (81)	100 (N = 130)

Hele 64,2 prosent i SIOPS-utvalget mener at den totale opplæringen de har fått, ikke har vært god nok (enten i liten grad eller ikke i det hele tatt) vurdert i lys av det de opplevde under tjenesten. Denne andelen er langt lavere i sammenligningsgruppen – her mener 25 prosent at opplæringen ikke har vært god nok (i liten grad eller ikke i det hele tatt). Det er med andre ord en markant forskjell mellom utvalgene når det gjelder erfaringene med oppfølgingen fra Forsvaret. Videre mener 72 prosent i sammenligningsgruppen at opplæringen i en eller annen grad har vært tilstrekkelig. Dette nivået er noe lavere enn den andelen som vurderte samsvaret mellom forberedelser og innholdet i selve tjenesten som godt i Aarhaug mfl. (1993) sin studie av UNIFIL-veteraner.

For å øke antallet respondenter har vi i tabell 5.3 slått sammen de to utvalgene og sett på sammenhengen mellom *når* veteranene var ute og om de mener at opplæringen har vært tilstrekkelig.

Tabell 5.3 I hvilken grad vil du si at den totale opplæringen du har fått gjennom Forsvaret har vært tilstrekkelig for å håndtere de inntrykkene du fikk under tjeneste, sett i forhold til når utenlandstjenesten ble gjennomført. Antall og prosent.

	Tilstrekkelig*	Ikke tilstrekkelig**	N
1970–1979	15 (48,4 %)	16 (51,6 %)	31
1980–1989	57 (47,5 %)	62 (51,7 %)	119
1990–1999	71 (60,7 %)	44 (37,6 %)	115
2000–	23 (79,2 %)	5 (17,2 %)	28

*«Tilstrekkelig» er slått sammen av «i svært stor grad», «i ganske stor grad» og «i noen grad»

**«Ikke tilstrekkelig» er slått sammen av «i liten grad» og «ikke i det hele tatt»

Antall (N) i tabell 5.3 betegner halvårsverk, og ikke veteraner. Tabellen viser at det har skjedd en positiv utvikling siden 1970-årene; andelen gjennomførte halvårsverk i vårt materiale som er assosiert med en oppfatning av at opplæringen har vært tilstrekkelig, har økt over tid. Samtidig er det viktig å poengtere at det kan gå mange år etter endt internasjonal tjeneste før psykiske belastningsskader inntreffer. Implikasjonen av dette er at det i den gruppen som «nylig» har vært ute (2000 og senere), og der flere på sikt vil kunne utvikle psykiske helseproblemer, så vil svarfordelingen på dette spørsmålet kunne bli annerledes i fremtiden.

I et helseforebyggende perspektiv er det viktig at Forsvaret tidlig følger opp veteraner med spesielle behov (St.meld. nr. 34 (2008–2009)). Tidligere i rapporten kunne vi blant annet se at over 90 prosent i SIOPS-utvalget hadde opplevd å være i en situasjon med fare for eget og/eller andres liv. 86,4 prosent hadde opplevd dette flere ganger. Intervjuene bekreftet at dette er den typen hendelser som ofte sitter sterkest i minnet i ettertid. Rask og riktig oppfølging i etterkant av slike hendelser er trolig meget viktig med tanke på hvordan soldatene blir i stand til å leve videre med denne typen opplevelser. Vi ba personene i spørreskjemaundersøkelsen oppgi i hvor stor grad de har benyttet ulike former for oppfølging i etterkant av situasjonen der det var fare for eget og/eller andres liv, mens de ennå var i tjeneste. I og med at andelen SIOPS-veteraner som i stor eller noen grad har benyttet de ulike tilbudene, viste seg å være svært lav, har vi i tabellen valgt å vise andelen som ikke har benyttet et gitt tilbud og heller ikke fått tilbud om det.

Gitt det skadereduksjonspotensialet som kan ligge i en rask og riktig oppfølging i etterkant av situasjoner som kan virke traumatiserende for den enkelte, er det bekymringsfullt å se at over halvparten av de spurte, for flere av tilbudene, verken har benyttet eller fått tilbud om disse. Gjennom intervjuene kom det frem at det å ha noen å snakke med umiddelbart etter situasjoner der de hadde opplevd fare for eget eller andres liv, og helst noen fra avdelingen og med overordnede, er et av de viktigste tilbudene. Likevel oppgir hele 58 prosent av SIOPS-utvalget at de ikke har deltatt i eller fått tilbud om

Tabell 5.4 Andel som verken har benyttet eller fått tilbud om ulike typer oppfølging. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenlignings- gruppe
Organisert debrif med medsoldater	47 (58 %)	54 (40,6 %)
Samtale med overordnet	55 (67,9 %)	54 (40,6 %)
Fysisk helseundersøkelse	63 (77,8 %)	73 (54,9 %)
Psykisk helseundersøkelse	63 (77,8 %)	81 (60,9 %)
Tilbud om samtale med psykolog	64 (79 %)	82 (61,7 %)
Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	66 (81,5 %)	86 (64,7 %)
Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	66 (81,5 %)	93 (69,9 %)
Veiledning og informasjon om rettigheter	68 (84 %)	84 (63,2 %)
Samtale med prest	61 (75,3 %)	77 (57,9 %)
Forsvarets stressmestringsteam	66 (81,5 %)	83 (62,4 %)
Annen oppfølging	61 (75,3 %)	75 (56,4 %)

organisert debrif med medsoldater. 67,9 prosent svarer det samme for «samtale med overordnet». Når samtidig over 90 prosent oppgir å en eller flere ganger ha vært i livsfarlige situasjoner, er det åpenbart at oppfølgingen innenfor alle disse tilbudene har vært utilfredsstillende. Det er også mye som tyder på at det er mange «gjengangere» i tabellen, det vil si personer som verken har benyttet eller fått tilbud om noen av de nevnte tilbudene.

Tallene viser også en markant og jevn forskjell mellom de to utvalgene når det gjelder andel som verken har benyttet eller fått tilbud om ulike oppfølgingstilbud. For hvert tilbud er det mellom 12 og 23 prosent flere i SIOPS-utvalget som sier at de verken har benyttet eller fått tilbud om den aktuelle oppfølgingen. Generelt finner vi også at det er svært få som ikke har valgt å benytte et tilbud de har fått tilbud om, noe som illustrerer behovet for oppfølging blant personene i undersøkelsen.

Nasjonale Militærmedisinske Poliklinikk (NMP) ble etablert i februar 2005 for å bedre ivareta Forsvarets personell når det gjelder helsespørsmål.⁹ Klinikken skal være et kontaktpunkt for veteraner som har fått fysiske skader, men skal også bistå veteraner ved spørsmål om psykisk helse relatert til internasjonal tjeneste. Tallene viser at en stor andel ikke har fått noe tilbud om oppfølging gjennom NMP. For SIOPS-medlemmene gjelder dette 81,5 prosent. Dette kan nok dels forklares med at NMP er

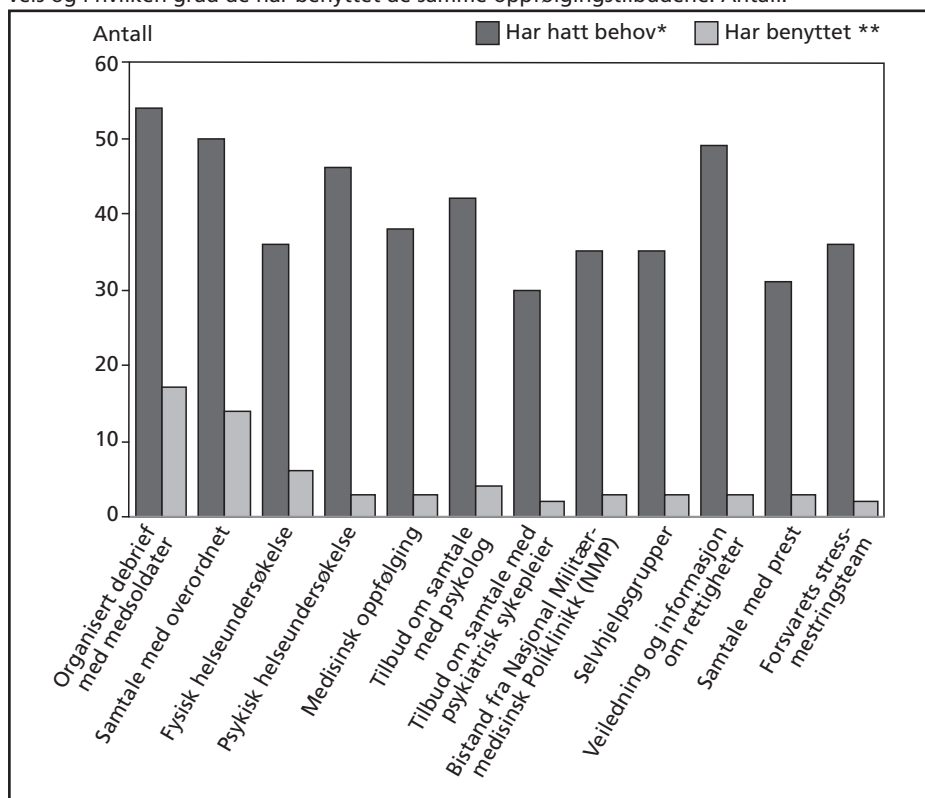
⁹ Kilde: <http://www.mil.no/veteraner/start/aktuelt/helse/article.jhtml?articleID=112799>

et relativt nytt tilbud, og at mange av dem som deltar i undersøkelsen, tjenestegjorde ute for 20–30 år siden. Dette er imidlertid ikke noe argument for at de ikke skulle få oppfølging, siden deres behov for oppfølging er her og nå. En annen forklaring på at så få har vært i kontakt med NMP, kan være at deres tilbud er basert på at folk med fysiske eller psykiske skader blir henvist fra allmennlege eller spesialist. Veteraner som ikke fanges opp gjennom fastlegeordningen eller hos spesialist faller dermed utenfor dette systemet.

Stort sprik mellom behovet for og bruken av ulike tjenester

Figur 5.1 viser SIOPS-veteranenes vurderinger av hvilket behov de hadde for ulike typer oppfølging *underveis* i den internasjonale tjenesten, og i hvilken grad de faktisk har benyttet seg av de samme oppfølgingstilbudene.

Figur 5.1 SIOPS-veteranenes vurderinger av behovet de hadde for ulike typer oppfølging underveis og i hvilken grad de har benyttet de samme oppfølgingstilbudene. Antall.



* Består av «har hatt stort behov» og «har hatt noe behov»

** Består av «benyttet i stor grad» og «benyttet i noen grad»

Figuren viser at det for SIOPS-medlemmene i undersøkelsen er et stort gap mellom deres behov for oppfølging og hva de faktisk har benyttet av ulike oppfølgingstilbud. Tabell 5.5 viser SIOPS-veteranenes behov for og faktiske bruk av de samme tilbudene etter at de kom hjem fra den internasjonale tjenesten.

Tabell 5.5 SIOPS-veteranenes vurderinger av behovet de har hatt for ulike typer oppfølging etter at de kom hjem og i hvilken grad de har benyttet de samme oppfølgingstilbudene. Antall.

	Har hatt behov*	Har benyttet **
Organisert debrif med medsoldater	53	8
Samtale med overordnet	48	7
Fysisk helseundersøkelse	55	16
Psykisk helseundersøkelse	58	20
Medisinsk oppfølging	58	17
Tilbud om samtale med psykolog	56	14
Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	44	8
Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	46	10
Selvhjelpsgrupper	46	11
Veiledning og informasjon om rettigheter	56	9
Samtale med prest	31	5
Forsvarets stressmestringsteam	43	5

* Består av «har hatt stort behov» og «har hatt noe behov»

** Består av «benyttet i stor grad» og «benyttet i noen grad»

Det er flere som har benyttet tilbudene «organisert debrif med medsoldater» og «samtale med overordnet» underveis i tjenesten, sammenlignet med det å benytte seg av tilbud etter endt tjeneste. Dette er ikke overraskende i og med at dette er tilbud som gis gjennom Forsvaret og som regel mens tjenesten pågår. Når det gjelder de andre tilbudene, ser vi at det er et gjennomgående høyere behov etter endt tjeneste sammenlignet med underveis. En forklaring på dette, som i stor grad støttes av de kvalitative dataene, er at det for soldatene er lettere å holde ting på avstand mens de er i tjeneste. Så snart de kommer hjem, fremstår det tydeligere for flere at deltakelsen har hatt noen personlige konsekvenser. For mange oppstår ikke behovene før etter at de har kommet hjem.

Også i spørreskjemaundersøkelsen finner vi store forskjeller mellom de to utvalgene når det gjelder oppfølging; gapet mellom behov og faktisk bruk er langt større blant de skadde SIOPS-veteranene sammenlignet med veteranene i sammenligningsgruppen. I sistnevnte gruppe oppgir eksempelvis mellom 77 og 92 prosent at de ikke har hatt

behov for de ulike tilbudene *etter at de kom hjem*. Sammenlignet med veteranene rekruttert fra VPs databaser kjennetegnes SIOPS-informantene av en mye større ubalanse mellom behovet for og bruken av ulike oppfølgingstilbud i alle de tre fasene. Vi tror dette er viktige resultater med tanke på å forklare de ulikheter i levekår mellom de to gruppene veteraner som vi eventuelt måtte avdekke i fortsettelsen.

Funnene fra intervjuene bekrefter tendensen fra spørreskjemaundersøkelsen på dette punktet: *Ingen* av de informantene vi snakket med, har opplevd å bli fulgt opp av Forsvaret på en måte som de opplever som forsvarlig etter at de kom hjem. For de fleste er situasjonen at de etter endt internasjonal operasjon aldri har opplevd å bli kontaktet av Forsvaret. Ulike SIOPS-veteraner sa følgende:

Oppfølgingen når vi var ute i 1988, var fra Forsvaret sin side ikke-eksisterende. Og det har heller ikke vært noen oppfølging på de 20 årene som har gått.

Vi får ikke noe hjelp. Forsvaret skal sitte på kunnskapen, men de har vært og er totalt fraværende.

Jeg har aldri blitt fulgt opp av Forsvaret. Ved dimisjon sa jeg til militærlegen at jeg trodde at jeg hadde fått en skade. Men han skjønnte ikke hva jeg snakket om. Det hjalp ikke at du sa fra, de var bare glad de fikk deg ut porten.

Det har ikke vært noen oppfølging etter at jeg kom hjem. Jeg søkte meg hjem før tiden, fordi jeg opplevde å ikke takle situasjoner som jeg frem til da hadde taklet 100 prosent. Jeg kjente at jeg var redd. Da burde de tatt et signal.

Etter at vi kom hjem, har det ikke vært noen ting. Fikk et medisinsk spørreskjema der vi skulle svare på om dette hadde gått utover psyken og familien etc. Jeg svarte at jeg hadde psykiske problemer, og at det hadde gått utover familien, men har ikke hørt noen ting fra Forsvaret.

Intervjuene viser at manglende oppfølging ser ut til å være regelen, *uavhengig* av når og hvor veteranene har vært ute. En av de yngre informantene, som har tjenestegjort etter 2000, sa følgende: «Det er ikke noen systematisk oppfølging fra Forsvaret. For min del kunne jeg blitt fanget opp tidligere. Jeg krysset av for at jeg hadde søvnproblemer, men det ble ikke fanget opp av Forsvaret.»

Alt i alt mener vi de kvantitative og kvalitative funnene viser at SIOPS-veteranene i undersøkelsen har vært utsatt for en manglende oppfølging fra Forsvaret sin side. Det som ser ut til å være et fravær av en systematisk oppfølging av denne gruppen veteraner, er bekymringsfullt nok i seg selv. Ekstra alvorlig blir det når enkelte veteraner, på tross av at de har gitt klare signaler om at de trenger oppfølging, opplever at de ikke har fått det.

Fra fellesskap og samhold ute til isolasjon hjemme

Vi har nevnt at soldater i internasjonale operasjoner, på tross av traumatiske hendelser, ofte klarer å holde hjulene i gang mens de er i tjeneste. Tilstedeværelsen av et mer eller mindre konstant trusselbilde samt faktorer som høyt arbeidspress og høye krav til sikkerhet kan videre bidra til å skjerpe soldatenes oppmerksomhet om og beredskap rundt det de er med på. I en gruppe eller en avdeling som arbeider tett med og lever tett innpå hverandre døgnet rundt, etableres det også et tett samhold og fellesskap. Dette fellesskapet styrkes av de normer, regler og verdsett som blir etablert innenfor gruppen. Nærværet av et ytre trusselbilde og risikoen for å havne i farlige situasjoner er med på å styrke denne fellesskapsfølelsen ytterligere. Soldater i internasjonal tjeneste opererer i fremmedartede miljøer, og gjensidig tillit, ansvar og lojalitet overfor hverandre er helt avgjørende for at avdelinger skal fremstå som enhetlige og samlet i møtet med ytre trusler.

Den enhetsfølelsen, kameratskapet og samholdet som blir skapt innenfor en avdeling, fremheves i intervjuene som noe av det mest positive med å delta i internasjonale operasjoner. Samholdet blir meget sterkt, noe som ikke minst forklares med at man i gitte situasjoner er avhengig av å ha full tillit til hverandre for i det hele tatt å overleve. Samtidig er det flere som peker på det paradoksale i at den sterke vektleggingen av fellesskap og samhold som karakteriserer tiden mens de er i tjeneste, langt på vei opphører når tjenesten er avsluttet og soldatene kommer hjem. Flere informanter beskriver dette som det klart vanskeligste med overgangen fra et liv som soldat i internasjonal operasjon til å skulle leve et vanlig liv hjemme i Norge. Fra å ha klart definerte jobbmessige, hierarkiske og sosiale rammer i hverdagen opplever mange plutselig å skulle klare seg helt på egen hånd i arbeidslivet og sosialt. Følgende utsagn fra den kvalitative intervjuundersøkelsen illustrerer hvor tøft dette kan oppleves for soldatene:

Hovedutfordringen for mange som har vært inne i dette systemet i mange år, er at de skal ut i det samfunnet her. De er på et vis helt sosiale analfabeter, har ingen venner igjen. Det må være en bevisst politikk i Forsvaret om at disse menneskene som er inne, bare er på lån. De skal leveres tilbake til samfunnet.

Det man ikke er forberedt på, som ingen har fortalt deg, er at det oppstår et slags vakuum når du kommer hjem fra operasjonsområdet. Forskjellen på den verden du reiser fra, og den du kommer til, er ekstremt stor. Jeg tror denne første tiden er opprinnelsen til mye elendighet. Det trengs et fokus på utdanning og arbeid med en gang man kommer hjem, for å minimere dette vakuemet.

Den overlevelsesmekanismen du har ute, er en galgenhumor som er helt forferdelig, og når du kommer hjem, skal du prøve å skru av den galgenhumoren og fungere som et sivilt menneske, men det funker ikke.

Det å ha likesinnede å prate med oppfattes som viktigst

Flere informanter beskriver det de opplever som dobbelt belastende ved avsluttet tjeneste: For det første har mange sterke inntrykk som må bearbeides. For det andre opplever de å skulle klare overgangen til en ny hverdag her hjemme helt på egen hånd. I forlengelsen av dette uttrykker de fleste informantene et ønske om at Forsvarets arbeidsgiveransvar også må gjelde etter at soldatene er sendt hjem til Norge, og gjerne mange år i etterkant. For de fleste veteranene handler dette om helt elementære ting, som det å ha likesinnede å prate med og det å få informasjon og veiledning om hvilke muligheter de har når det gjelder utdanning og arbeid. Samtidig er det viktig at soldater som har behov, blir møtt med et slikt oppfølgingstilbud *umiddelbart* etter at de kommer hjem. Flere fremhever at dette er noe som ville gjort overgangen fra internasjonal tjeneste til et sivil liv mindre vanskelig:

Det handler om å ha tilgang på folk som har tilsvarende erfaringer. Møteplasser er viktig, formelle som uformelle.

Det viktigste tiltaket for dagens soldater er muligheten til å treffes oftere, ikke bare i gruppen og avdelingen, men også enkeltvis – må ha mulighet til å gå til noen som forstår. Ha noen som en er på bølgelengde med. Jeg ville hatt utbytte av det. Ville da skjönt at det ikke er meg det er noe feil med.

Basert på spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene kan vi fastslå at det å ha andre veteraner å prate med oppfattes som et av de viktigste tiltakene ved hjemkomst. Slike muligheter finnes for så vidt i dag, men enkelte påpeker at det fortsatt er for lett for veteraner å bli sittende isolert rundt omkring i Norge. Nettverk og møteplasser må bygges ut videre, og det må gis et tilbud overalt i landet. Det kan heller ikke være slik at denne typen tilbud skal være basert på lokale initiativ og ildsjeler, fordi dette vil gjøre systemet sårbart. Forsvaret og samfunnet for øvrig må ha et ansvar for å legge til rette for og sikre at slike møteplasser og nettverk blir etablert.

6 Yrkesdeltakelse, inntekt og arbeidsevne

Det å være i jobb er viktig både for å kunne forsørge seg selv og for å få brukt egne ressurser og ferdigheter. Arbeidslivet har også en sosial dimensjon, som gjør oss i stand til å etablere relasjoner med andre mennesker. Arbeid gir muligheter til å realisere seg selv som menneske og gir en følelse av å bidra i et større fellesskap. Det å være i arbeid har med andre ord en egenverdi som ikke kan måles i kroner og øre.

Ifølge Williamson og Mulhall (2009) trenes personer som deltar i internasjonale oppdrag opp i en rekke ferdigheter som i utgangspunktet burde være attraktive i det ordinære arbeidsmarkedet, som tilpasningsdyktighet, teamarbeid og det å fokusere utelukkende på den neste oppgaven som skal løses. Likevel finner de at mange soldater som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner, har store problemer med å få fotfeste i arbeidslivet i USA. De peker på to hindringer i denne sammenheng: for det første at mange veteraner opplever det som vanskelig å få forståelse for sine militære erfaringer hos sivile arbeidsgivere, og for det andre at mange møter et stigma knyttet til det å være veteran. Veteraner assosieres ofte med psykiske lidelser, og dette skaper jobbarrierer. Williamson og Mulhall (2009) hevder derfor at i takt med at den offentlige oppmerksomheten om veteranenes psykiske skader har økt, så har også sannsynligheten for at veteraner vil oppleve diskriminering i arbeidslivet økt. De beskriver derfor den økte oppmerksomheten rundt veteranenes situasjon i USA som et tveegget sverd.

Det er lite trolig at den virkeligheten som her beskrives for veteraner i USA, kan overføres direkte til norske veteraners hverdag. En viktig forskjell mellom Norge og USA er blant annet at pliktig førstegangstjeneste i Norge er med på å gjøre mennesker fra alle sosiale lag til potensielle kandidater for utenlandstjeneste. Verneplikten legger til rette for en bred rekruttering av soldater på tvers av sosiale og kulturelle skiller i det norske samfunnet (St.meld. nr. 34 (2008–2009)). Vi mener likevel det er viktig å få frem i hvilken grad norske veteraner opplever at den kompetanse de har ervervet, kommer til nytte i det ordinære arbeidsmarkedet.

Vi skal nå se på inntektsnivå, trygdemottak og hvordan veteranene vurderer sin egen arbeidsevne. Vi skal også undersøke hvordan SIOPS-veteranene opplever relevansen av sin militære bakgrunn i en sivil jobbsammenheng.

Uføretrygd og lavinntekt vanlig

På spørsmål om hvilken hovedaktivitet de hadde i forrige uke, svarer om lag halvparten av personene i SIOPS-utvalget (49,4 prosent) at de er uføretrygdet. Dette gjør mottak av uføreytelse til den vanligste «hovedaktiviteten» i utvalget. Kun i underkant av én av tre er i arbeid (32,1 prosent). Den høye uføreandelen og lave andelen som er i arbeid, står i sterkt kontrast til det vi finner for sammenligningsgruppen; kun 3,8 prosent av disse er uføretrygdet, mens hele 116 personer (87,2 prosent) hadde inntektsgivende arbeid som sin hovedaktivitet uken i forveien. Når vi sammenligner med personene på samme alder i befolkningsutvalget, blir forskjellene enda større; her oppgir over 90 prosent at de er i et ansettelsesforhold.

Som vi tidligere har beskrevet, er tallmaterialet for lite til at vi ved hjelp av statistiske analyser kan vurdere *hva* det er som kan forklare forskjellen mellom de to utvalgene. Uavhengig av dette tyder den markante forskjellen i uføerate og yrkesdeltakelse mellom de to utvalgene på at SIOPS-veteranene, hvorav de fleste er rekruttert til organisasjonen på bakgrunn av skade, har sine helt spesielle utfordringer knyttet til det å få innpass i arbeidslivet. Samtidig ser det ut til at dette er en type utfordringer som veteraner flest ikke sliter med.

Levekårsutfordringer er sterkt knyttet til det å ha lav inntekt (NOU 2009:10). Også på dette punktet er det store forskjeller mellom veteranene i primærutvalget og veteranene i sammenligningsgruppen. Mens andelen i SIOPS-utvalget som hadde en årsinntekt i 2008 som var lavere enn 399 000 (før skatt), var 85 prosent, var denne andelen 32,8 prosent blant veteranene i sammenligningsgruppen. Resultatene må helt klart ses i sammenheng med de høye uføretallene og den relativt lave sysselsettingsgraden blant SIOPS-veteranene i undersøkelsen.

Vi ønsket også å kartlegge veteranenes subjektive opplevelse av den inntekten de har, og hvor egnet den er til å klare seg økonomisk i det daglige. Vi presenterte derfor ulike utsagn om nåværende husholdningsinntekt som de ble bedt om å ta stilling til. Tabell 6.1 viser svarfordelingene.

Tabell 6.1 Hvilket av følgende utsagn passer best for din nåværende husholdningsinntekt? Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Inntekten er tilstrekkelig til å leve komfortabelt	17 (21,0 %)	97 (72,9 %)
Inntekten er tilstrekkelig for å klare seg	17 (21,0 %)	28 (21,1 %)
Det er vanskelig å klare seg på den inntekten jeg/vi har	28 (34,6 %)	6 (4,5 %)
Det er svært vanskelig å klare seg på den inntekten jeg/vi har	17 (21,0 %)	

Mens hele 94 prosent av veteranene i sammenligningsgruppen er av den oppfatning at husholdningsinntekten er tilstrekkelig for å leve komfortabelt (72,9 prosent) eller for å klare seg (21,1 prosent), er det kun 42 prosent av SIOPS-veteranene i undersøkelsen som opplever det samme. Resultatet bekrefter med andre ord de øvrige funnene om at dette er en gruppe veteraner som har store økonomiske utfordringer i hverdagen, der både uføreandelen og forekomsten av lavinntekt er høy.

I intervjudelen spurte vi informantene om de mente at deres deltakelse i internasjonal operasjon har påvirket deres økonomiske situasjon. Syv av elleve informanter var klare på at deres økonomiske situasjon i dag er en konsekvens av påkjenninger de ble utsatt for under tjenesten, ved at det har vanskeliggjort en stabil deltakelse i arbeidslivet og mulighetene til å opparbeide en økonomisk trygghet gjennom blant annet investering i bolig:

Jeg har kjøpt hus med utgangspunkt i at jeg skulle være i jobb og ha en normal arbeidsinntekt. Men når du ikke greier å være i jobb, er det vanskelig.

Ja, det har absolutt påvirket min økonomiske situasjon. Både med tanke på arbeidsførhet, men også sosialt. Alt var lettere før.

Jeg har nå søkt om tidsbegrenset uførestønad. De første årene etter at jeg kom hjem, hadde jeg ikke energi til å gjøre noe annet enn å jobbe. Jeg hadde ikke energi til å tenke på huskjøp og leide bolig i mange år. Jeg kom derfor sent inn på boligmarkedet.

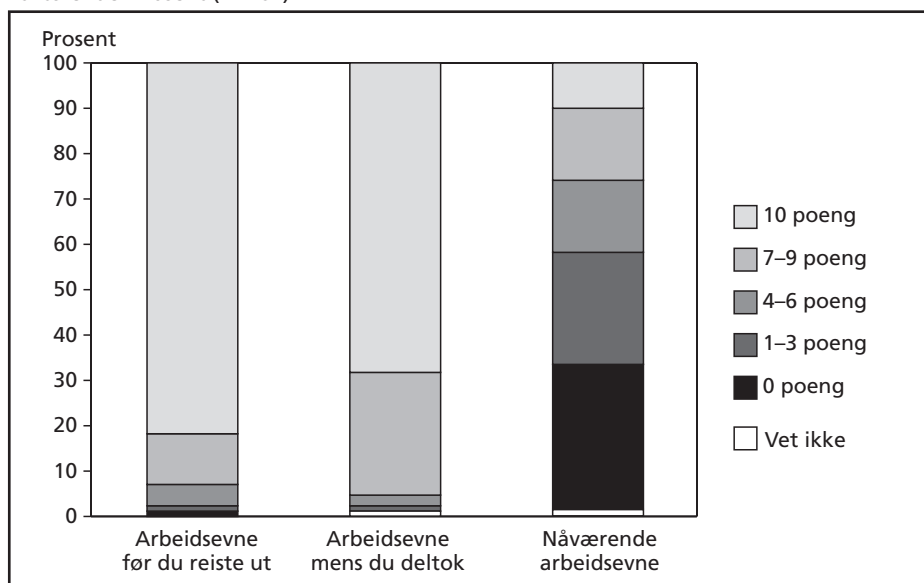
Jeg knytter min uførestatus 100 prosent til det jeg opplevde ute.

Vi ser her noen utsagn fra intervjuene som beskriver informantenes egen oppfatning av hvordan deltakelsen i internasjonal operasjon har innvirket på deres økonomiske situasjon i ettertid. Et punkt som informantene ga ulike svar på, er hvordan tiden etter avsluttet tjeneste har artet seg. Beskrivelsene kan grovt kategoriseres i to typiske forløp: de som har jobbet i mange år, men plutselig en dag opplevde ikke å klare mer, kontra de som har hatt et mer broket løp etter endt tjeneste, kjennetegnet av noe jobbing, sykemelding, rehabilitering og gjerne med uførepensjon som endelig utfall. Flertallet av informantene var imidlertid samstemte om at, uavhengig av om de problemene de beskrev oppsto ett år eller tjue år etter endt tjeneste, så kan de knyttes til hendelser de opplevde under tjenesten.

Hvordan vurderes nåværende arbeidsevne sammenlignet med arbeidsevnen før de reiste ut?

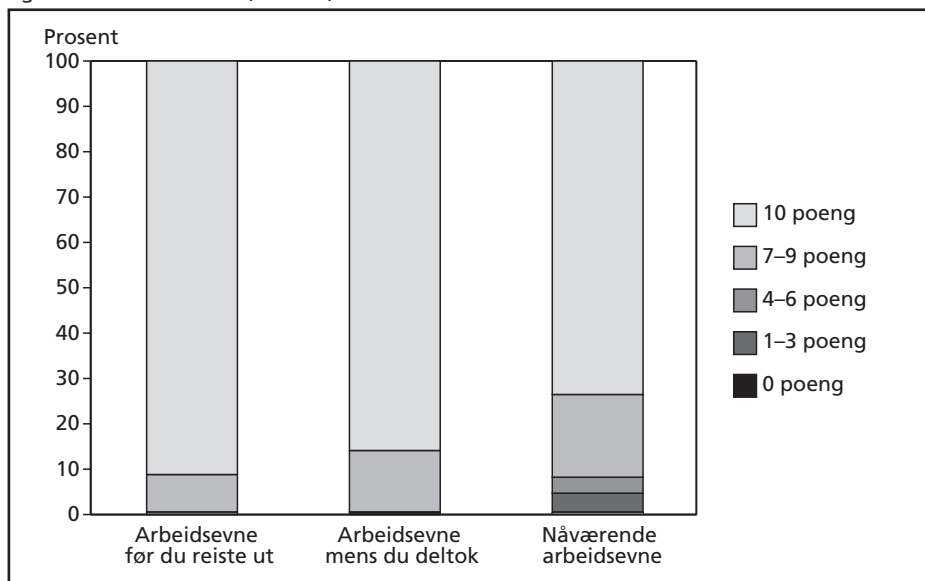
Gjennom spørsmålene som ble stilt i spørreskjemaet, har vi forsøkt å finne ut om veteranene opplever at arbeidsevnen har endret seg sammenlignet med før de reiste ut, underveis i tjenesten og etter hjemkomst. Kunnskap om arbeidsevne er viktig for å forstå de resultatene som er beskrevet over knyttet til uførhet og inntektsfordeling. Respondentene ble bedt om å gå ut fra at arbeidsevnen på det beste ville fått 10 poeng, og på bakgrunn av dette tallfeste antall poeng deres arbeidsevne hadde før, underveis og etter endt tjeneste. Mens 0 poeng innebærer at de ikke er i stand til å arbeide i det hele tatt, uttrykker 10 poeng en maksimal arbeidsevne. I figur 6.1 og 6.2 vises resultatene for begge utvalgene.

Figur 6.1 SIOPS-veteranenes vurdering av arbeidsevnen før de reiste ut, mens de deltok, og nåværende. Prosent (N = 81).



Figur 6.1 viser et tydelig mønster; blant de skadde veteranene har det skjedd store endringer i arbeidsevnen når deres vurdering av nåværende arbeidsevne sammenlignes med hvordan de vurderer den arbeidsevnen de hadde før de reiste ut. Mens 81,5 prosent vurderte arbeidsevnen før de reiste ut til 10 poeng, er tilsvarende tall for nåværende arbeidsevne kun 9,9 prosent. Samtidig er andelen som vurderer egen arbeidsevne til null, økt fra praktisk talt ingenting til 32,1 prosent når vi sammenligner vurderinger av tidligere og nåværende arbeidsevne. I kontrast til dette er det en langt lavere andel blant veteranene i sammenligningsgruppen som har opplevd en betydelig reduksjon

Figur 6.2 Sammenligningsgruppens vurdering av arbeidsevnen før de reiste ut, mens de deltok, og nåværende. Prosent (N = 133).



i nåværende arbeidsevne. Hele 73,7 prosent vurderer sin nåværende arbeidsevne som topp (10 poeng), og *ingen* vurderer egen arbeidsevne som ikke-eksisterende (0 poeng). Det bør samtidig bemerkes at 10,7 prosent av veteranene i sammenligningsgruppen på svartidspunktet var 60 år eller eldre. Alder kan med andre ord være en «naturlig» forklaring på at andelen som vurderer nåværende arbeidsevne til 10 poeng, er lavere enn andelen som vurderer arbeidsevnen før de reiste ut til 10 poeng.

Også for veteranene i sammenligningsgruppen ser vi dermed at det er en større variasjon og spredning i hvordan de vurderer den nåværende arbeidsevnen, sammenlignet med arbeidsevnen før og mens de var ute. Denne spredningen og variasjonen er imidlertid langt mindre dramatisk enn tilfellet er blant de skadde veteranene, og hele 91,9 prosent i sammenligningsgruppen vurderer sin nåværende arbeidsevne til 7 poeng eller høyere.

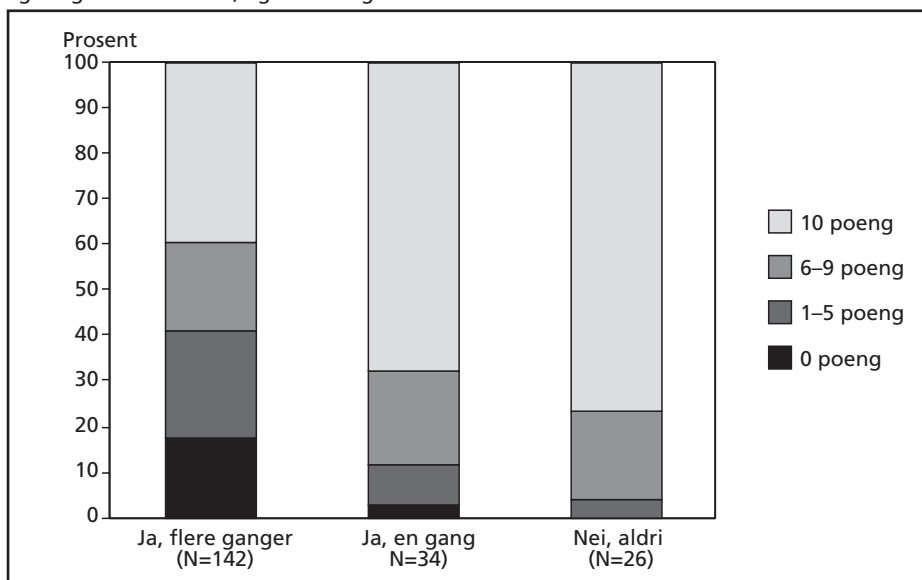
Et annet interessant funn er at *spredningen* langs poengskalaen er langt større når SIOPS-veteranene vurderer sin nåværende arbeidsevne. Mens tendensen er at vurderingene av arbeidsevnen før tjenesten og underveis i tjenesten er mer konsentrert om noen få verdier (og gjerne 10 poeng), er det større spredning i vurderingene av nåværende arbeidsevne. Dette tyder på at endringer i arbeidsevnen kan inntreffe i ulike styrkegrader, og at det ikke alltid er snakk om en total forverring av arbeidsevne. For en del vil det med andre ord kunne være snakk om en viss endring, men at en viss prosentandel av arbeidsevnen fortsatt er i behold.

Figurene viser en viktig forskjell mellom de to utvalgene, nemlig at de ser ut til å være noe ulike i *utgangspunktet* med tanke på arbeidsevne. Mens andelen som vurderte egen arbeidsevne til 10 poeng i sammenligningsgruppen, er på 91 prosent, er tilsvarende andel 81,5 prosent blant de skadde veteranene. Selv om disse opplysningene er basert på respondentenes egne subjektive oppfatninger og deres egen hukommelse, kan denne forskjellen indikere at det allerede i seleksjonsfasen eksisterte noen forskjeller mellom personene i de to utvalgene når det gjelder arbeidsevne. Selv om vi ikke har hatt anledning til å etterprøve dette noe nærmere, og datamaterialet – gjennom å være relativt lite – vil være sårbart for tilfeldige utvalgsvariasjoner, kan vi altså ikke utelukke at denne typen utvalgsforskjeller forekommer.

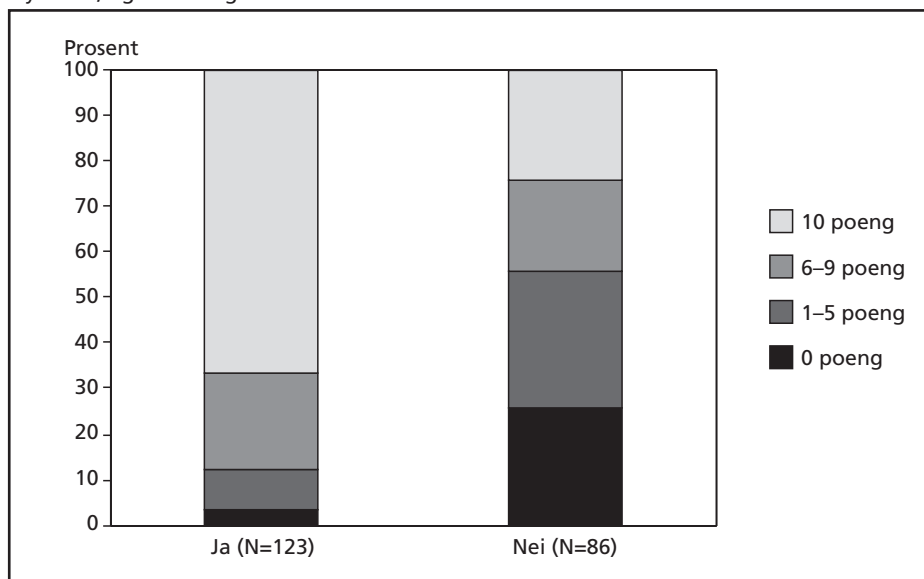
Hvordan forklare redusert arbeidsevne?

Vi har sett at det er store forskjeller mellom de to gruppene veteraner når det gjelder vurderingene av egen arbeidsevne før, underveis og etter endt internasjonal tjeneste. Vi skal nå se nærmere på om veteranenes arbeidsevne kan knyttes til følgende to forhold: i) om de opplevde situasjoner med fare for eget og/eller andres liv mens de tjenestegjorde og ii) deres vurdering av om de har fått en tilstrekkelig opplæring av Forsvaret i forkant av deltakelsen. For å øke antallet observasjoner har vi her slått sammen de to utvalgene.

Figur 6.3 Hvorvidt veteranene under tjenesten har opplevd en situasjon der det var fare for eget og/eller andres liv, og vurdering av nåværende arbeidsevne. Prosent.



Figur 6.4 Hvorvidt veteranene mener opplæringen i forkant var tilstrekkelig for å mestre inntrykkene, og vurdering av nåværende arbeidsevne. Prosent.



Begge figurene indikerer at det er noen sammenhenger mellom disse variablene i vårt materiale. Blant dem som aldri har opplevd en situasjon med fare for eget og/eller andres liv mens de var ute, er det en langt større andel som vurderer nåværende arbeidsevne til 10 poeng. Tilsvarende ser vi av figur 6.4 at det blant dem som vurderer opplæringen i forkant som tilstrekkelig, er en betydelig større andel som oppfatter egen arbeidsevne som maksimal (forskjell på over 40 prosent). Mønstrene i begge figurene er tydelig og ser ut til å vise en sammenheng mellom det å ha opplevd livsfarlige situasjoner under tjenesten og kvaliteten på opplæringen på den ene siden og veteranenes arbeidsevne etter endt internasjonal tjeneste på den andre siden.

Kommer kunnskap og erfaring fra internasjonale operasjoner til nytte i sivil jobbsammenheng?

Som nevnt i innledningen til kapittelet kan mange som har deltatt i internasjonale operasjoner oppleve at de har opparbeidet en kompetanse som er relevant i sivil jobbsammenheng. Likevel kan det oppleves som vanskelig å skape forståelse for dette overfor arbeidsgivere. Vi har i spørreskjemaundersøkelsen bedt veteranene ta stilling til følgende påstand: *Deltakelsen i internasjonal(e) operasjon(er) har gitt meg kunnskap og erfaring som jeg har nytt godt av i (sivil) jobbsammenheng i Norge.* Tabell 6.2 viser hva de svarte.

Tabell 6.2 Hvorvidt deltakelsen i internasjonal operasjon har gitt veteranene kunnskap og erfaring som de har nytt godt av i (sivil) jobbsammenheng i Norge. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Enig*	33 (40,7 %)	113 (85 %)
Verken enig eller uenig	14 (17,3 %)	12 (9,0 %)
Uenig**	30 (37,1 %)	3 (2,3 %)
Vet ikke	4 (4,9 %)	4 (3,0 %)
Total	81 (100 %)	133 (100 %)

*«Enig» er slått sammen av «helt enig» og «delvis enig»

** «Uenig» er slått sammen av «helt uenig» og «delvis uenig»

SIOPS-medlemmene deler seg i to jevnstore grupper på dette spørsmålet. En noe større andel er enig enn uenig i påstanden (henholdsvis 40,7 og 37,1 prosent). Samtidig ser vi at det er langt vanligere blant veteranene i sammenligningsgruppen å mene at de gjennom deltakelse i internasjonal operasjon har ervervet en type kunnskap som har kommet til nytte i sivil jobbsammenheng. Resultatene føyer seg således inn i det bildet som er tegnet til nå av at SIOPS-veteranene på alle indikatorer som måler deltakelse og fungering i arbeidslivet, skårer lavere enn veteranene i sammenligningsgruppen. De er langt oftere uføretrygdet, rapporterer hyppigere om økonomiske problemer og har som gruppe opplevd et betydelig større fall i arbeidsevnen enn veteranene i sammenligningsgruppen. Når drøyt en av tre i tillegg er uenig i en påstand om at deltakelsen i internasjonal operasjon har gitt meg kunnskap og erfaring som jeg har nytt godt av i (sivil) jobbsammenheng i Norge, befester det bildet av en gruppe veteraner som har store utfordringer med å komme inn på arbeidsmarkedet.

Erfaringer med NAV

Av SIOPS-veteranene oppgir 55 (67,9 prosent) at de i løpet av de siste tolv månedene har vært i kontakt med NAV (NAV arbeid eller NAV trygd). Dette er et høyt tall. I kontrollgruppen oppgir til sammenligning 18,8 prosent at de i samme periode har vært i kontakt med NAV. Vi ville derfor finne ut mer om hvilken type bistand SIOPS-veteranene har fått fra NAV, og hvilke erfaringene de har gjort seg i møtet med etaten. Tabell 6.3 viser resultatene.

Tabell 6.3 Type bistand SIOPS-veteranene har fått fra NAV i løpet av de siste tolv måneder. Antall.

	Antall
Arbeidsformidling	2
Informasjon om rettigheter	10
Hjelp til å fylle ut skjema	17
Samtale med saksbehandler	25
Vurdering av arbeidsevne	18
Annet	22
Vet ikke	2
Total	79

Dette er et flervalgsspørsmål. Totalen viser at flere av dem som har vært i kontakt med NAV, har fått ulike former for bistand. Det mest oppsiktsvekkende med tabellen er at kun to personer har mottatt bistand til arbeidsformidling i løpet av de siste tolv månedene. Dette henger selvsagt sammen med at om lag halvparten av SIOPS-veteranene som har deltatt i undersøkelsen, er uføretrygdet. Funnet indikerer også at dette er en gruppe mennesker som i liten grad blir forsøkt formidlet til arbeidslivet. Riktignok har 18 stykker i samme periode fått vurdert arbeidsevnen. Helhetsinntrykket er likevel at dette er en gruppe personer hvorav flere har opplevd at NAV har famlet i blinde når det gjelder å finne riktige tiltak og virkemidler¹⁰:

NAV har sendt meg på attføring, rehabilitering og nå til slutt et nytt kurs. Masse dumme ting som de har brukt masse penger på. Nå har de kastet inn håndkleet og sendt meg til NAV Pensjon.

Tror jeg har vært hos alle mulige etater, men du blir jo ikke hørt. Vi er i aller høyeste grad en marginal gruppe i samfunnet, ingen gidder å ta fatt i oss. Vi er for små, og de problemene vi har er så spesialiserte at det er vanskelig å få hjelp.

Veteranene ble også spurt om i hvilken grad de opplever at NAV har den kompetansen som kreves for å imøtekomme deres behov. 74,1 prosent av dem som har vært i kontakt med NAV de siste tolv månedene, svarte enten «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt». Resultatet ligner således på det vi fant når det gjaldt erfaringer med helse-tjenestene. Samtidig er det viktig å få frem at noen av de erfaringene som veteranene

¹⁰ Tolv av de SIOPS-veteranene som svarte på spørreskjemaet, har i samme periode vært i kontakt med sosialtjenesten. Dette tallet er så lavt at vi ikke kan gjøre noen videre analyser av erfaringene med sosialtjenesten.

har, vil være mer knyttet til bakgrunnen som veteran enn det andre erfaringer er. Selv om veteraner kan sies å ha sin spesielle bakgrunn fra internasjonal tjeneste, kan de ha til felles med andre grupper som sliter med å komme inn på arbeidsmarkedet, at de opplever at NAV ikke har den kompetansen som skal til for å imøtekomme deres behov. Vi må derfor være varsom med å knytte dårlige erfaringer med NAV til den enkeltes bakgrunn som veteran. Det må også trekkes frem at enkelte informanter hadde mer positive erfaringer med NAV og skrøt av de saksbehandlerne de hadde hatt. Igjen viser dette hvor *personavhengig* den enkeltes erfaringer med offentlige tjenester kan være.

7 Fysisk og psykisk helse

Fysisk og psykisk helse er essensielle levekårsindikatorer. I tillegg til å ha en åpenbar egenverdi er god fysisk og psykisk helse i mange sammenhenger en forutsetning for at den enkelte skal kunne utspille sine evner og ressurser på andre levekårsarenaer, som i skole- og utdanningssystemet og i arbeidslivet. Studier har vist en sammenheng mellom deltakelse i internasjonale operasjoner og psykiske og fysiske helseproblemer i etterkant (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Det er også på det medisinske feltet mye av forskningen på konsekvensene av å delta i internasjonale operasjoner har vært gjennomført. Psykisk og fysisk helse i en mer utvidet betydning, sett i sammenheng med de muligheter, utfordringer og barrierer skadde veteraner står overfor i samfunnet, har i mindre grad vært utforsket. Formålet med dette avsnittet er å kartlegge SIOPS-veteranenes psykiske og fysiske helsetilstand, i hvilken grad de knytter denne til hendelser under tjenesten, hvilke erfaringer de har med ulike hjelpetilbud, samt i hvilken grad vi finner indikasjoner på angst og depresjon i gruppen. På alle punktene vil det bli foretatt sammenligninger med det generelle veteranutvalget.

Systematisk oppfølging over tid nødvendig

Blant SIOPS-veteranene i undersøkelsen er det 15 (18,5 prosent) som vurderer egen helse sånn i alminnelighet som enten meget god eller god. 47 personer (58 prosent) vurderer egen helse som ganske dårlig (30 personer) eller meget dårlig (17 personer). 17 personer vurderer den som verken god eller dårlig. Disse resultatene er i og for seg ikke overraskende i og med at SIOPS-medlemmene er rekruttert fra en organisasjon som spesifikt retter seg mot personer som har psykiske helseproblemer. I kontrast til dette vurderer 86,5 prosent av veteranene i sammenligningsgruppen egen helse som enten meget god (39,1 prosent) eller ganske god (47,4 prosent). Seks av respondentene i sammenligningsgruppen vurderer sin egen helse som ganske dårlig, mens ingen vurderer egen helse som meget dårlig. Dette henger trolig sammen med at det er svært få som blir fysisk skadet i militære operasjoner. I St.meld. nr. 34 (2008–2009) fremheves det for eksempel at forekomsten av psykiske lidelser trolig er lavere i Forsvaret enn i befolkningen for øvrig, fordi Forsvarets personell har vært gjennom en målrettet seleksjon helt siden tidspunktet for sesjon (se også Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Tabell 7.1 viser i hvilken grad SIOPS-veteranene i undersøkelsen opplever at deltakelse i internasjonal operasjon har påført dem psykiske og/eller fysiske helseplager.

Tabell 7.1 SIOPS-veteranenes vurdering av i hvilken grad deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem psykiske og/eller fysiske helseplager. Antall og prosent.

	Psykiske helseplager	Fysiske helseplager
I stor grad*	58 (73,4 %)	24 (32,4 %)
I noen grad	10 (12,7 %)	18 (24,3 %)
I liten grad		14 (18,9 %)
Ikke i det hele tatt	8 (10,1 %)	14 (18,9 %)
Vet ikke	3 (3,8 %)	4 (5,4 %)
Total (N)	79	74

*«I stor grad» slått sammen av «i svært stor grad» og «i ganske stor grad»

68 av de 79 som har svart på spørsmålet (86,1 prosent) er av den oppfatning at tjenesten har påført dem psykiske helseplager. Resultatene speiler at SIOPS er en organisasjon som retter seg mot psykisk skadde veteraner som opplever at de skader de er blitt påført, skyldes hendelser de ble utsatt for under tjenesten. Slik sett er ikke tallene overraskende. Vel så interessant er det at nesten halvparten *også* opplever at de er blitt påført fysiske helseplager som følge av deltakelsen. En del sliter dermed både med fysiske og psykiske helseplager. Når det gjelder sammenhengen mellom fysisk skade og posttraumatiske reaksjoner, hevder for eksempel Koren mfl. (2007) at fysisk skade som oppstår i en ellers traumatisk situasjon, mest sannsynlig gir økt sannsynlighet for å utvikle PTSD.

Blant veteranene som er rekruttert fra den generelle veteranpopulasjonen er det 12,3 prosent som opplever at deltakelse i internasjonal operasjon i en eller annen grad har påført dem psykiske helseplager. Vi mener dette er et viktig resultat, fordi det indikerer at det også blant «veteraner flest» er en forekomst av psykiske helseplager som kan relateres til deltakelse i internasjonale operasjoner. Det er viktig at omfanget av dette blir kartlagt i en bredere levekårsundersøkelse blant veteraner i Norge. Når det gjelder fysiske helseplager, er det kun seks stykker i utvalget som oppgir at tjenesten *i noen grad* har påført dem fysiske helseplager.

Et annet viktig spørsmål som aktualiseres av de funnene vi har gjort så langt i kapittel 7, er spørsmålet om *når* veteranene selv merket endringer i sin fysiske og/eller psykiske helse. Et kjennetegn ved psykiske senskader er at de kan oppstå flere år etter endt tjeneste, og de er ofte kjennetegnet ved en lengre forutgående periode som har vært symptomfri (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Med tanke på overgangen til utdanning og arbeidsliv etter endt tjeneste vil det ha betydning om de merker problemene umiddelbart etter endt tjeneste, eller om de oppstår først når det har gått mange år.

Tabell 7.2 SIOPS-veteranenes svar på når de merket endringer i sin fysiske og/eller psykiske helse. Antall.

	Antall
Under tjenesten	13
Umiddelbart etter endt tjeneste	11
6–12 måneder etter endt tjeneste	8
1–2 år etter endt tjeneste	8
3–5 år etter endt tjeneste	8
6–9 år etter endt tjeneste	10
10 år eller mer etter endt tjeneste	9
Vet ikke	5
Total (N)	72

Om lag halvparten av dem som har svart på dette spørsmålet, merket endringene i sin fysiske og/eller psykiske helsetilstand ett år eller mer etter endt tjeneste. For én av fire tok det seks år eller mer før de merket endringene. Implikasjonen av dette er at kun med en systematisk oppfølging over tid vil Forsvaret og samfunnet bli i stand til å fange opp alle de soldatene som har utviklet eller som kommer til å utvikle psykiske skader som en følge av deltakelsen i internasjonal operasjon. Det fremgår tydelig av tabell 7.2 at det er store individuelle variasjoner i når de merket endringene i helsetilstand. Det gir grunn til å spørre om det bør etableres et oppfølgingsregime som gjør det mulig å holde en jevnlig kontakt over lengre tid med soldater som har vært ute i internasjonal tjeneste, for å kunne overvåke deres psykiske og fysiske helse. Tabellen indikerer at lovendringen som gir rett til psykologisk og psykiatrisk oppfølging fra Forsvaret i inntil ett år etter endt tjeneste, på langt nær vil være tilstrekkelig for å fange opp alle dem som over tid vil være i risikozonen for å utvikle psykiske senskader. Samtidig vil en systematisk oppfølging det første året etter hjemkomst kunne ha en viss forebyggende effekt gjennom å redusere sannsynligheten for at psykiske helseproblemer oppstår på et senere tidspunkt.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen sammen med det informantene fortalte i intervjuene, viser at det ikke er noen «systematikk» i når problemene oppstår. Det kan være helt spesielle situasjoner og triggere som fører til at en veteran plutselig en dag får problemer, og for enkelte vil den utløsende hendelsen kunne inntreffe mange år etter endt internasjonal tjeneste. Informanter som fortalte at det gikk mange år før de merket helseproblemer, forklarte dette med at de klarte å «holde hjulene i gang» når de kom tilbake gjennom å jobbe mye og/eller gjennomføre utdanning. Det å holde et høyt tempo i hverdagen gjennom arbeid og utdanning etter endt internasjonal tjeneste har dermed vært en strategi for enkelte; for noen var for eksempel et valg om å jobbe

ekstremt mye en slags strategi for å holde oppmerksomheten på andre ting enn tiden i internasjonal tjeneste. En annen strategi for å holde vanskelige minner på avstand som flere hadde valgt, var bevisst å unnlate å prate med «sivile» venner om tiden i internasjonal tjeneste.

Kontakt og erfaringer med helsetjenester

SIOPS-veteranene ble spurt om hvilke offentlige tjenester de hadde vært i kontakt med i løpet av de siste tolv månedene. 72 prosent har vært i kontakt med fastlegen. Når det gjelder psykiske helsetjenester, oppgir 21 prosent at de i løpet av de siste tolv måneder har vært i kontakt med kommunalt psykisk helsevern, mens 27,2 prosent har vært i kontakt med et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Enkelte har trolig benyttet begge tilbudene. Den faktiske bruken av de psykiske helsetilbudene er uansett lavere enn behovet i gruppen skulle tilsi; som vi så tidligere i rapporten, opplever blant annet 86 prosent i gruppen at deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem psykiske skader. Det hører med til dette bildet at dersom en pasient med psykisk sykdom er i en «stabil fase», for eksempel når sykdommen har vart over tid, så henlegges ofte kontrollene til primærnivået, herunder fastlegen. Samtidig er det en kjensgjerning at mange veteraner som søker hjelp for sine psykiske problemer, opplever det som vanskelig å få tilgang til psykiske helsetjenester (Thoresen 2006). Når det gjelder de andre helsetjenestene, så oppga eksempelvis 33 personer at de hadde vært i kontakt med sykehus. Dette kan imidlertid skyldes annen sykdom eller skade.

Vi ønsket også å kartlegge i hvilken grad veteranene opplever at de samme offentlige tjenestene har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om deres utfordringer og behov som veteraner. Tabell 7.3 viser svarfordelingene.

Tabell 7.3 SIOPS-veteranenes opplevelse av kunnskapen om veteranenes utfordringer og behov i ulike helsetjenester. Antall og prosent.

	I stor grad*	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Ikke aktuelt/vet ikke	Total
Fastlege	17 (15,7 %)	20 (28,6 %)	19 (27,1 %)	10 (14,3 %)	4 (5,7 %)	70 (100 %)
Kommunal psykiatritjeneste	1 (1,6 %)	8 (12,7 %)	15 (23,8 %)	14 (22,2 %)	25 (39,7 %)	63 (100 %)
Distriktpsykiatrisk senter (DPS)	5 (7,7 %)	5 (7,7 %)	13 (20,0 %)	11 (16,9 %)	31 (47,7 %)	65 (100 %)
Sykehus	2 (3,1 %)	7 (10,9 %)	12 (18,8 %)	14 (21,9 %)	29 (45,3 %)	64 (100 %)

*«I stor grad» slått sammen av «i svært stor grad» og «i ganske stor grad»

Tabell 7.3 viser at mange SIOPS-veteraner ikke har fått helsetjenester. Mange har derfor latt være å svare (missing), og mange har svart ikke aktuelt / vet ikke. Ser vi på dem som har svart, så ser vi at det innenfor de psykiske helsetjenestene er langt vanligere å ha negative enn positive erfaringer. De har opplevd at det innenfor disse tjenestene ikke er god nok kompetanse og forståelse for deres situasjon som veteraner. Resultatene kan tyde på at det psykiatriske helsetilbudet som gis, ikke er godt nok tilpasset behovene til de veteranene som sliter mest med psykiske helseproblemer. Funnene er således i tråd med Sosial- og helsedirektoratets (2006) påpekning av at det sivile helsevesenet har begrenset kompetanse for å kunne følge opp personer som har deltatt i internasjonale operasjoner og opplevd belastende hendelser på en forsvarlig måte.¹¹

Langt flere er fornøyd med den kunnskapen de har blitt møtt med hos fastlegen. Dette bekreftes også av at to av tre (66,7 prosent) av de skadde veteranene i undersøkelsen er helt eller delvis enig i en påstand om at «legen tar meg og mine problemer på alvor». I og med at fastlegene ikke har spesialkompetanse på psykisk sykdom, og fastlegeordningen som helsetjeneste betraktet kan sies å være mer sårbar for individuelle kompetanse- og erfaringsforskjeller mellom leger (se Grønningsæter mfl. 2009), er dette litt overraskende. Samtidig er det i samsvar med studier som har vist at det ofte er fastlegen som fungerer som nærmeste fortrolige når personer har helseproblemer.

Gjennom intervjuene kom det imidlertid frem et mer blandet bilde av de erfaringene som SIOPS-veteranene har gjort seg når det gjelder fastlegen, noe som ikke minst underbygger synet om at dette er en helsetjeneste som er veldig *personavhengig*:

Jeg hadde en fastlege en gang som jeg spurte om kunne henvise meg til psykolog, men legen skjønnte ikke helt hva jeg pratet om. Jeg ble av denne legen ikke henvist til nødvendig spesialist.

Erfaringene med fastlegen er helt blåst. Tror det er en manglende kunnskap. Jeg har ikke møtt noen forståelse for mine problemer hos fastlegen.

Jeg har hatt en fantastisk fastlege, han snakker jeg med om alle mine opplevelser. Han holder jeg på.

Klare indikasjoner på angst og depresjon

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er den medisinske diagnosen som i størst grad forbindes med psykiske skader blant veteraner. Kjennetegnet ved diagnosen er at

¹¹ Sosial- og helsedirektoratet (2006), «Prosjekt traumatisk stress». *Organisering av kompetanse og helsetjenester til psykisk traumatiserte*. Delrapport IV Organisering av helsetjenester til FN/NATO-veteraner. Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet fra Sosial- og helsedirektoratet.

traumatiske opplevelser blir gjenopplevd i såkalte flashbacks i form av påtrengende minner i våken tilstand og tilbakevendende mareritt i sovende tilstand. Depresjon og andre psykiske helseproblemer assosieres også med deltakelse i internasjonale operasjoner (Thoresen 2006). Med dette som utgangspunkt ønsket vi å kartlegge utbredelsen av angst og depresjonslidelser blant SIOPS-veteranene. Dette gjorde vi på bakgrunn av Moum mfl. (1991) sine påstander som måler henholdsvis angst og depresjon.

Tabell 7.4 Indikasjoner på angst og depresjon i SIOPS-utvalget. Antall.

	Hele eller mye av tiden	Noe av tiden	Ikke på noe tidspunkt	Total
1. Følt deg opplagt og hatt overskudd	17	36	25	78
2. Vært glad og tilfreds	18	43	19	80
3. Vært plaget av nervøsitet og indre uro	44	19	13	76
4. Vært redd eller engstelig	35	21	19	75
5. Hatt følelse av hjelpeløshet med tanke på fremtiden	42	17	19	78
6. Vært nedtrykt og tungsindig	36	27	15	78
7. Vært bekymret og urolig	40	26	13	79

Ifølge Moum mfl. (1991) er påstand 3, 4 og 5 indikasjoner på angst, mens påstand 6 og 7 er indikasjoner for depresjon. Tabellen gir klare hentydninger om et høyt problemtrykk blant de SIOPS-veteranene som har svart på undersøkelsen. For alle de fem påstandene som måler henholdsvis angst og depresjon, er det et klart flertall som svarer at de enten hele, mye eller noe av tiden har opplevd de ulike tilstandene. For påstand 3, 4 og 5 (indikasjoner på angst) er andelene henholdsvis 83, 75 og 76 prosent. Blant veteranene i sammenligningsgruppen er de tilsvarende andelene på 28,3, 14,1 og 18 prosent. Vi finner det samme mønsteret når vi ser på indikasjonene for depresjon (påstand 6 og 7); her oppgir henholdsvis 81 og 84 prosent i SIOPS-utvalget at de hele, mye eller noe av tiden har opplevd disse tilstandene, mens dette gjelder for 23 og 31 prosent i sammenligningsgruppen.

I befolkningsutvalget oppgir 20,6 prosent at de er litt eller ganske mye plaget av å være nedtrykt og tungsindig (påstand 6). 21,4 svarer det samme om det å føle seg bekymret eller urolig (påstand 7). Andelen som har indikasjoner på depresjon er dermed noe høyere i det generelle veteranutvalget enn det vi finner i befolkningen for øvrig. Vi mener dette er et resultat som synliggjør behovet for at det gjennomføres en større levekårsstudie blant veteraner generelt i Norge.

Resultatene når det gjelder SIOPS-veteranene er ikke særlig overraskende, gitt organisasjonens formål. Det må også poengteres at påstandene var avgrenset til de siste 14 dagene. Forlenger vi dette tidsperspektivet er det ikke usannsynlig at det er enda flere i utvalget som har kjent på de ulike følelsene.

Vi spurte også respondentene om de har gjort mer eller mindre av ulike typer aktiviteter etter at de kom hjem fra siste internasjonale operasjon. De aktivitetene som ble presentert anses for å være gode indikatorer for en normal deltakelse i samfunnet. For fremstillingens skyld har vi i tabell 7.5 kun tatt med andelen som svarte «uendret» eller «mindre».

Tabell 7.5 Andelen i de to utvalgene som gjør like mye eller mindre av ulike aktiviteter etter endt internasjonal operasjon. Antall og prosent.

	SIOPS		Sammenligningsgruppe	
	Uendret	Mindre	Uendret	Mindre
Å besøke slekt eller venner	17 (21,3 %)	57 (71,3 %)	115 (89,1 %)	10 (7,8 %)
Å klare innkjøp av dagligvarer	37 (46,8 %)	39 (49,4 %)	125 (97,7 %)	1 (0,8 %)
Å delta i fritidsaktiviteter	19 (23,8 %)	58 (72,5 %)	111 (86,7 %)	12 (9,4 %)
Å utføre lettere fysiske aktivitet	21 (26,6 %)	53 (67,1 %)	117 (91,4 %)	6 (4,7 %)
Å delta i foreningsliv	17 (21,5 %)	51 (64,6 %)	105 (82,0 %)	10 (7,8 %)

Tabellen viser at en stor andel av SIOPS-veteranene har gjort mindre av de ulike aktivitetene etter at de kom hjem fra siste operasjon. Spesielt gjelder dette å besøke slekt eller venner og deltakelse i fritidsaktiviteter, der henholdsvis 71,3 og 72,5 prosent sier at dette er noe de har gjort mindre av etter siste internasjonale operasjon. Andelen som har gjort mindre av disse aktivitetene i sammenligningsgruppen, er ubetydelig i forhold – her gjelder det for de fleste aktivitetene at de langt på vei utøves i samme grad som før.

Tallmaterialet gir ikke grunnlag for å konkludere med at SIOPS-medlemmene gjør mindre av disse aktivitetene *på grunn av* de påkjenninger de er blitt påført gjennom den internasjonale tjenesten. Både når det gjelder disse aktivitetene og resultatene for angst og depresjonslidelser, så kan det skyldes en rekke ulike forhold. Dette bekreftes for eksempel av Thoresen (2006) sin studie, som på bakgrunn av ulike sårbarhetsfaktorer som var til stede *før* soldatene deltok i internasjonal operasjon, kunne predikere selvmordsutfall. Veteraner som begikk selvmord, kom oftere fra familier med psykososiale problemer og hadde i større grad opplevd negative livshendelser før deltakelse enn andre veteraner (Thoresen 2006). Denne typen kontroll av bakenforliggende variabler og

deres mulige effekt på de utfallene vi har studert, har ikke vært mulig å gjennomføre med det datamaterialet vi har hatt til rådighet.

Utredning først mange år etterpå

Det er felles for alle informantene i intervjuene at det har gått mange år fra endt tjeneste til de fikk en diagnose eller på annen måte en faglig basert forklaring på hva det er som feiler dem. Dette til tross for at flere av dem merket symptomene nærmest umiddelbart etter endt tjeneste. For noen handler dette om at de gjennom mange år har klart å holde hjulene i gang gjennom å holde høyt trykk i jobb og/eller studier. For andre kan det i større grad forklares med at de rett og slett ikke har fått den nødvendige oppfølgingen av hjelpeapparatet, og dermed ikke er blitt fanget opp på et tidligere tidspunkt. Forkeltelse og fortrenghing ser også ut til å spille en rolle her; det er gjennomgående blant dem vi har intervjuet at de verken overfor seg selv eller andre rundt seg har villet erkjenne at de har hatt problemer. Noen har helt bevisst valgt å ikke snakke om tiden i utenlandstjeneste i det hele tatt: «Jeg skrinla de seks månedene jeg hadde gjennomført, snakket ikke om det. Men en dag, over 20 år senere, butta det fullstendig.» Samtidig sier flere at de i ettertid har skjønt at de *egentlig* ble syke for flere år siden, men at de ikke så – eller ville se – omfanget av problemene på det aktuelle tidspunktet:

Det tok vel en fem år før jeg fikk et navn på det, men allerede etter første operasjon så merket familien at jeg ikke var den samme personen da jeg kom hjem. Jeg burde absolutt ikke fått reist ut flere ganger.

Vanskelig å si når jeg følte meg skadet. Men hadde søvnproblemer for flere år siden. Mange rundt meg så at jeg var forandret allerede da, men først de siste årene at jeg selv har skjønt sammenhengen.

Jeg har følt meg syk siden tidlig 1980-tall. Jeg har fått diagnosen PTSD nå, etter å ha vært utredet over flere år.

Den først som sa til meg at jeg var skadet, var legen min. Han mente jeg hadde klare symptomer, det var på midten av 1980-tallet. Jeg avfeide det lenge. I dag er jeg diagnostisert med PTSD, fikk den for noen år siden.

Utsagnene illustrerer at det i en del tilfeller er snakk om en kombinasjon av faktorer som fører til at det for mange har gått flere år før de er blitt utredet på en forsvarlig måte og fått en «forklaring» på sine problemer, for eksempel i form av en medisinsk diagnose. Ønsket om å leve et normalt liv i Norge gjennom arbeid og utdanning, manglende erkjennelse av egne problemer samt utilstrekkelig oppfølging fra Forsvaret og det sivile helsevesenet ser ut til å være typiske faktorer.

Sammenheng mellom Forsvarets opplæring og egenopplevd helse i ettertid?

Tabell 7.6 viser fordelingen når vi kombinerer spørsmålet om veteranene har opplevd den totale opplæringen gjennom Forsvaret som tilstrekkelig for å mestre de inntrykkene de fikk under tjeneste, med spørsmålet om hvordan de vurderer sin helse sånn i alminnelighet. Svarene fra SIOPS-veteranene og veteranene som er rekruttert fra VPVs registre, er sett på samlet.

Tabell 7.6 Sammenhengen mellom Forsvarets opplæring og egenopplevd helse i ettertid. Antall (N = 209).

	God helse**	Verken god eller dårlig helse	Dårlig helse***	N
Ja, tilstrekkelig*	96	15	13	124
Nei, ikke tilstrekkelig	31	14	40	85

*«Ja, tilstrekkelig» er slått sammen av «i svært stor grad», «i ganske stor grad» og «i noen grad»

**«God helse» er slått sammen av «meget god» og «ganske god»

***«Dårlig helse» er slått sammen av «ganske dårlig» og «meget dårlig»

Tabell 7.6 viser at det blant dem som mener at opplæringen har vært tilstrekkelig, er langt vanligere å definere egen helsetilstand som god. Tilsvarende er det blant dem som er av den oppfatning at opplæringen ikke har vært tilstrekkelig for å mestre de inntrykkene de fikk under tjeneste, vanligere å definere egen helse som dårlig. Resultatene gir grunnlag for å utforske enda grundigere de sammenhenger som trolig eksisterer mellom oppfølging av soldater før, under og etter endt internasjonal tjeneste og deres psykiske helsetilstand i ettertid.

Med utgangspunkt i det totale utvalget har vi også forsøkt å undersøke om det å ha vært i en situasjon med fare for eget og/eller andres liv har betydning for hvordan veteranene vurderer sin egen helse sånn i alminnelighet. Blant dem som *flere ganger* har opplevd fare for sitt eget og/eller andres liv, er det 47,9 prosent som vurderer egen helse som god (meget god eller ganske god). Dette tilsvarer 144 respondenter. 33,3 prosent vurderer egen helse som dårlig (ganske dårlig eller meget dårlig). Ser vi på dem som har opplevd en slik situasjon *én gang*, er andelen som vurderer egen helse som god 85,3 prosent. Og blant dem som *aldri* har opplevd en slik situasjon er det 88 prosent som vurderer egen helse som god

Vi må nok en gang understreke at det ikke har vært mulig for oss å etterprøve de mulige sammenhengene som vi her har skissert, på en statistisk sett robust måte. Det interessante er imidlertid at analysene ganske tydelig indikerer noen sammenhenger. Det kan selvsagt være slik at den mulige effekten av det å ha opplevd situasjoner med fare for eget/andres liv, på helsetilstand opptrer *indirekte* gjennom alkoholmisbruk, søvnmangel og manglende overskudd i hverdagen. Men selv om effektene skulle virke

på denne måten, er det like fullt de bakenforliggende årsakene som er interessante, og her er det flere funn i denne rapporten som tyder på at det å oppleve store påkjenninger under internasjonal tjeneste har betydning for hvordan soldatene klarer seg etter endt tjeneste. Det er også interessant å se den store forskjellen mellom dem som har opplevd slike situasjoner flere ganger, og dem som har gjort det én gang, når det gjelder egen-vurdering av helsetilstand. Fordelingene kan tyde på at det å oppleve en slik hendelse én gang er enklere å bearbeide enn dersom de har opplevd det flere ganger.

Et annet viktig poeng er at dersom soldater blir syke etter deltakelse i internasjonale operasjoner, og dette er opplysninger som Forsvaret har tilgang til, så ekskluderes de fra muligheten til å bli kontaktet igjen med tanke på ny tjeneste. Det er derfor en mulighet for at det forekommer en viss underrapportering fra soldater som har deltatt i internasjonale operasjoner, i og med at en negativ helseutvikling kan få direkte konsekvenser for videre muligheter for internasjonal tjeneste (Ot.prp. nr. 67 (2008–2009)). Soldater som er syke, og som samtidig har lyst til å reise ut på nytt, kan derfor bli fristet til å hemmeligholde egen skade eller sykdom. Konsekvensen blir dermed at de venter for lenge med å si fra, og at det går for lang tid før problemene blir utredet og behandlet. I mellomtiden er det en fare for at flere vil ende opp med å pådra seg lettere kroniske lidelser.

Det å knytte psykiske helseplager til utenlandsoperasjoner er vanligst blant dem som har opplevd flere situasjoner med fare for tap av liv

Tabell 7.6 så ut til å vise en sammenheng mellom den enkeltes vurdering av opplæringen fra Forsvaret i forkant og den egenvurderte helsen i ettertid. Vi skal nå se nærmere på om det er noen sammenheng mellom det å ha opplevd en situasjon med fare for tap av liv underveis i tjenesten, og om veteranene opplever at de gjennom deltakelsen er blitt påført *psykiske helseplager*. SIOPS-veteranene og veteranene i sammenligningsgruppen er sett på samlet.

Tabell 7.7 Sammenhengen mellom det å ha opplevd situasjon med fare for tap av liv, og vurderingen av om tjenesten har påført psykiske helseplager. Antall.

	Ja	Nei	N
Ja, flere ganger	77	59	136
Ja, en gang	4	28	32
Nei, aldri	1	20	21

«Ja» = «i svært stor grad», «i ganske stor grad» og «i noen grad»

«Nei» = «i liten grad» og «ikke i det hele tatt»

Blant dem som flere ganger har opplevd hendelser med fare for eget og/eller andres liv, er 57 prosent av den oppfatning at deltakelsen har påført dem psykiske helsepla-

ger. Blant dem som én gang har opplevd en slik situasjon, mener 28 av 32 at tjenesten *ikke* har påført dem slike plager. Når det gjelder dem som aldri har vært oppe i en slik situasjon, er det kun én veteran av i alt 21 som mener å være påført psykiske helseplager som følge av tjenesten.

Alkohol og andre rusmidler

Den psykiske skade som militært personell først og fremst risikerer gjennom deltakelse i internasjonale militære operasjoner, er posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Som lidelse vil PTSD også kunne innebære økt risiko for at andre sykdommer og helserelevante problemer oppstår. Ifølge Spinazzola mfl. (2005) er alkoholisme en av de sykdommene som oftest opptrer sammen med PTSD. Videre har resultatene så langt i rapporten vist klare indikasjoner på at angst og depresjonslidelser er utbredt blant SIOPS-medlemmene. Samtidig vet vi at angst, depresjon og søvnproblemer kan føre til at personer tyr til alkohol eller medisiner for å oppnå en beroligende effekt. Opplevelsen av ikke å være inkludert på ulike arenaer i samfunnet, som i arbeidslivet og på ulike sosiale arenaer, kan bidra til å forsterke behovet for alkohol. I en studie av svenske veteraner finner Britz og Körner (2009) at alkohol utgjør et særskilt stort problem. De finner at 4 prosent i det utvalget som er undersøkt, har et dokumentert alkoholproblem. I UNIFIL-undersøkelsen fant Aarhaug mfl. (1993) en vesentlig økning i alkoholkonsumet fra før til under tjenesten blant de norske soldatene, og beskrev alkoholkonsumet som et av hovedproblemene i UNIFIL-systemet.

Det problematiske med misbruk av alkohol og andre stoffer er at det bidrar til å svekke både helse og sosial fungeringsevne. Vi ønsket derfor å spørre veteranene i undersøkelsen om deres bruk av alkohol og andre rusmidler og se på eventuelle forskjeller mellom de to utvalgene og i forhold til befolkningen generelt.

Tabell 7.8 I løpet av de siste tolv månedene, hvor ofte har du drukket fem drinker eller mer på en kveld? Prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Ingen ganger	17,3	9,1
1 gang i mnd eller sjeldnere	35,8	52,3
2-3 ganger i måneden	14,8	18,2
1 gang per uke	9,9	9,1
2-3 ganger per uke	14,8	7,6
4-7 ganger per uke	6,2	1,5
Vet ikke / vil ikke svare	1,2	2,3
Total	100 (N = 81)	100 (N = 132)

Spørsmålet i tabellen er hentet fra SSBs levekårsundersøkelse fra 2005, som vårt befolkningsutvalg er trukket fra. Vi regner det å drikke fem drinker eller mer på en kveld to–tre ganger i måneden eller én gang per uke for å ligge innenfor det vi kan beskrive som et normalt drikkemønster. Det å innta en slik alkoholmengde to ganger eller mer per uke indikerer et høyt alkoholforbruk. Drøyt én av fem av SIOPS-medlemmene (21 prosent) har i løpet av de siste tolv månedene drukket fem drinker eller mer på en kveld to ganger eller mer per uke. Tilsvarende andel for sammenligningsgruppen er 9 prosent, mens nivået blant mennene i befolkningsutvalget er på knapt 3 prosent. Det må presiseres at det kan ha funnet sted en viss underrapportering her, i og med at det er snakk om selvrapportert alkoholkonsum. Dette gjelder i alle de tre utvalgene.

Flere informanter fortalte at de har benyttet alkohol for å døyve vonde minner og rett og slett for å få sove:

Det har vært veldig mye sjølmedisinering med alkohol i denne gjengen [SIOPS-medlemmene, red.anm.]. Selv tenker jeg at det er bedre å ta seg en fest enn å ta antidepressivmidler, fordi da vet du hvorfor du har vondt i hodet dagen derpå.

Det er når du havner nedi der at det er fare på ferde, fordi du isolerer deg. Du mister litt kontakt med omverden, og så øker alkoholforbruket. Alkohol er ganske fint mot depresjon, fordi det fjerner fortvilelsen over at du ikke klarer å gjøre noe.

Før drakk jeg normalt, sammen med venner og i sosiale lag, men etter Libanon forandret det seg fullstendig. Det ble fortrekte gardiner, drikking og soving.

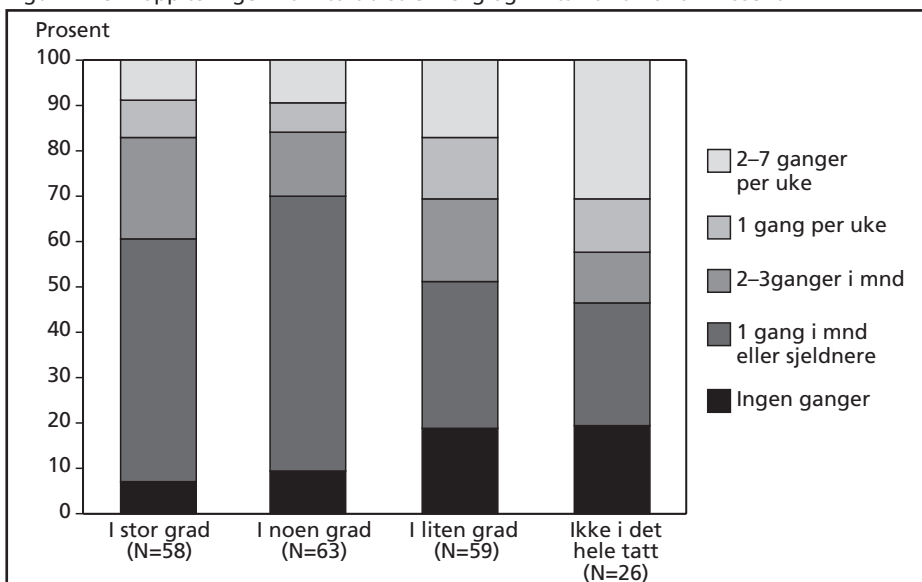
Enkelte informanter kunne også fortelle om en liberal omgang med alkohol mens de var i tjeneste, og at noe av grunnlaget for deres eget drikkemønster i ettertid ble lagt mens de deltok i internasjonal tjeneste:

Mens vi var i tjeneste, var det alkohol som var Forsvarets terapi. Vi ble sendt ut av området dersom vi hadde vært involvert i noe, rett og slett for å drikke oss fulle. Og dette fulgte med deg hjem, alkoholen hjalp deg til å døyve en del av det som kom opp, og fikk deg i seng.

14 dager før hjemreise la obersten ned alkoholforbud, fordi vi ikke skulle se ut som det vi egentlig var.

I figur 7.1 er følgende to variabler kjørt mot hverandre; i hvilken grad vil du si at den totale opplæringen du har fått gjennom Forsvaret har vært tilstrekkelig for å håndtere de inntrykkene du fikk under tjeneste, og hvor ofte har du i løpet av de siste tolv månedene drukket fem drinker eller mer på en kveld. Figuren er basert på begge utvalgene.

Figur 7.1 Om opplæringen har vært tilstrekkelig og inntak av alkohol. Prosent.



* «I stor grad» er slått sammen av «i svært stor grad» og «i ganske stor grad»

Det mest interessante med figur 7.1 er at den viser at den høye bruken av alkohol (fem drinker eller mer på en kveld to–syv ganger i uken) øker når vi beveger oss mot høyre, det vil si mot de veteranene som er minst fornøyd med den opplæringen de fikk. Det er imidlertid vanskelig å utlede noe særlig mer fra figuren. For det første kan det ikke belegges med våre data at utilstrekkelig opplæring er det som har ført til det bruksmønsteret av alkohol som vises i figur 7.1. For det andre vil variasjoner i alkoholinntak i en gruppe kunne forklares med en rekke ulike variabler som vi ikke har hatt mulighet til å inkludere her. Dårlig opplæring og forberedelser gjennom Forsvaret før tjenesten kan være en bakenforliggende årsak til at enkelte har et høyt alkoholforbruk, men samtidig er det mulig å tenke seg mange andre årsaker. Bruken av alkohol vil for eksempel kunne være knyttet til i hvilken grad veteranene har opplevd hendelser med fare for eget og/eller andres liv under tjenesten; som vi så av tabell 7.7, mente 57 prosent av dem som *flere ganger* har opplevd hendelser med fare for eget og/eller andres liv at deltakelsen har påført dem psykiske helseplager.

Ser vi vekk fra årsakssammenhenger, er implikasjonen av tabellen likevel temmelig klar: Blant de SIOPS-veteranene som har besvart spørreskjemaet, er det en relativt stor andel (én av fem) som har et inntak av alkohol som må beskrives som høyt (fem drinker eller mer på en kveld to–syv ganger i uken).

8 Familie, venner og deltakelse i veterangrupper

Sårbare relasjoner til familie og venner

Det å ha familie og venner er grunnleggende for enkeltindividers følelse av trygghet og tilhørighet i hverdagen. For personer som har opplevd dramatiske hendelser i utenlandstjeneste, vil det være ekstra viktig å komme hjem til et nettverk, enten dette består av familie, venner eller mer organiserte møtegrupper. Mangel på sosialt nettverk, sosial tilbaketrekning, separasjon og skilsmisse utgjør betydelige risikofaktorer for at psykiske plager skal oppstå og/eller vedvare etter at den internasjonale tjenesten er avsluttet (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Den trygghet og beskyttelse soldater får gjennom familie, venner og andre nettverk, kan bidra til å dempe de negative helsemessige konsekvensene av å ha opplevd store påkjenninger i tjenesten (se f.eks. Thoresen 2006). Viktigheten av dette ble også bekreftet gjennom intervjuene:

Jeg har egentlig gitt opp denne kampen for mange år siden selv, men barna og vennene er det som holder meg oppe.

Jeg har en fire–fem venner og setter stor pris på disse. De stiller opp og forstår det når jeg har en jævlig dag.

Det å leve sammen med noen virker normsettende.

Tabell 8.1 viser sivilstatusen til veteranene i de to utvalgene. I UNIFIL-undersøkelsen gjennomført av Aarhaug mfl. (1993) var en av konklusjonene at familiesituasjonen kun i liten grad ble påvirket av UNIFIL-tjenesten. Utvalget i denne undersøkelsen var imidlertid langt større enn det vi har hatt til rådighet, og det var heller ikke begrenset til personer som har psykiske belastningsskader som en følge av deltakelsen. Samtidig var gjennomsnittlig observasjonsperiode etter endt tjeneste relativt kort i denne undersøkelsen, nærmere bestemt 6,6 år. I vårt primærutvalg har 81 veteraner i alt gjennomført 133 halvårsverk. Basert på *når* de 133 halvårsverkene ble gjennomført, får vi et gjennomsnitt på 19,1 år, med andre ord en lengre observasjonsperiode enn i UNIFIL-undersøkelsen.

Tabell 8.1 Sivilstatus blant veteranene i de to utvalgene. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Ugift	27 (33,3 %)	32 (24,1 %)
Gift / registrert partner	29 (35,8 %)	86 (64,7 %)
Separert / separert partner	5 (6,2 %)	2 (1,5 %)
Skilt / skilt partner	19 (23,5 %)	11 (8,3 %)
Enke / enkemann / gjenlevende partner		2 (1,5 %)
Total (N)	80	133

Resultatene som gjengis i tabell 8.1, må tas for det de er – en deskriptiv oversikt over sivilstatus i de to utvalgene. Tabellen viser at mens nær to av tre blant veteranene i sammenligningsgruppen var gift på svartidspunktet, gjaldt dette kun én av tre SIOPS-veteraner. Andelen som er gift blant mennene med samme alder i befolkningen generelt, er 59,1 prosent. Vi ser dermed at andelen som er gift / registrert partner, er noe høyere i sammenligningsgruppen enn i befolkningen generelt. Resultatene i tabellen samsvarer således ikke med Thoresen (2006), som fant at veteraner generelt hadde lavere sannsynlighet for å være gift enn den generelle populasjonen av menn. Vi tror imidlertid våre tall kan forklares med tilfeldige utvalgsvariasjoner i og med at utvalgene er relativt små.

Om lag 30 prosent av SIOPS-veteranene var separert eller skilt på undersøkelsestidspunktet, mot knappe 10 prosent i sammenligningsgruppen. Videre viser det seg at 38 prosent av SIOPS-veteranene lever alene i husholdningen, mens 28 prosent lever i en husholdning med to personer. Om lag én av tre lever i en husholdning med tre personer eller flere.

Personer som lever i familie med (som ektefelle eller barn) en person som har opplevd traumatiske hendelser, kan selv risikere å få «overført» og nærmest måtte gjennomgå mareritt, flashbacks og stress, *uten* selv å ha opplevd selve hendelsene. Det er dette som beskrives som *secondary traumatization* (Dekel og Solomon 2007). Familie og ektefeller blir på denne måten ufrivillig en del av de skadde veteranenes traumer. Dette er en beskrivelse som passer godt med det som kom frem i de intervjuene vi gjennomførte: Syv av informantene sier at deltakelsen, i en eller annen grad, har påvirket deres familiesituasjon. Enkelte knytter skilsmisse og samboerbrudd direkte til de plagene de har fått som en følge av påkjenninger under internasjonal tjeneste, mens det for dem som var gift eller samboende på intervjutidspunktet, handlet mer om hvordan de skal få ting til å fungere i sin familie. I begge tilfeller handler det imidlertid om den slitasjen som oppstår innad i en familie når rastløshet, mareritt, søvnvansker og angst blir en del av hverdagen:

Det har hatt betydning for min familiesituasjon. Jeg klarte ikke å etablere noe fast forhold den første tiden etter at jeg kom tilbake.

Hvis jeg har en snittsøvn på fire timer i døgnet, så er det bra. Og når du har en så lav snittsøvn, så har du ikke så forbanna mye overskudd igjen til resten av døgnet.

Jeg er ganske isolert i dag. Jeg har ikke lyst til å være med på noen ting. Samboeren er misfornøyd med det.

58 SIOPS-veteraner svarer at de har noen som står dem nær, som de kan snakke fortrolig med. Av dem som svarte på spørsmålet, tilsvarende dette 71,6 prosent. 21 prosent svarer at de ikke har noen som står dem nær. Blant veteranene i sammenligningsgruppen oppgir 91 prosent at de har noen som står dem nær, mens 6,1 prosent svarer at de ikke har det. I befolkningsutvalget som er matchet på bakgrunn av kjønn og alder, er det i praksis ingen som oppgir at de ikke har noen som står dem nær som de kan prate med, enten i eller utenfor familien.

Viktige veterannettverk

En klar tendens i intervjuene er behovet som uttrykkes for å ha andre veteraner å snakke med, spesielt etter endt tjeneste. Svært få av informantene har valgt å snakke med sivile venner om det de hadde opplevd. I den grad de har delt sine erfaringer med venner, så er det som regel med veteranvenner:

Jeg har ikke pratet med venner om dette. Folk skjønner ikke hva du snakker om, det er en form for fremmedgjøring. Jeg vil gjerne fremstå som et normalt menneske, og en del av de tingene jeg var med på er ikke normalt i dette samfunnet.

Jeg har pratet med kompiser som har vært ute selv, om tjenesten, men det blir liksom ikke at du setter deg ned og gransker kognitivt hva som har skjedd.

Det er ikke så lett for andre å forstå hva jeg har opplevd. Det er vanskelig å finne noen å prate med.

Jeg har ingen venner som jeg har delt opplevelsene med. Har holdt meg langt unna det. Jeg har ikke dyrket det på noen måte, jeg har heller skygget banen.

En informant hadde valgt motsatt strategi:

Jeg er veldig ærlig på det jeg har opplevd. Jeg synes det fungerer veldig bra å være ærlig. Jeg har vært åpen til alle unntatt arbeidsgivere, de trenger ikke vite noen ting.

Den begrunnelsen som går igjen blant informantene når de skal forklare hvorfor de har valgt ikke å være åpne, er at personer som selv ikke har deltatt i internasjonal operasjon, ikke har forutsetninger for å forstå hva de snakker om. Det fremkom også gjennom intervjuene at dette er et spørsmål om verdier og normsett, og hva som anses som akseptabel atferd og handlinger i det norske samfunnet. Flere av informantene var inne på at de hadde vært med på «ting» som de i ettertid har vurdert som uakseptable, men at dette kan skje innenfor en ramme der det utvikles helt egne verdsett og der det skjer en form for normoppløsning. En informant satte ord på det slik: «De verdsettene du har der inne, er ikke parallelle med verdsettene i det sivile samfunn.»

Både når de skulle beskrive hva som var vanskeligst med å komme hjem, og hva som er det viktigste tiltaket Forsvaret kan gjøre for å bedre situasjonen for veteraner, ble det å legge til rette for at man kan treffe likesinnede trukket frem oftest av informantene. Slik sett burde frivillige organisasjoner og nettverk for veteraner spille en viktig rolle i oppfølgingen av veteraner etter endt tjeneste.

Tabell 8.2 Medlemskap i veteranorganisasjoner. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Ja, SIOPS	60 (74,1 %)	4 (3,0 %)
Ja, andre	15 (18,5 %)	25 (18,8 %)
Nei	8 (9,9 %)	99 (74,4 %)
Vil ikke svare	2 (2,5 %)	

I og med at dette er en undersøkelse som primært retter seg mot SIOPS-medlemmene, kan det fremstå som noe merkelig at kun 60 av de 81 i det som vi har beskrevet som SIOPS-utvalget, sier at de er medlemmer av SIOPS. Forklaringen på dette er, som vi beskrev i detalj under punkt 3.1, at spørreskjemaet ble sendt ut til både betalende medlemmer av SIOPS og veteraner som har vært i kontakt med organisasjonen selv om de ikke er registrert som medlemmer. De veteranene i primærutvalget som har svart at de er medlemmer av andre organisasjoner, er mest trolig medlemmer av Warfog og/eller NVIO (Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner).¹² De åtte som svarer at de ikke er medlemmer, er mest sannsynlig personer som har vært i kontakt med SIOPS for å få informasjon og råd. Når det gjelder sammenligningsgruppen, oppgir tre av fire at de ikke er medlem av noen organisasjon eller nettverk.

Over halvparten av veteranene tilknyttet SIOPS beskriver sitt eget utbytte av å delta som bra (meget bra eller ganske bra). I intervjuene kom det frem at dette fremfor alt handler om å ha noen faste møtesteder der man kan prate med likesinnede. Det å ha

¹² For mer informasjon om de to organisasjonene, se henholdsvis <http://www.warfog.org/index.php> og <http://www.nvio.no/>

noen som forstår hva en har vært med på, beskrives som avgjørende for å få til en «god landing» hjemme i Norge, og flere mener dette bør organiseres som et tilbud som er tilgjengelig for den enkelte umiddelbart etter hjemkomst, for å unngå at veteraner isoleres rundt omkring. Dessuten kom det også frem at disse nettverkene har en praktisk nyttefunksjon, fordi de fungerer som arenaer der veteranene kan utveksle erfaringer fra sine møter med tilbud og tjenester i det sivile samfunnet.

Det er en viktig del av dette bildet at SIOPS målt i antall medlemmer er en liten organisasjon. Mange medlemmer virker å kjenne godt til hverandre, og en del medlemmer deltar aktivt i organisasjonens virke. De fleste av dem vi snakket med, identifiserte seg sterkt med organisasjonens målsetninger, og opplevde organisasjonen som et viktig sosialt støttepunkt.

9 På hvilke områder mener veteranene at Forsvarets personell bør bidra til å forbedre oppfølgingstilbudet?

I kapittel 5 så vi at det eksisterer en klar ubalanse mellom behovet for ulike hjelpetilbud og den faktiske bruk av de samme tilbudene. En viktig forklaring på denne ubalansen, som også kom frem, er at mange av veteranene ikke har fått tilbud om de ulike tjenestene. Vi har spurt informantene om på hvilke områder de mener det er størst behov for at Forsvarets personell styrker innsatsen for å gi et godt tilbud til veteraner etter endt internasjonal tjeneste. Spørsmålet hadde forhåndsdefinerte svaralternativer, og respondentene kunne sette inntil tre kryss. Tabell 9.1 viser svarfordelingen.

Tabell 9.1 Synspunkter på hvilke områder veteranene mener det er størst behov for at Forsvaret styrker innsatsen for å gi et godt tilbud til veteraner. Antall og prosent.

	SIOPS	Sammenligningsgruppe
Fysiske helseundersøkelser	21 (25,9 %)	31 (23,3 %)
Psykiske helseundersøkelser	56 (69,1 %)	85 (63,9 %)
Forsvarets Sanitet Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	19 (23,5 %)	14 (10,5 %)
Forsvarets veteranadministrasjon	16 (19,8 %)	27 (20,3 %)
Kompetansen i kommunehelsetjenesten	27 (33,3 %)	27 (20,3 %)
Kompetansen i spesialisthelsetjeneste, herunder ved sykehusene	34 (42,0 %)	20 (15,0 %)
Veiledning og informasjon om rettigheter	33 (40,7 %)	60 (45,1 %)
Veteran- og pårørendeorganisasjoner	33 (40,7 %)	44 (33,1 %)

I begge utvalg er det desidert flest som mener at det er på området psykiske helse-tjenester at Forsvaret bør bidra til en styrking. Slik spørsmålet er stilt, gjelder dette både Forsvarets egen oppfølging, men også kompetansen i det sivile helsevesenet. 42 prosent i SIOPS-utvalget mener at det viktigste tiltaket er at Forsvarets personell må bidra til å

styrke kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Vi synes det er interessant at andelen som mener psykiske helseundersøkelser er viktigst, nesten er like stor i sammenligningsgruppen som blant SIOPS-veteranene. En mulig forklaring på dette er at veteraner som selv ikke er skadet, kan kjenne til andre veteraner med psykiske helseproblemer. Gjennom dette har de fått innsikt i hvor viktig et tilbud om psykisk helseundersøkelse er for en del veteraner. Det kan også være et utslag av den økte politiske oppmerksomheten som den siste tiden er blitt satt på veteranenes situasjon i Norge.

Svarfordelingen i tabell 9.1 må ses i sammenheng med at de to utvalgene i ulik grad har erfaring med de forskjellige tjenestene. Dette kommer klart uttrykk når det gjelder kompetansen i spesialisthelsetjenesten ved sykehusene. Det at en langt større andel SIOPS-medlemmer enn veteraner fra sammenligningsgruppen mener at dette er et område som må styrkes, skyldes trolig at bistandsbehovet, i lys av omfanget av psykiske helseproblemer, er større i førstnevnte gruppe. Det kan også skyldes at flere i denne gruppen faktisk har mottatt bistand fra spesialisthelsetjenesten og sett at denne ikke har vært tilstrekkelig for å møte deres problemer.

Et annet interessant funn er at det er Forsvarets egne tilbud, herunder Nasjonal militærmedisinsk Poliklinikk (NMP) og Forsvarets veteranadministrasjon, som færrest mener bør styrkes. Dette kan tolkes på flere måter. På den ene side kan det være et uttrykk for at en del mener at disse tilbudene fungerer greit i dag. Samtidig kan det speile resultatene fra tidligere i rapporten, som viste at det var en relativt lav andel blant SIOPS-veteranene som hadde fått tilbud om oppfølging gjennom NMP. Når veteranene ikke vet hva et tilbud faktisk innebærer, er det heller ikke mulig å svare fornuftig på om det bør styrkes. En tredje mulighet er at mange er av den oppfatning at det er andre områder som det er langt viktigere at Forsvaret satser på for å forbedre det oppfølgingstilbudet som veteraner gis. Ifølge tabell 9.1 dreier dette seg om psykiske helseundersøkelser, økt kompetanse i spesialisthelsetjenesten og bedre veiledning og informasjon om rettigheter.

På spørsmålet om det er noe tilbud for hjemvendte soldater informantene har savnet, var det tilbud om og rutiner for oppfølging som gikk igjen hyppigst i svarene. For de fleste handlet dette om at Forsvaret bør ha et mye større ansvar for å følge opp soldater etter hjemkomst, og gjerne over flere år:

Det bør være en skikkelig screeningrunde med en gang du kommer hjem, og når Forsvaret finner ut at folk sliter, så må det følges opp.

Debriefing er det klart viktigste tiltaket, man må samle den gjengen som var ute, og prate ut, sammen med en psykolog som kan lytte og forstå. Men ett år er ikke nok. Det kan gå fem–ti år før man blir syk.

Det burde vært mye tettere oppfølging. Forsvaret burde holde avdelingene samlet minimum seks måneder etter dimittering og fortsette å trene. Det ville gjort det mye enklere å avdekke ting.

Enkelte innspill knyttet til Forsvarets rolle og samspillet mellom Forsvaret og det sivile samfunn hadde en mer overgripende karakter:

Det må være en bevisst politikk i Forsvaret om at disse menneskene som er inne, bare er på lån. De skal leveres tilbake til samfunnet. Forsvaret mottar i og for seg en bestilling fra det sivile samfunn. Det er tilbakeføringen, og det sivile samfunnets evne til å ta vare på soldatene, som er det avgjørende.

Jeg mener det er Forsvaret som har hovedansvaret i den første tiden etter at folk kommer hjem, til de er trygt forvart i det sivile samfunnet.

10 Oppsummering og anbefalinger

Hovedformålet med denne pilotstudien har vært å kartlegge levekår blant veteraner som har ervervet skade på bakgrunn av deltakelse i internasjonale operasjoner. Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse i to grupper med veteraner. Primærutvalget for undersøkelsen var SIOPS sine medlemmer. Det ble også etablert en sammenligningsgruppe bestående av veteraner trukket ut fra VPVs personell databaser. Dette utvalget ble dermed trukket ut fra den generelle populasjonen av veteraner. I tillegg til spørreskjemaundersøkelsen ble det gjennomført elleve kvalitative intervjuer med SIOPS-veteraner. Samlet sett viser funnene at det er betydelige levekårsutfordringer blant de SIOPS-veteranene som har deltatt i undersøkelsen. De har gjennomgående lavere inntekt, er oftere uføretrygdet, har dårligere helse og vurderer egen arbeidsevne som langt dårligere enn tilfellet er for veteranene generelt. Funnene gir klare holdepunkter for å hevde at det er en opphopning av levekårsproblemer blant SIOPS-veteranene.

En annen viktig målsetning med denne pilotstudien har vært å generere relevante perspektiver og problemstillinger som bør følges opp i en bredere levekårsstudie blant norske veteraner. Vi mener studien har synliggjort at det er et behov for å gjennomføre en mer omfattende levekårsundersøkelse blant veteraner, som inkluderer både skadde veteraner og veteraner som ikke er skadet. Ikke minst «tvinges» dette frem av det faktum at Norge i dag sender soldater ut for å delta i krevende internasjonale operasjoner, og kommer til å fortsette med det i fremtiden. Vi håper og tror at denne pilotstudien kan fungere som et faglig og metodisk forarbeid og en premissleverandør til en mer omfattende levekårsundersøkelse i fremtiden.

På bakgrunn av hovedfunnene i rapporten vil vi komme med noen anbefalinger til hva som kan gjøres for å legge til rette for en bedre oppfølging og ivaretagelse av veteraner etter endt tjeneste. Anbefalingene er i utgangspunktet ment å omfatte veteraner som har psykiske helseproblemer, men de kan også ha relevans for andre veteraner.

Behov for en systematisk oppfølging over lengre tid

Denne studien viser at skadde veteraners deltakelse i internasjonale operasjoner har vært preget av manglende oppfølging både når det gjelder forberedelser i forkant og oppfølging underveis i tjenesten og i etterkant. Samtidig viser studien at behovet for opplæring og oppfølging har vært stort. 90 prosent av SIOPS-medlemmene i undersøkelsen svarer at de har opplevd å være i en situasjon med fare for eget og/eller andres

liv. Mer enn noe annet viser dette tallet at forberedelsene og opplæringen for denne gruppen ikke har vært i samsvar med de alvorlige hendelsene de faktisk har opplevd under tjenesten.

Det er store forskjeller når det gjelder behovet for og bruken av ulike oppfølgings-tilbud blant de skadde veteranene både underveis og etter endt tjeneste. En indikasjon på dette er følgende: Mens 86 prosent mener at deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem psykiske helseplager, oppgir 21 prosent at de i løpet av de siste tolv måneder har vært i kontakt med kommunalt psykisk helsevern. 27,2 prosent har vært i kontakt med et distriktspsykiatrisk senter (DPS) de siste tolv måneder. På det mer menneskelige og relasjonelle planet har overgangen fra fellesskap, samhold og struktur i hverdagen ute i internasjonal tjeneste til forventninger om å være selvhjulpen fra dag én hjemme i Norge av flere blitt trukket frem som det vanskeligste med å komme tilbake til Norge etter avsluttet tjeneste.

Alt i alt mener vi studien aktualiserer behovet for en styrket og mer systematisk oppfølging av veteraner i alle faser av utenlandstjenesten. Dette er spesielt viktig for å kunne avdekke dem som har utviklet eller kommer til å utvikle psykiske helseproblemer i ettertid. Som vi har sett, oppga over halvparten av SIOPS-veteranene i denne undersøkelsen at de merket endringer i sin psykiske og/eller fysiske helse ett år eller mer etter endt tjeneste. For én av fire tok det hele seks år eller mer før de merket endringene. Dette betyr at Forsvaret og den sivile helsetjenesten bare med en systematisk oppfølging over tid vil være i stand til å fange opp alle de soldatene som kommer til å få psykiske helseproblemer. Samtidig vil ikke Forsvaret eller det sivile samfunn alene kunne ha ansvaret for et oppfølgingsregime som skal dekke ulike typer behov – det må gjennomføres i et samspill mellom Forsvaret og det sivile samfunn. Den viktigste grunnen til det er at mens noen veteraner får psykiske helseproblemer mens de er i tjeneste, kan det for andre skje mange år etter at de er blitt «overført» til det sivile samfunnet. God kunnskap og forståelse i ulike deler av samfunnet blir dermed en nøkkel for å få til en oppfølging som gjør det mulig å gi alle som trenger det, et tilbud.

Kunnskap om skadde veteraners utfordringer, behov og muligheter må styrkes

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) fremheves det at det er nødvendig med en helhetlig tilnærming til ivaretagelsen av personell som har deltatt i internasjonale operasjoner, blant annet gjennom et samarbeid på tvers av sektorer. Funn som er presentert i denne rapporten, støtter helt klart opp om dette synet. Det vi tidligere har referert til som en opphopning av levekårsutfordringer blant de skadde veteranene, innebærer også at de ofte har et sammensatt hjelpebehov som krever koordinering og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile hjelpeapparatet og på tvers av utdanningssektoren, arbeidslivet, NAV og helsevesenet, både ved primærhelsetjenesten i kommunene og ulike spesialist-

helsetjenester. Våre funn antyder at det trengs økt kompetanse i de ulike delene av samfunnet, men også at koordineringen mellom dem må bli bedre. Kun på den måten kan skadde veteraner som har opplevd manglende forståelse og kompetanse, bli møtt på en bedre måte i fremtiden.

SIOPS-medlemmene har i stor grad negative erfaringer med psykiske helsetjenester. Dette er knyttet til den manglende forståelse og kompetanse de opplever å ha blitt møtt med. Undersøkelsene vi har gjennomført, tyder på at det psykiske helsetilbudet som gis, ikke er godt nok tilpasset behovene til de veteraner som sliter mest med psykiske senskader. Thoresen (2006:59) hevder at det er et behov for økt overføring av ekspertise fra det militære systemet til det sivile helsevesenet, for å styrke kunnskapen om hvilke behandlingsbehov skadde veteraner har. Resultatene i denne undersøkelsen underbygger dette: På spørsmålet om hvilke områder veteranene mener at Forsvarets personell bør bidra for å styrke tilbudet til veteraner, var det klart flest som mente at det var på området psykiske helsetjenester. 42 prosent av SIOPS-veteranene mente at det viktigste bidraget Forsvarets personell kan gi, er at de bidrar til å styrke kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Vi mener alle disse funnene understreker viktigheten av at det i fremtiden skjer en systematisk kompetanseoverføring fra Forsvaret til sivile helsetjenester for å bidra til at veteranene blir møtt med den riktige kompetansen og forståelsen. Kompetanseoverføringen bør imidlertid gå begge veier – også Forsvaret bør tilegne seg inngående kunnskap om hvilke tilbud og muligheter som finnes for veteraner ute i det sivile samfunn, for å kunne legge til rette for en mest mulig helhetlig og koordinert oppfølging av veteraner.

Sats på veteranorganisasjonene og familiene

Et viktig funn i denne undersøkelsen er at det tilbudet som det ser ut som å være størst behov for ved hjemkomst, er det å ha andre veteraner å prate med. Veteranene har behov for å ha noen å prate med som forstår hva det innebærer å delta i internasjonale operasjoner, og som har opplevd mye av det samme. Over halvparten av dem som er medlemmer i en eller flere veteranorganisasjoner, beskriver sitt eget utbytte av å delta som bra (meget bra eller ganske bra). Den praktiske nyttefunksjonen av slike møteplasser skal heller ikke undervurderes. Det er arenaer der veteranene kan utveksle tips og råd om de muligheter som finnes for eksempel i skole- og utdanningssystemet og i arbeidslivet.

Det er viktig å presisere at veteranorganisasjoner og støttegrupper ikke er i stand til eller har tilstrekkelig med ressurser til å «overta» Forsvarets oppfølgingsansvar overfor veteraner som er skadet. De kan heller ikke erstatte den bistand som skadde veteraner har rett på fra ulike helsetjenester. De kan imidlertid bidra til å fylle det behovet for informasjon, rådgivning, kameratstøtte og sosialt nettverk som vi har identifisert i denne undersøkelsen, og som Forsvaret og det sivile helsevesenet ikke vil være i stand

til å ivareta på samme måte. Veterannettverkene utgjør et viktig tilbud for veteraner som trenger støtte og noen å prate med, og det tilbudet organisasjonene gir, må ses som en del av den samlede oppfølgingen som veteraner gis.

Som vi har vist til tidligere i rapporten, kan det å ha trygge relasjoner hjemme, i form av familie, venner og andre sosiale nettverk, bidra til å dempe de negative virkningene av påkjenninger som veteraner har opplevd under tjeneste. Mens om lag to av tre i sammenligningsgruppen var gift på svartidspunktet, gjaldt dette én av tre skadde veteraner. Videre var cirka 30 prosent av de skadde veteranene separert eller skilt. Gjennom intervjuene erfarte vi at de aller fleste informantene knyttet egne ekteskapsproblemer eller samboerbrudd til situasjoner de opplevde mens de var i utenlandstjeneste. Vi mener derfor det er viktig å styrke familienes evne og muligheter til å ta vare på veteranene når de kommer hjem. Dette handler både om informasjon og muligheten til å treffe andre veteraner og/eller pårørende.

Referanser

- Aarhaug, P., L. Weisæth, L. Mehlum og S. Larsen (1993), *UNIFIL-undersøkelsen 1991–1992. Rapport del 1. Resultater og anbefalinger*. Oslo: Forsvarets Sanitet
- Britz, J. og C. Körner (2009), *En oppfølging av rekrutteringsutfallet ved internasjonella insatser*. Presentasjon lastet ned fra: http://www.mil.se/upload/dokumentfiler/Nyhets_dokument/Presentation_US_Rekrytutfall_090213.pdf
- Dekel, R. and Z. Solomon (2007), «Secondary Traumatization Among Wives of War Veterans with PTSD». In C.R. Figley og W. P. Nash (2007), *Combat Stress Injury. Theory, Research, and Management*. New York: Routledge, pp. 137–157
- Fløtten, T., S. Torp, H. Kavli, R. Nielsen, J. Syse, A.B. Grønningsæter og K. Gustavsen (2008), *Kreftrammedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte*. Oslo: Fafo-rapport 2008:47
- Friestad, C. og I.L.S. Hansen (2004), *Levekår blant innsatte*. Oslo: Fafo-rapport 429
- Fyhn, A.B. og E. Dahl (2000), *Mot tredje generasjons levekårsforskning: livsløp, inntekt og levekår*. Oslo: Fafo-notat 2000:1
- Grønningsæter, A.B., R. Mandal, B.R. Nuland og H. Haug (2009), *Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009*. Oslo: Fafo-rapport 2009:13
- Koren, D., Y. Hilel, N. Idar, D. Hemel and E.M. Klein (2007), “Combat Stress Management: The Interplay Between Combat, Physical Injury, and Psychological Trauma”. In C.R. Figley og W.P. Nash, *Combat Stress Injury. Theory, Research, and Management*. New York: Routledge
- Moum, T., red. (1991), *Helse i Norge: Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Oslo: Gyldendal
- Nash, W.P. (2007), *The Stressors of War*. I: C.R. Figley and W.P. Nash, *Combat Stress Injury. Theory, Research, and Management*. New York: Routledge
- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012
- Nordsamfn (1993), *Nordic UN Stand-By Forces*. Fourth edition. Helsingfors

- NOU 2009:10 (2009), *Fordelingsutvalget*. Oslo: Finansdepartementet
- Office of the Surgeon Multinational Force-Iraq and Office of the Surgeon General United States Army Medical Command (2006), *Fourth Report of the Mental Health Advisory Team (MHAT-IV)*
- Ot.prp. nr. 67 (2008–2009), *Om lov om endring i lov av 2. juli 2004 nr. 59 om personell i Forsvaret (styrking av rettighetene til veteraner etter internasjonale operasjoner)*. Oslo: Forsvarsdepartementet
- Ringdal, K. (2001), *Enhet og mangfold*. Oslo: Fagbokforlaget
- Sosial- og helsedirektoratet (2006), «*Prosjekt traumatisk stress*». *Organisering av kompetanse og helsetjenester til psykisk traumatiserte*. Delrapport IV Organisering av helsetjenester til FN/NATO-veteraner. Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet fra Sosial- og helsedirektoratet
- Spinazzola, J., M. Blaustein and B.A. van der Kolk (2005), «Posttraumatic Stress Disorder Treatment Outcome Research: The Study of Unrepresentative Samples?» *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005, pp. 425–436
- St.meld. nr. 34 (2008–2009)), «*Fra vernepliktig til veteran*». *Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*. Oslo: Forsvarsdepartementet
- St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Forsvarsdepartementet
- St.prp. nr. 48 (2007–2008), *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*. Oslo: Forsvarsdepartementet
- Thoresen, S. (2006), *Suicide in peacekeepers. A study of risk factors for suicide in Norwegian veterans of international military operations*. Oslo: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo
- van der Kolk, B.A., O. van der Hart and J. Burbridge (1994), “Approaches to the Treatment of PTSD”. In S. Hobfoll and M. de Vries, red., *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. NATO Asi Series. Series D, Behavioural and Social Sciences, Vol 80. Norwell, MA: Kluwer Academic
- Williamson, V. and E. Mulhall (2009), *Careers After Combat. Employment and Education Challenges for Iraq and Afghanistan Veterans*. Issue Report, January 2009. New York: IAVA

Vedlegg 1 Historisk oversikt over norske styrkebidrag i internasjonale operasjoner

Forkortelse	Operasjon, navn og sted	Deltagelse	Antall
UNSCOB	UN Special Commission on Balcans, Hellas	1947	1
UNTSO	UN Truce Supervision Organization Midt-Østen	1956	575
UNMOGIP	UN Military Observer Group in India and Pakistan	1949-1994	140
NORMASH	Norwegian Mobile Surgical Hospital Korea	1951-1954	623
UNEF I	First UN Emergency Force, Gaza	1956-1967	10989
UNOGIL	UN Observation Group in Lebanon	1958	54
ONUC	Operation des Nations Unies au Congo/UN Operation in the Congo	1961-1964	623
UNYOM	UN Yemen Observation Mission	1963-1964	7
UNIPOM	UN India-Pakistan Observation Mission	1965-1966	2
UNIFIL	UN Interim Force in Lebanon	1978-1999	34166
MFO	Multination Force and Observer in Sinai	1982-	77
UNIMOG	UN Iran-Iraq Military Observer Group	1988-1991	35
UNAEM I-II-III	UN Angola Verification Mission I	1988-1997	2
GULF WAR	Desert Shield/Desert Storm Persian Gulf	1991-1992	350
UNIKOM	UN Iraq-Kuwait Observation Mission	1991-1994	169
ONUSAL	UN Observer mission in El Salvador	1992-1993	1
UNPROFOR	UN Protection Force	1992-1996	4401
UNUSOM I-II	UN Operation in Somalia	1991-1993	260
UNPF	UN Peace Forces, Former Yugoslavia	1995-1996	162
UNPREDEP	UN Preventive Deployment Force, FYR of Macedonia	1995-1996	808
IFOR	NATO/Pfp Implementation Force Bosnia and Croatia	1995-1996	1777
UNTAES	UN Transitional Administration for Eastern Slovanien, Baranja and Western Sirmium	1996-1998	16
UNMOP	UN Mission of Observers in Prevlaka	1996	5
UNMIBH	UN Mission in Bosnia and Herzegovina	1996	4
SFOR	NATO/Pfp Stabilisation Force, Bosnia and Herzegovina	1996	3650
MINUGUA	UN Verification Mission in Guatemala	1997	3
OSCE	OSCE Mission to Bosnia and Herzegovina	1997-2000	5
MONUA	UN Observer Mission in Angola	1997-1999	8
OSCE	OSCE Mission in Kosovo	1998-1999	5
ALLIED FORCES	NATO Air Operation Agency FRY	1999	250
AFOR	NATO/Pfp Albanian Force	1999	10
KFOR	NATO/Pfp KosovoForce	1999	2500
UNMIK	UN Mission in Kosovo	1999	3
UNAMSIL	UN Mission in Sierra Leone	1999-2000	5
INTERFET	International Force in East Timor	1999	6
UNTAET	UN Transitional Administration in East Timor	1999	12
UNMEE	UN Mission in Etiophia and Eritrea	2000	5
MONUC	UN Organization mission in the Democratic Republic of the Congo	2001	5

I tillegg kommer			
NORENGUNIT	Afghanistan (NORTF Kont 1 - Norwegian Task Force)	2001	16
NORMOVCON	Afghanistan (NORTF Kont 1 - Norwegian Task Force)	2001	10
NCC	Afghanistan (NORTF Kont 1 - Norwegian Task Force)	2001	4
+ trsp. støtte luft	Kirgizstan	2001	ca.80

Kilde: <http://www.mil.no/intops/start/historie/>

Vedlegg 2 Spørreskjema

Undersøkelse om levekår blant personer som har deltatt i internasjonale operasjoner.

Project	87628
Schema ID	

Merk av svar på spørsmålene ved å sette et kryss i ruten til høyre for eller rett under svaralternativene som passer. Alle opplysninger som du oppgir i undersøkelsen blir selvsagt behandlet strengt konfidensielt.

Først vil vi gjerne vite litt om bakgrunnen din

1 Kjønn
KUN ETT KRYSS

Mann 1
Kvinne 2

2 Hva er din alder?
Antall år:

3 Hva er din sivilstatus? Er du...
KUN ETT KRYSS

Ugift 1
Gift / registrert partner 2
Enke / enkemann / gjenlevende partner 3
Separert / separert partner 4
Skilt / skilt partner 5
Vil ikke svare 6
Vet ikke 7

4 Hva er din høyeste fullførte utdanning?
Hvis du har utdanning fra utlandet bør vi deg om å svare det du synes passer best med den utdanningen du har.
KUN ETT KRYSS

Har ikke fullført grunnskole 1
Grunnskole (folkeskole/framhaldsskole, realskole/ungdomsskole) (1-10 år) 2
Videregående skole/gymnas (11-13 år) 3
Universitet eller høyskole 1-4 år (14-17 år) 4
Universitet eller høyskole, mer enn 4 år (mer enn 17 år) 5

5 Hvordan har du bodd de siste 12 månedene?
FLERE KRYSS MULIG

I leilighet eller enebolig som du/dere eier selv 01.
I leilighet eller enebolig som du leier av andre 02.
I tjenestebolig, forpakterbolig, vaktmesterbolig eller lignende 03.
I trygdebolig, servicebolig eller lignende 04.
På hospits eller hybelhus 05.
Hos venner 06.
Hos kjæreste 07.
Hos foreldre 08.
Hos annen familie 09.
Annet 10.

Vi vil nå stille deg en del spørsmål om din deltakelse i internasjonal(e) operasjon(er).

6 I hvilken periode tjenestegjorde du i internasjonal(e) operasjon(er)?
FLERE KRYSS MULIG

1960-1969 1.
1970-1979 2.
1980-1989 3.
1990-1999 4.
2000- 5.

7 Hvor har du tjenestegjort i internasjonal(e) operasjon(er)?
FLERE KRYSS MULIG

Asia 1.
Afrika 2.
Balkan 3.
Midtøsten 4.

8 Har du tjenestegjort som befal eller ikke-befal i internasjonal(e) operasjon(er)?
Dersom du har tjenestegjort både som befal og ikke-befal svarer du "både/og"
KUN ETT KRYSS

Befal 1
Ikke-befal 2
Både som befal og ikke-befal 3

9 Har din hovedtjenestestilling (oppgaver) under internasjonal operasjon vært i eller utenfor leir?
Dersom du har hatt hovedtjenestestilling både i og utenfor leir svarer du "både/og"
KUN ETT KRYSS

I leir 1
Utenfor leir 2
Både i og utenfor leir 3

Vi ønsker her å vite litt mer om hvilken oppfølging du har fått gjennom Forsvaret. Vi er interessert i oppfølgingen du fikk både før, underveis og etter endt internasjonal operasjon.

10 Hva slags opplæring utover førstegangstjenesten har du fått for å være forberedt på deltakelsen i internasjonal operasjon?
FLERE KRYSS MULIG

Minekurs 1.
 Opplæring om hvordan du skulle forholde deg dersom andre ble skadet 2.
 Opplæring om hvordan du skulle forholde deg dersom du selv ble skadet 3.
 Opplæring om hvordan du skulle bearbeide sterke inntrykk 4.
 Opplæring om kulturelle forhold i det landet / den regionen du skulle til 5.
 Annen opplæring 6.
 Vet ikke 7.
 Fikk ingen opplæring 8.

11 I hvilken grad vil du si at den totale opplæringen du har fått gjennom Forsvaret har vært tilstrekkelig for å håndtere de inntrykkene du fikk under tjeneste?
KUN ETT KRYSS

I svært stor grad 1
 I ganske stor grad 2
 I noen grad 3
 I liten grad 4
 Ikke i det hele tatt 5
 Vet ikke 6

12 Har du under din tjeneste internasjonalt opplevd en situasjon der det var fare for ditt eget og/eller andres liv?
KUN ETT KRYSS

Ja, flere ganger 1
 Ja, en gang 2
 Nei, aldri (⇒ 14) 3
 Vet ikke (⇒ 14) 4

SPM. 13 BESVARES HVIS DU HAR SVART JA I SPM. 12

13 I hvor stor grad benyttet du følgende oppfølging under tjeneste i etterkant av situasjonen der det var fare for ditt og/eller andres liv?
Hvis du opplevde dette flere ganger ber vi deg svare for den situasjonen du opplevde som mest vanskelig
KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	Benyttet i stor grad	Benyttet i noen grad	Benyttet i liten grad	Ikke benyttet, men har fått tilbud	Ikke benyttet, og har ikke fått noe tilbud	Vet ikke
	1	2	3	4	5	6
• Organisert debrief med medsoldater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samtale med overordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fysisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psykisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tilbud om samtale med psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Veiledning og informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samtale med prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forsvarets stressmestringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annen oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi vil nå stille deg noen spørsmål om hvilke behov du har hatt for ulike typer oppfølging, og hvilke typer oppfølging du har benyttet deg av.

14 Hvor stort behov hadde du for følgende typer oppfølging underveis i den siste internasjonale operasjonen du deltok i?

KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	Har ikke hatt behov	Har hatt noe behov	Har hatt stort behov	Vet ikke	
	1	2	3	4	
• Organisert debrief med medsoldater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Samtale med overordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Fysisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• Psykisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• Medisinsk oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
• Tilbud om samtale med psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
• Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
• Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
• Selvhjelpsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
• Veiledning og informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
• Samtale med prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
• Forsvarets stressmestringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
• Annen oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13

15 I hvor stor grad benyttet du deg av følgende typer oppfølging underveis i den siste internasjonale operasjonen du deltok i?

KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	Benyttet i stor grad	Benyttet i noen grad	Benyttet i liten grad	Ikke benyttet, men har fått tilbud	Ikke benyttet, og har ikke fått noe tilbud	Vet ikke	
	1	2	3	4	5	6	
• Organisert debrief med medsoldater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Samtale med overordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Fysisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• Psykisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• Medisinsk oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
• Tilbud om samtale med psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
• Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
• Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
• Selvhjelpsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
• Veiledning og informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
• Samtale med prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
• Forsvarets stressmestringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
• Annen oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13

16 Hvor stort behov har du hatt for følgende typer oppfølging etter at du kom hjem fra siste internasjonale operasjon?
 KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	Har ikke hatt behov	Har hatt noe behov	Har hatt stort behov	Vet ikke
	1	2	3	4
• Organisert debrief med medsoldater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samtale med overordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fysisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psykisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medisinsk oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tilbud om samtale med psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Selvhjelpsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Veiledning og informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samtale med prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forsvarets stressmestringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annen oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 I hvor stor grad har du benyttet deg av følgende typer oppfølging etter at du kom hjem fra siste internasjonale operasjon?
 KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	Benyttet i stor grad	Benyttet i noen grad	Benyttet i liten grad	Ikke benyttet, men har fått tilbud	Ikke benyttet, og har ikke fått noe tilbud	Vet ikke
	1	2	3	4	5	6
• Organisert debrief med medsoldater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samtale med overordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fysisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psykisk helseundersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medisinsk oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tilbud om samtale med psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bistand fra Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Selvhjelpsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Veiledning og informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samtale med prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forsvarets stressmestringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annen oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du totalt sett med den oppfølgingen du har fått fra Forsvarets personell etter endt internasjonal tjeneste?
 KUN ETT KRYSS

Meget fornøyd	<input type="checkbox"/>
Ganske fornøyd	<input type="checkbox"/>
Verken fornøyd eller misfornøyd	<input type="checkbox"/>
Ganske misfornøyd	<input type="checkbox"/>
Meget misfornøyd	<input type="checkbox"/>
Vet ikke	<input type="checkbox"/>
Har ikke fått noe oppfølging	<input type="checkbox"/>

19 På hvilke områder mener du det er størst behov for at Forsvarets personell bidrar til å styrke tilbudet for å gi et godt tilbud til veteraner etter endt internasjonal tjeneste?

SETT INN TIL TRE KRYSS

Fysiske helseundersøkelser	<input type="checkbox"/>	01.
Psykiske helseundersøkelser	<input type="checkbox"/>	02.
Forsvarets Sanitet Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)	<input type="checkbox"/>	03.
Forsvarets veteranadministrasjon	<input type="checkbox"/>	04.
Kompetansen i kommunehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	05.
Kompetansen i spesialisthelsetjeneste, herunder ved sykehusene	<input type="checkbox"/>	06.
Veiledning og informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	07.
Veteran- og pårørendeorganisasjoner	<input type="checkbox"/>	08.
Andre områder	<input type="checkbox"/>	09.
Ingen områder	<input type="checkbox"/>	10.
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	11.

I denne delen av skjemaet ønsker vi å få vite mer om din økonomiske situasjon (NB: med inntekt her tenker vi primært på inntekt som kommer fra lønnsarbeid).

20 Hva var hovedaktiviteten din i forrige uke?

Hvis du var kortvarig syk, i permisjon eller på ferie, oppgi da din hovedaktivitet i en vanlig uke.

KUN ETT KRYSS

Arbeid	<input type="checkbox"/>	01.
Arbeidssøker (mottar dagpenger)	<input type="checkbox"/>	02.
Sykemeldt (mer enn seks uker fram til nå)	<input type="checkbox"/>	03.
Arbeidsledig (mottar sosialhjelp)	<input type="checkbox"/>	04.
Yrkesrettet attføring	<input type="checkbox"/>	05.
Medisinsk rehabilitering	<input type="checkbox"/>	06.
Omsorgs- eller foreldrepermisjon	<input type="checkbox"/>	07.
Hjemmeværende	<input type="checkbox"/>	08.
Uforettrygdet	<input type="checkbox"/>	09.
Pensjonist, herunder etterlattepensjon og AFP ..	<input type="checkbox"/>	10.
Utdanning (mer enn 10 timer per uke)	<input type="checkbox"/>	11.

Internal use

Annet: Notér _____

Internal use

Vet ikke

99.

21 Omtrent hvor stor var årsinntekten din i 2008? Vi ber deg oppgi inntekt før skatt (det vil si summen av alle yrkesinntekter (lønn- og næringsinntekt), kapitalinntekter og overføringer (pensjoner, arbeidsledighetstrygd, barnetrygd, kontantstøtte, bostøtte, sosialhjelp etc.))

KUN ETT KRYSS

Under 100.000	<input type="checkbox"/>	1
100.000-199.000	<input type="checkbox"/>	2
200.000-299.000	<input type="checkbox"/>	3
300.000-399.000	<input type="checkbox"/>	4
400.000-499.000	<input type="checkbox"/>	5
500.000-599.000	<input type="checkbox"/>	6
600.000 og høyere	<input type="checkbox"/>	7

22 Hvilket av følgende utsagn passer best for din nåværende husholdningsinntekt?

KUN ETT KRYSS

Inntekten er tilstrekkelig til å leve komfortabelt	<input type="checkbox"/>	1
Inntekten er tilstrekkelig for å klare seg	<input type="checkbox"/>	2
Det er vanskelig å klare seg på den inntekten jeg/vi har	<input type="checkbox"/>	3
Det er svært vanskelig å klare seg på den inntekten jeg/vi har	<input type="checkbox"/>	4
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	5
Vil ikke svare	<input type="checkbox"/>	6

Vi vil nå stille noen spørsmål som omhandler din tilknytning til arbeidslivet.

23 La oss gå ut fra at arbeidsevnen din på det beste ville fått 10 poeng, mens 0 poeng innebærer at du ikke var i stand til å arbeide i det hele tatt.

Hvor mange poeng vil du da gi din arbeidsevne før du reiste ut for å delta i internasjonal operasjon?

De som har vært ute flere ganger tar utgangspunkt i siste operasjon

KUN ETT KRYSS

10 poeng	<input type="checkbox"/>	01
9 poeng	<input type="checkbox"/>	02
8 poeng	<input type="checkbox"/>	03
7 poeng	<input type="checkbox"/>	04
6 poeng	<input type="checkbox"/>	05
5 poeng	<input type="checkbox"/>	06
4 poeng	<input type="checkbox"/>	07
3 poeng	<input type="checkbox"/>	08
2 poeng	<input type="checkbox"/>	09
1 poeng	<input type="checkbox"/>	10
0 poeng	<input type="checkbox"/>	11
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	12

24 La oss gå ut fra at arbeidsevnen din på det beste ville fått 10 poeng, mens 0 poeng innebærer at du ikke var i stand til å arbeide i det hele tatt.

Hvor mange poeng vil du da gi din arbeidsevne mens du deltok i internasjonal operasjon?

De som har vært ute flere ganger tar utgangspunkt i siste operasjon

KUN ETT KRYSS

10 poeng	<input type="checkbox"/>	01
9 poeng	<input type="checkbox"/>	02
8 poeng	<input type="checkbox"/>	03
7 poeng	<input type="checkbox"/>	04
6 poeng	<input type="checkbox"/>	05
5 poeng	<input type="checkbox"/>	06
4 poeng	<input type="checkbox"/>	07
3 poeng	<input type="checkbox"/>	08
2 poeng	<input type="checkbox"/>	09
1 poeng	<input type="checkbox"/>	10
0 poeng	<input type="checkbox"/>	11
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	12

25 La oss gå ut fra at arbeidsevnen din på det beste vil fått 10 poeng, mens 0 poeng innebærer at du ikke er i stand til å arbeide i det hele tatt.

Hvor mange poeng ville du da gi din nåværende arbeidsevne?

KUN ETT KRYSS

10 poeng	<input type="checkbox"/>	01
9 poeng	<input type="checkbox"/>	02
8 poeng	<input type="checkbox"/>	03
7 poeng	<input type="checkbox"/>	04
6 poeng	<input type="checkbox"/>	05
5 poeng	<input type="checkbox"/>	06
4 poeng	<input type="checkbox"/>	07
3 poeng	<input type="checkbox"/>	08
2 poeng	<input type="checkbox"/>	09
1 poeng	<input type="checkbox"/>	10
0 poeng	<input type="checkbox"/>	11
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	12

26 Vi ber deg om å ta stilling til følgende påstand og angi hvor enig eller uenig du er i denne:

"Deltakelsen i internasjonal(e) operasjon(er) har gitt meg kunnskap og erfaring som jeg har nytt godt av i (sivil) jobbsammenheng i Norge"

KUN ETT KRYSS

Helt enig	<input type="checkbox"/>	1
Delvis enig	<input type="checkbox"/>	2
Verken enig eller uenig	<input type="checkbox"/>	3
Delvis uenig	<input type="checkbox"/>	4
Helt uenig	<input type="checkbox"/>	5
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	6

Vi vil her stille deg en del spørsmål om din fysiske og psykiske helse.

27 Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet; Vil du si at den er meget god, ganske god, verken god eller dårlig, ganske dårlig eller meget dårlig?
KUN ETT KRYSS

Meget god 1
 Ganske god 2
 Verken god eller dårlig 3
 Ganske dårlig 4
 Meget dårlig 5
 Vet ikke 6
 Vil ikke svare 7

28 I hvilken grad opplever du at deltakelse i internasjonal operasjon har påført deg helseplager?
KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	I svært stor grad	I ganske stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke
	1	2	3	4	5	6
• Fysiske helseplager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psykiske helseplager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP. 29 BESVARES DERSOM DU OPPLEVER AT DU HAR FÅTT HELSEPLAGER ETTER DELTAKELSE I INTERNASJONAL OPERASJON

29 Når merket du endringer i din fysiske og/eller psykiske helse?
KUN ETT KRYSS

*

Under tjenesten 1
 Umiddelbart etter endt tjeneste 2
 6-12 måneder etter endt tjeneste 3
 1-2 år etter endt tjeneste 4
 3-5 år etter endt tjeneste 5
 6-9 år etter endt tjeneste 6
 10 år eller mer etter endt tjeneste 7
 Vet ikke 8

30 Har du for tiden noen langvarig sykdom, lidelse eller skade som legen har konstatert?
Vi tenker her ikke på sykdom, lidelse eller skade som du eventuelt pådro deg i forbindelse med deltakelse i internasjonal operasjon
FLERE KRYSS MULIG

Skade i forbindelse med ulykke 01.
 Muskel/skjelettsykdom (f eks. leddgikt) 02.
 Hjerte-/karsykdom (f eks. blodtrykkssykdom, angina/infarkt) 03.
 Sykdom i åndedretsorganene (f eks. astma) 04.
 Psykiske lidelser 05.
 Stoffskiftesykdom (f eks. sukkersyke) 06.
 Nervesykdom eller sykdom i sanseorganene (f eks. hørselsskade eller epilepsi) 07.
 Andre sykdommer, lidelser eller skader 08.
 Ingen sykdom, lidelse eller skade 09.
 Vil ikke svare 10.

31 Hvilke av de følgende offentlige tjenestene har du vært i kontakt med i løpet av de siste 12 månedene?
FLERE KRYSS MULIG

Fastlege 1.
 Kommunalt psykisk helsevern 2.
 Distriktpsikiatrisk senter (DPS) 3.
 Rus-/avhengighetsbehandling 4.
 Sykehus 5.
 Har ikke vært i kontakt med noen av de. (⇒ **33**) 6.)

+

+

SPØRSMÅL 32 BESVARES HVIS DU HAR VÆRT I KONTAKT MED OFFENTLIGE TJENESTER (SPM. 31)

32 I hvilken grad opplever du at de offentlige tjenestene har tilstrekkelig kompetanse om dine behov og utfordringer som veteran?

KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	I svært stor grad	I ganske stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Ikke aktuelt	Vet ikke	
	1	2	3	4	5	6	7	
• Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Kommunal psykiatritjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• Rus- / avhengighetsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

33 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand:

"Legen tar meg og mine problemer på alvor"

KUN ETT KRYSS

Helt enig	<input type="checkbox"/>	1
Delvis enig	<input type="checkbox"/>	2
Verken enig eller uenig	<input type="checkbox"/>	3
Delvis uenig	<input type="checkbox"/>	4
Helt uenig	<input type="checkbox"/>	5
Vil ikke svare	<input type="checkbox"/>	6
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	7

Nedenfor følger noen spørsmål om alkohol og andre rusmidler.

34 I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket 5 drinker eller mer på en kveld

Tilsvarer fem ½ flasker pils eller 1/1 flaske vin eller mer

KUN ETT KRYSS

Ingen ganger	<input type="checkbox"/>	1
1 gang i mnd eller sjeldnere	<input type="checkbox"/>	2
2-3 ganger i mnd	<input type="checkbox"/>	3
1 gang per uke	<input type="checkbox"/>	4
2-3 ganger per uke	<input type="checkbox"/>	5
4-7 ganger per uke	<input type="checkbox"/>	6
Vil ikke svare	<input type="checkbox"/>	7
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	8

35 Hvis du ser tilbake på de siste 12 månedene - har du brukt andre rusmidler enn alkohol?

KUN ETT KRYSS

Ja	<input type="checkbox"/>	1
Nei	<input type="checkbox"/>	2
Vil ikke svare	<input type="checkbox"/>	3

Vi vi nå stille deg noen spørsmål om dine erfaringer med NAV/sosialtjenesten

36 Har du i løpet av de siste 12 månedene vært i kontakt med NAV (NAV Arbeid eller NAV Trygd)?

KUN ETT KRYSS

Ja	<input type="checkbox"/>	1
Nei	<input type="checkbox"/>	2
Vil ikke svare	<input type="checkbox"/>	3

SPM. 37 BESVARES AV DE SOM SVARTE JA PÅ SPØRSMÅL 36

37 Hva slags bistand fikk du fra NAV (NAV Arbeid eller NAV Trygd)?

SETT GJERNE FLERE KRYSS

Arbeidsformidling	<input type="checkbox"/>	1.
Informasjon om rettigheter	<input type="checkbox"/>	2.
Hjelp til å fylle ut skjema	<input type="checkbox"/>	3.
Samtale med saksbehandler	<input type="checkbox"/>	4.
Vurdering av arbeidsevne	<input type="checkbox"/>	5.
Annet	<input type="checkbox"/>	6.
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	7.

+ 20©09 Synovate

87628 008

+

38 Har du i løpet av de siste 12 månedene vært i kontakt med sosialtjenesten?
KUN ETT KRYSS

Ja 1
 Nei 2
 Vil ikke svare 3

SPM. 39 BESVARES AV DE SOM SVARTE JA PÅ SPØRSMÅL 38

39 Hva slags hjelp fikk du gjennom sosialtjenesten?
SETT GJERNE FLERE KRYSS

*

Informasjon om rettigheter 1.
 Økonomisk rådgivning 2.
 Juridisk rådgivning 3.
 Hjelp til å fylle ut skjema 4.
 Samtale med saksbehandler 5.
 Samtale med rus/psykiatrikonsulent 6.
 Annet 7.
 Vet ikke 8.

SPM. 40 BESVARES AV DE SOM HAR SVART JA PÅ SPM. 36 OG/ELLER 38)

40 I hvilken grad opplever du at NAV og sosialtjenesten har kompetanse til å imøtekomme de behov du har/har hatt som veteran?
KUN ETT KRYSS PR. LINJE

	I svært stor grad	I ganske stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke	Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7
• NAV (NAV Arbeid eller NAV Trygd) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De neste spørsmålene handler om familie, venner og sosial deltakelse

41 Hvor mange personer, inkludert deg selv, bor det i husholdningen i dag?
KUN ETT KRYSS

1 person 1
 2 personer 2
 3 personer 3
 4 personer 4
 5 personer 5
 Flere enn 5 personer 6

42 Har du barn?
KUN ETT KRYSS

Ja 1
 Nei 2

43 Hvor mange barn under 18 år bor det totalt i din husholdning i dag?

Fyll inn antall barn:

44 Har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?
KUN ETT KRYSS

Ja 1
 Nei 2
 Vil ikke svare 3
 Vet ikke 4

45 Vil du si at du etter å ha kommet hjem fra den siste internasjonale operasjonen har gjort mer eller mindre av de følgende aktiviteter, eller har det ikke vært noen endring?
 [KUN ETT KRYSS PR. LINJE]

	Mer 1	Mindre 2	Uendret 3	Vet ikke 4
• Å besøke slekt eller venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Å klare innkjøp av dagligvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Å delta i fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Å utføre lettere fysiske aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Å delta i foreningsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46 Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det i det siste.
 Hvor stor del av tiden de siste 14 dagene har du opplevd noe av følgende?
 [KUN ETT KRYSS PR. LINJE]

	Hele tiden 1	Mye av tiden 2	Noe av tiden 3	Ikke på noe tidspunkt 4	Vet ikke 5
• Følt deg opplagt og hatt overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vært glad og tilfreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vært plaget av nervøsitet og indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vært redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatt følelse av hjelpeløshet med tanke på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vært nedtrykt og tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vært bekymret og urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avslutningsvis vil vi stille deg noen spørsmål om Veterangrupper

47 Er du med i en organisasjon, gruppe eller nettverk for veteraner?
 [KUN ETT KRYSS]

Ja, SIOPS 1
 Ja, andre 2
 Nei 3
 Vil ikke svare 4

SPM. 48 BESVARES HVIS DU HAR SVART JA PÅ SPM. 47

48 Hvordan vil du beskrive ditt eget utbytte av å delta organisasjon/gruppe/nettverk for veteraner?
 [KUN ETT KRYSS]

Meget bra 1
 Ganske bra 2
 Verken bra eller dårlig 3
 Ganske dårlig 4
 Meget dårlig 5
 Vet ikke 6

Å komme hjem

I denne pilotstudien kartlegges levekår blant veteraner i Norge som er tilknyttet veteranforbundet SIOPS (Skadde i internasjonale operasjoner). Flertallet av medlemmene i SIOPS har fått psykiske helseproblemer som følge av deltakelse i internasjonal operasjon. Vi har sett nærmere på deltakelse i arbeidsliv, fysisk og psykisk helse, relasjoner til familie og venner samt deltakelse i veterannettverk, og sammenlignet med en gruppe fra den generelle populasjonen av veteraner. Resultatene viser at SIOPS-veteranene har mange levekårsutfordringer. De har gjennomgående lavere inntekt, er oftere uføretrygdet, har dårligere helse og vurderer egen arbeidsevne som dårligere enn veteranene i sammenligningsgruppen. Flere opplever oppfølgingen fra Forsvaret og det sivile helsevesenet som mangelfull. I sammenligningsgruppen opplever 12,3 prosent at deltakelsen i internasjonal operasjon har påført dem psykiske helseplager. Resultatet antyder at det også i veteranpopulasjonen generelt finnes utfordringer som må tas på alvor.



Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2009:47
ISBN 978-82-7422-705-7
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20137