Afghanistan-undersøkelsen 2020

Veteraners erfaringer, helse og livskvalitet etter tjeneste i Afghanistan 2001–2020

Forsvarets sanitet – Institutt for militærpsykiatri og stressmestring
i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

FORSVARET
For alt vi har. Og alt vi er.

NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

Rapporten er utarbeidet ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, Forsvarets sanitet i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Hans Jakob Bøe, Andreas Espetvedt Nordstrand, Haakon Gabrielsen Engen, Christer Lunde Gjerstad og Lars-Petter Bakker

Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS), Forsvarets sanitet (FSAN)

Siri Thoresen, Marianne Skogbrott Birkeland og Ines Blix

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Takk til de som har bidratt

Mange, også utenfor prosjektgruppen, har bidratt underveis for å sikre det resultatet vi presenterer i denne rapporten. Vi har hatt et godt samarbeid med andre avdelinger i Forsvaret. Det gjelder Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS), Forsvarets helseregister / Institutt for militær epidemiologi (FHR/IME), Forsvarets veterantjeneste (FVT) og Forsvarets mediesenter (FMS) som alle har vært involvert i prosjektet i ulike faser.

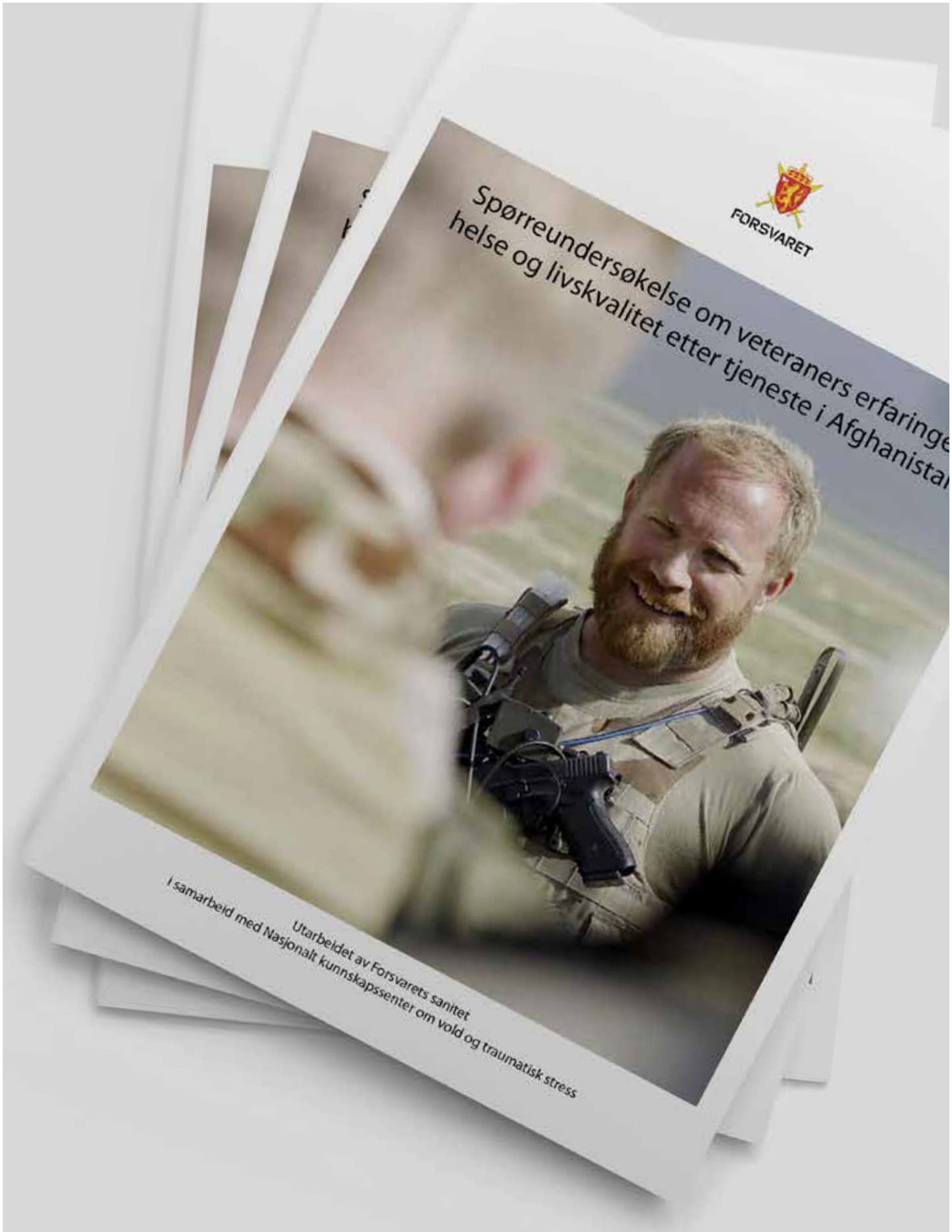
Noen personer fortjener å nevnes spesielt. Vi har fått gode råd fra dyktige kollegaer i planleggingen av undersøkelsen. Takk til Grethe Johnsen, Evelyn-Rose Saus, Jon Fauskanger Bjåstad, Erik Salvador og Øystein Jack Næss. Takk for tilrettelegging og støtte fra Jon G. Reichelt og Tore Tveitstul som har ledet Institutt for militærpsykiatri og stressmestring i prosjektperioden. Takk til Tore Wentzel-Larsen ved NKVTS for råd vedrørende statistiske analyser. Takk også til Inger Rudvin, Jostein Røros, Marius Lauritsen, Arne Ørum, Bodil Karlsen og Leif Iver Sandbakken som på hver sin måte har vært sentrale i planleggingen eller gjennomføring av undersøkelsen. I siste fase har vi fått bidrag fra Bjørn Steinar Iversen, Ronny Kristoffersen, Tove Rødde Fjeld, Torgeir Sollid, Alexander Chan og Georg Austad.

Veteranorganisasjonene har bidratt med nyttige innspill i forkant av undersøkelsen.

En stor takk til:

Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO)
Skadde i Internasjonale Operasjoner (SIOPS)
Norske Reserveoffiserers Forbund (NROF)
Veteran møter Veteran (VmV)
Veteranalliansen (VA)

Prosjektet er finansiert av Forsvarsdepartementet (FD)
Alle bilder: Forsvaret



En spesiell takk til alle Afghanistan-veteranene som deltok i undersøkelsen

Takk til de som har bidratt . . . 02

Sjef for Forsvarets sanitet (FSAN) . . . 05

Sjef for Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) . . . 06

Leseveiledning . . . 07

Begrepsavklaringer . . . 08

Sammendrag . . . 09

Kapittel 1:
Bakgrunn . . . 11

Kapittel 2:
Beskrivelse av undersøkelsen og populasjonen . . . 13

Kapittel 3:
Belastninger knyttet til tjeneste i Afghanistan . . . 17

Kapittel 4:
Psykiske helseplager . . . 20

Kapittel 5:
Endringer i psykiske helseplager fra 2012 til 2020 . . . 25

Kapittel 6:
Kroppslige helseplager . . . 29

Kapittel 7:
Sammenheng mellom eksponering for alvorlige hendelser og helseplager . . . 31

Kapittel 8:
Mild traumatisk hjerneskade (mTBI) . . . 34

Kapittel 9:
Livskvalitet/-tilfredshet . . . 36

Kapittel 10:
Drøfting av resultater . . . 39

Epilog . . . 46

Referanser . . . 47

Sjef for Forsvarets sanitet (FSAN)

Forsvarets sanitet har som motto: «Helse for stridsevne». Dette er en erkjennelse av at helse er viktig for stridsevne, og at militære operasjoner kan utgjøre en belastning for soldaters helse.

Det blir således viktig å kartlegge hvilke konsekvenser militære operasjoner har på soldatenes helse, og forsøke å relatere dette til hvilke belastninger soldatene har vært utsatt for.

For å finne ut av dette må man ved hjelp av forskning følge soldatenes helsetilstand over tid. Jo lenger tid man klarer å følge opp helsetilstanden, desto bedre gir det et bilde av hvordan det egentlig gikk. Samtidig vil det at tiden går også øke mulighetene for at soldatenes helse påvirkes av alt annet livet har å tilby av belastninger.

Forsvarets sanitet var meget tidlig ute hva gjelder interesse for og arbeid med psykisk helse i militær sammenheng. Dette var sterkt påvirket av professor Leo Eitingers erfaringer som overlevende fra Auschwitz, og professor Arne Sunds erfaringer fra Milorg/hjemmefronten og Koreakrigen. Støttet av daværende sjef for Forsvarets sanitet, generalmajor Torstein Dale, opprettet man tidlig en militær psykiatri, som et vellykket sivilt-militært samarbeid med Universitet i Oslo.

Professor Lars Weisæth videreførte denne tradisjonen, og var en av de første som beskrev helseplager knyttet til tjeneste som FN-soldat.

Det er i denne sammenheng vesentlig å huske at man under den kalde krigen var preget av nettopp risiko for og forberedelse til en ny storkrig i Europa, og at tjeneste i internasjonale operasjoner ikke hadde det fokus det har i dag.

Et økende fokus på helseplager forårsaket av tjeneste og belastninger i internasjonale operasjoner, ikke minst fra veteraner fra internasjonale operasjoner, bidro til økt nasjonal interesse for psykiske helseplager etter internasjonale operasjoner.

For å kartlegge omfanget av psykiske plager og psykisk lidelse blant de som har tjenestegjort utenlands, har Forsvarets sanitet gjort flere slike undersøkelser.

Et viktig verktøy til dette arbeidet er Forsvarets helseregister, som er et konsesjonsbelagt register, og som både gir en forpliktelse og mulighet til å følge soldaters helsetilstand over lang tid.

Den foreliggende undersøkelsen er den andre oppfølgingen av soldater som har tjenestegjort i Afghanistan, og kommer på et tidspunkt der vårt engasjement der avsluttes etter nesten 20 år.

Et godt fagmiljø bestående av både klinikere og forskere ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, har i samarbeid med veteranorganisasjonene og relevante sivile forskningsmiljøer planlagt og gjennomført denne omfattende studien.

Jeg takker dem alle for formidabel innsats.

Jon Gerhard Reichelt
Generalmajor
Sjef Forsvarets sanitet

Sjef for Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS)

Å delta i skarpe militære operasjoner innebærer risiko for helseskade, både fysisk og psykisk. Norske soldater i Afghanistan har opplevd å være i livsfare, være vitne til sterke inntrykk og havne i moralsk utfordrende dilemmaer – for eksempel ved å se en sivilbefolkning i lidelse uten mandat til å gjøre noe med det. Våre veteraner fra internasjonale operasjoner fortjener anerkjennelse for den innsatsen de har gjort, på vegne av oss alle.

Nyere danske og nederlandske studier viser at psykiske plager, mulig relatert til militære utenlandsoperasjoner, kan oppstå flere år etter redeployering. Det er dette som har utløst denne nye Afghanistan-undersøkelsen, hvor hensikten er å se på de psykologiske langtidskonsekvensene for norske soldater etter deltagelse i militære utenlandsoperasjoner.

Den foreliggende rapporten tar for seg de norske menn og kvinner som har tjenestegjort i Afghanistan 2001–2020. Av de ca. 9200 som har vært i Afghanistan i perioden, har omtrent 6200 deltatt i undersøkelsen. Dette utgjør en unik svarprosent på 67,7 %. Alle innsamlede data er lagret i Forsvarets helseregister (FHR) i henhold til gjeldende forskrift. Rapporten er en presentasjon av innsamlet tallmateriale og grunnleggende sammenhenger. Det innsamlede datamaterialet vil bli gjenstand for videre forskning og mer inngående analyser. Flere studier er allerede i gang i samarbeid med sivile universitetsmiljøer. Forskning på norske soldaters helse gir oss et fundament for å gi velbegrunnede og gode råd til Forsvarets ledelse, som på sikt kan komme fremtidig personell og veteraner til gode gjennom målrettede tiltak og tilrettelegging av oppfølging.

Denne undersøkelsen er gjennomført av Forsvarets sanitet (FSAN) på oppdrag fra Forsvarsdepartementet (FD). Prosjektleder har vært Hans Jakob Bøe ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS). Uten godt tverrfaglig samarbeid hadde dette arbeidet ikke latt seg gjennomføre. Takk til sjef FSAN som har lagt til rette for prosjektet.

Takk også til de andre samarbeidspartnerne – alle med sine unike bidrag.

Tore Tveitstul
Oberstløytnant
Sjef Institutt for militærpsykiatri og stressmestring

Leseveiledning

Denne rapporten har 10 kapitler, der alle kan leses som selvstendige bidrag. Rapporten kan deles inn i tre deler. Først, i kapittel 1 redegjøres det kort for Norges engasjement i Afghanistan, samt bakgrunn og hensikt med denne helseundersøkelsen. I kapittel 2 gis en beskrivelse av undersøkelsen, av norske Afghanistan-veteraner og den gruppen som svarte på spørreundersøkelsen som ble sendt ut i 2020. Andre del fremstiller resultatene fra undersøkelsen i kapittel 3 til 9. De viktigste funnene blir kommentert underveis, til slutt i hvert kapittel. Del tre er kapittel 10, der hovedfunnene blir drøftet og mulige implikasjoner blir gitt. Til rapporten finnes det også et appendiks der vi har beskrevet analysene og måleinstrumentene som blir brukt i undersøkelsen. Referanser oppgis med siffer i parentes. Disse henviser til referanselisten.

Begrepsavklaringer

Forkortelser og akronymer

AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FHR	Forsvarets helseregister
FN	De forente nasjoner
FPVS	Forsvarets personell- og vernepliktssenter
FSAN	Forsvarets sanitet
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IMPS	Institutt for militærpsykiatri og stressmestring
ISAF	International Security Assistance Force
ISI	Insomnia Severity Index
mTBI	Mild Traumatic Brain Injury (mild traumatisk hjerneskade)
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NAV	Norges arbeids- og velferdsforvaltning
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
OEF	Operation Enduring Freedom
PCL	Posttraumatic Stress Disorder Checklist
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (posttraumatisk stresslidelse)
PTSS	Posttraumatic Symptom Scale
REK	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
RSM	Resolute Support Mission
WHO	World Health Organization (Verdens helseorganisasjon)

Vitenskapelige og statistiske begreper

α	Cronbachs alfa
β	Standardisert beta
CI	Konfidensintervall
Klinisk grenseverdi	Poengsum på et standardisert spørreskjema som angir skille mellom antatt syk og antatt frisk (basert på studier av personer med og uten diagnose)
Longitudinell studie	Studiedesign der man følger de samme individene / den samme gruppen over tid vha. flere måletidspunkter
N / n	Populasjonsstørrelse/under-populasjonsstørrelse
p	Sannsynlighetsverdi
r	Pearsons korrelasjonskoeffisient
Screening	Undersøkelser som gjøres på et stort antall individer for å finne et spesielt fenomen eller en sykdom
SD	Standardavvik
SE	Standardfeil
t	Student's t-test
χ2	Kjikvadrat
z	McNemar's test

Sammendrag

Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge belastninger, psykiske- og kroppslige helseplager og livskvalitet blant norske soldater som har tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001 til 2020. Vi inviterte alle norske Afghanistan-veteraner til å delta i en digital spørreundersøkelse høsten 2020, og 67,7 % (6220 veteraner) valgte å delta.

Et relativt høyt antall veteraner rapporterte om alvorlige hendelser under tjenesten. For eksempel rapporterte 78,0 % om å delta i operasjoner i områder med høyt trusselnivå, 43,5 % hadde opplevd å bli angrepet av fienden og 19,5 % opplevde et øyeblikk der de trodde de skulle dø. Det var en tydelig sammenheng mellom belastning og senere helseplager. Både kroppslige og psykiske helseplager var markant forhøyet hos veteraner som opplevde høy grad av eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten.

Én av ti (10,4 %) veteraner hadde én eller flere psykiske helseplager ved undersøkelsestidspunktet. Det var en tett sammenheng mellom rapporterte psykiske helseplager og rapporterte kroppslige helseplager (utmattelse, hodepine, muskel-/skjelettplager og mage-/tarmplager). Det var en større andel av personer med psykiske helseplager blant de som sluttet i Forsvaret etter tjenesten i Afghanistan, sammenlignet med de som fortsatte i Forsvaret. I motsetning til mange tidligere studier fant vi ingen forskjell i andel av kvinner og menn som rapporterte psykiske helseplager. Resultatene ga også holdepunkter for at mild traumatisk hjerneskade (mTBI) er et fenomen som finnes blant norske Afghanistan-veteraner.

Blant de som svarte på både 2012- og 2020-undersøkelsene så psykiske helseplager ut til å øke med 2,2 prosentpoeng. Det var altså flere veteraner som rapporterte forverring av sin helsetilstand enn som rapporterte bedring. Det at en del veteraner opplever forverring av psykisk helse over tid er i tråd med funn fra andre land, hvor denne økningen tilskrives fenomenet «forsinket sykdomsdebut». For alkoholmisbruk fant vi imidlertid en nedgang i misbruk/avhengighet fra 2,3 % i 2012 til 1,3 % i 2020. Samlet sett er det likevel lite som tyder på at den psykiske helsen til norske Afghanistan-veteraner blir bedre med tiden.

Den store majoriteten av Afghanistan-veteranene rapporterte om høy eller svært høy tilfredshet med sitt eget liv (79,0 %). Rapportert livskvalitet var tilnærmet uendret siden 2012. Som forventet rapporterte de med helseplager også lavere livstilfredshet.

Kapittel 1:

Bakgrunn

Konflikten i Afghanistan ble innledet da USA 7. oktober 2001 startet den militære kampanjen Operation Enduring Freedom (OEF), med særlig tyngde sør i landet. Målet var å ramme al-Qaida og Taliban. Bakgrunnen var terrorangrepene mot USA 11. september 2001. Med fullmakt fra FN valgte en rekke NATO-land, herunder Norge, å bistå USA ved å sende militært personell og utstyr til Afghanistan. Hovedtyngden av bidraget har vært i NATO-ledede operasjoner som ble iverksatt etter at USA for første gang i alliansens historie utløste Atlanterhavspaktens artikkel 5. Norge har bidratt med militært personell til flere ulike operasjoner i Afghanistan siden 2001. Sentralt var bidraget til International Security Assistance Force (ISAF), en NATO-ledet internasjonal militær styrke med et fredsbevarende oppdrag, hvor rundt 8300 personer deltok i perioden 2002–2014. I tillegg har de norske styrkene bidratt med politisk rådgiving og kompetansebygging innen det afghanske politiet, samt generell støtte til afghanske myndigheter i form av stabiliserings- og sikkerhetsstyrker. Bidraget ble gradvis trappet opp fra 2001 og nådde en topp i 2008 da 2210 personer var deployert. Bidraget ble kraftig nedtrappet mellom 2012 og desember 2014 da afghanske styrker overtok ansvaret for sikkerheten i landet. Etter dette ble de fleste internasjonale styrker trukket ut av landet, med unntak av Resolute Support Mission (RSM), opprettet i 2015, hvor Norge har bidratt med rådgiving og opplæring.

I skrivende stund er et nesten 20 år langt bidrag nettopp avsluttet. I overkant av 9200 personer har tjenestegjort for Norge i Afghanistan i perioden 2001–2020. Etter initiativ fra politiske hold ble det i 2011 utformet en omfattende handlingsplan for veteranivaretakelse **(1)**. Som en del av denne handlingsplanen iverksatte Forsvarets sanitet (FSAN) flere spørreundersøkelser om mental helse blant norske veteraner. En av disse undersøkelsene; Afghanistan 2012-undersøkelsen, inviterte alle veteraner som hadde tjenestegjort i Afghanistan mellom 2001 og 2011 og resulterte i rapporten: «Afghanistan-undersøkelsen 2012» **(2)**. FSAN har nå fulgt opp denne studien med en kartlegging av helseutviklingen blant Afghanistan-veteranene.

I både Danmark og Nederland er det i nyere tid gjennomført større veteranundersøkelser som har fulgt Afghanistan-veteraner gjennom flere år. Et mål med disse undersøkelsene har vært å se om forekomsten av psykiske helseplager hos veteranene endrer seg over tid. Både den danske USPER-undersøkelsen **(3)** og den nederlandske PRISMO-undersøkelsen **(4)** fant at andelen veteraner som rapporterte om psykiske helseplager hadde økt når man undersøkte gruppene på nytt etter noen år. En mulig forklaring på dette er fenomenet vi på norsk kaller «forsinket sykdomsdebut». Det er derfor viktig å undersøke om vi finner tilsvarende utvikling over tid blant norske veteraner.

HENSIKTEN MED UNDERSØKELSEN

Hensikten med undersøkelsen, som ble gjennomført høsten 2020, var å kartlegge psykisk helse, kroppslige helseplager og livskvalitet blant norske soldater som har tjenestegjort i Afghanistan. Ved å bruke data som ble innsamlet i 2012, er det også mulig å se på endringer i forekomst av psykiske helseplager og stressymptomer over tid hos dem som har deltatt i begge undersøkelsene. Veteranenes erfaringer og belastning er kartlagt grundig, og den foreliggende rapporten gir en fremstilling der tjenesterelatert belastning, helse og livskvalitet sees i sammenheng.

Kapittel 2:

Beskrivelse av undersøkelsen og populasjonen

GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

I september 2020 hadde Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS) registrert 9203 personer[1] som hadde tjenestegjort i Afghanistan. Undersøkelsen ble gjennomført som en digital spørreundersøkelse med datainnsamling mellom 24. september og 24. november 2020. Av de 9203 personene som inngikk i uttrekket fra FPVS, var det 11 personer hadde status som «forsvunnet» i Folkeregisteret. Totalpopulasjon blir da 9192 personer. Alle disse fikk tilsendt lenke til undersøkelsen på SMS. Personer som på undersøkelsestidspunktet var ansatt i Forsvaret måtte logge inn på Altinn, Digipost eller e-Boks for å nå undersøkelsen, mens de som hadde sluttet i tillegg kunne nå undersøkelsen direkte gjennom en lenke på SMS. Denne forskjellen i prosedyre ble bestemt på bakgrunn av sikkerhetsmessige vurderinger. Det ble sendt ut to påminnelser i datainnsamlingsperioden. En loddtrekning om 30 nettbrett ble benyttet som svar-insentiv. Alle data ble lagret i Forsvarets helseregister (FHR). Undersøkelsen var godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK; saksnummer 33032).

SVARPROSENT

Figur 2.1 beskriver hvor mange og hvem som besvarte undersøkelsen. 151 personer svarte eksplisitt at de ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Det ble registrert 6452 påbegynte besvarelser, mens 6027 fullførte hele spørreskjemaet. Antall personer med tilstrekkelig svar til at de kunne regnes som gyldige, var 6220[2]. Dette gir en svarprosent på 67,7 %.

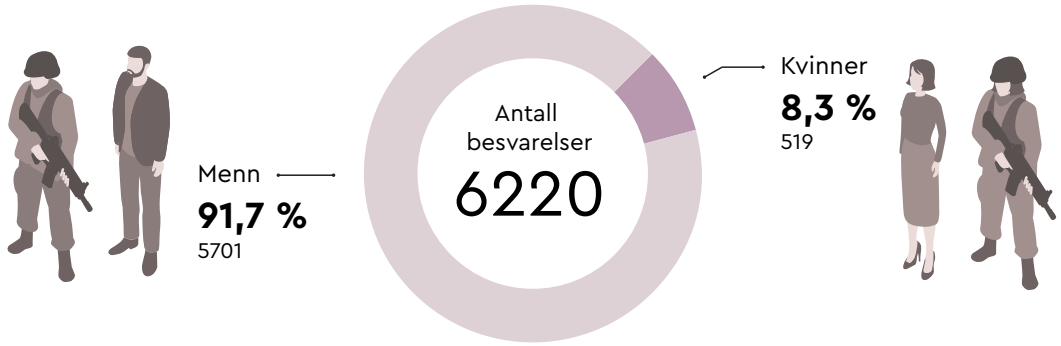
DEMOGRAFISKE FORHOLD

I tråd med at det er en overvekt av menn som har blitt deployert[3] til Afghanistan, så vi at størsteparten (91,7 %) av besvarelsene kom fra menn. Hovedvekten av besvarelsene kom fra personer i aldersspennet 30–49 (totalt 74,0 % av besvarelsene). Det var i gjennomsnitt ca. 10 år siden siste gang de var deployert. 37,7 % rapporterte at de var militært ansatt i Forsvaret da de svarte på undersøkelsen, mens 5,8 % var sivilt ansatt. Av de som ikke var ansatt i Forsvaret, var 12,6 % tilknyttet Heimevernet, mens 43,8 % ikke hadde noen tilknytning til Forsvaret.

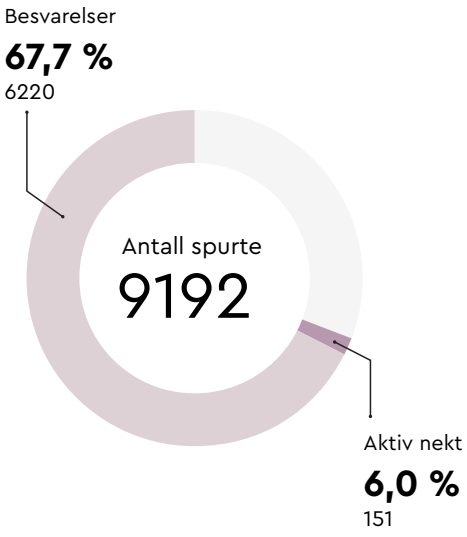
1 Dette omfatter kun individer fortsatt i live på uttrekkstidspunktet.
2 Gyldig svar ble definert som at respondenten som et minimum hadde besvart spørsmålene om belastninger opplevd i Afghanistan.
3 Utstasjonering til tjenesteområde/oppdrag i utlandet.

Figur 2.1

Demografiske forhold hos deltakerne

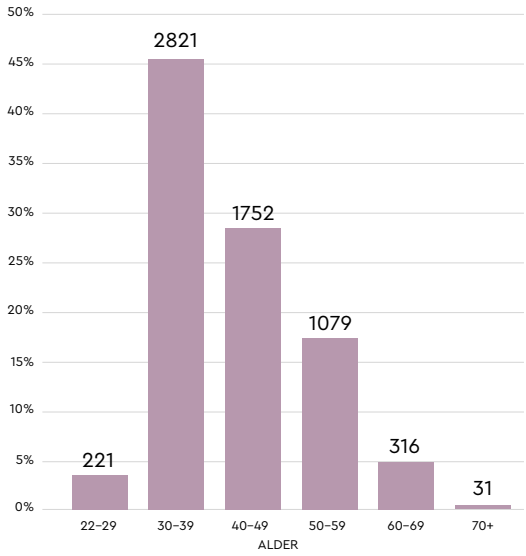


Svarprosent



Alderssammensetning

Aldersspenn: 22–70+



SVARENES REPRESENTATIVITET

Det er vanlig at det er forskjell mellom de som svarer (respondere) og de som ikke svarer (non-respondere) på helseundersøkelser. Dette reiser spørsmål om de som har svart er representative for hele populasjonen, altså alle Afghanistan-veteraner. Tidligere forskning dokumenterer at kvinner, eldre og de med høy utdanning ofte er overrepresentert blant respondere **(5)**. I dette kapittelet vil vi teste om vi har slike demografiske skjevheter i denne undersøkelsen.

Vi har sett på alder, utdanning og kjønn. Sammenliknet med non-responderne var responderne i gjennomsnitt litt eldre, hadde litt høyere utdanning og kvinner var noe overrepresentert. Alle disse forskjellene (skjevhetene) var statistisk signifikante. Resultatene vises i Tabell 2.1.

Tabell 2.1

Demografiske data hos deltakere vs. de som ikke deltok i undersøkelsen

		IKKE DELTATT (n=2983)		DELTATT (n=6220)			
Variabel		Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Forskjell mellom deltakere og ikke-deltakere	*p*-verdi
Alder		41,2	9,0	42,0	9,6	0,86	<0,001
Utdanning		3,1	1,2	3,3	1,2	0,20	<0,001
		n	%	n	%		
Kjønn	Kvinner	178	6,0	519	8,3	2,3 % flere kvinnelige deltakere	<0,001
	Menn	2805	94,0	5701	91,7		

Note. Utdanning er representert av en variabel som beskriver høyeste avsluttede utdanning: 1 = Grunnskole, 2 = Videregående, 3 = Fagutdanning, 4 = Bachelornivå, 5 = Mastergrad eller høyere. Kategorien «ikke deltatt» inkluderer 11 veteraner som hadde status som «forsvunnet» i Folkeregisteret.

Forskjellene mellom de som svarte og de som ikke svarte var små, men statistisk signifikante (sannsynligvis ikke tilfeldige). Dette antyder altså en beskjeden skjevhet i utvalget. Vi har undersøkt hvor stor betydning en slik skjevhet kan ha hatt for vårt estimat av psykiske helseplager ved å vekte resultatene. Uten vekting (uten hensyn til skjevhet) var estimatet 10,4 % med psykiske helseplager. Da vi vektet for skjevhet i utvalget, var estimatet 10,3 %. Forskjellen mellom observerte og vektede estimater var altså svært beskjeden, og vi har derfor ikke vektet resultatene i øvrige analyser. Vi anser at responsskjevhet ikke har påvirket resultatene i vesentlig grad.

FRAFALLSANALYSE

En potensiell feilkilde ved undersøkelsen i 2020, kan være at det er flere veteraner med psykiske helseplager blant dem som ikke svarte på undersøkelsen. Vi undersøkte dette i den delen av utvalget som også deltok i 2012 (n=4053) ved å analysere frafallet, altså hvorvidt det var færre med psykiske helseplager som svarte på undersøkelsen i 2020, sammenliknet med i 2012. Frafallsandelen var 24,8 % blant de med psykiske helseproblemer og 24,5 % blant de uten psykiske helseplager i 2012. Denne forskjellen er ikke signifikant ($\chi 2 = 0{,}012$, $p = 0{,}910$). Det foreligger altså ingen indikasjon på at frafall av respondenter fra 2012 har introdusert systematiske skjevheter i datasettet fra 2020.

SÆRTREKK VED MILITÆRE POPULASJONER

I og med at militærtjeneste ofte innebærer ekstraordinære belastninger, rekrutterer Forsvaret personer med god helse. Av samme grunn stiller Forsvaret også krav til både helsestatus og fysisk form hos stadig tjenestegjørende personell. Det gjøres i tillegg en ytterligere helsemessig seleksjon av militært personell som skal tjenestegjøre under spesielt belastende forhold, slik som ved internasjonal tjeneste i Afghanistan. Afghanistan-veteraner tilhører således en gruppe mennesker som er selektert i flere ledd for å ha særlig god helse og fysisk form. En slik seleksjon skaper skjevheter når man gjennomfører helseundersøkelser blant militært personell som vanskeliggjør direkte sammenligninger med den norske normalbefolkningen. Denne skjevheten kalles ofte «the healthy soldier effect» (sunn soldat-effekten), og innebærer at på gruppenivå er militære veteraner både psykisk og fysisk friskere enn befolkningen for øvrig **(6)**. Effekten avtar noe over tid og soldatene blir mer lik befolkningen for øvrig etter hvert som de blir eldre. I den relativt unge veteranpopulasjonen som har tjenestegjort i Afghanistan er det derfor viktig ta høyde for sunn soldat-effekten når man leser resultatene som presenteres fra denne undersøkelsen **(7)**.

Kapittel 3:

Belastninger knyttet til tjeneste i Afghanistan

Belastningene knyttet til tjenesten er svært forskjellig fra person til person. Tjenesten i seg selv kan være en belastning. Vanligvis innebærer den et halvt års intense forberedelser i Norge og et halvt års tjeneste i operasjonsområdet i Afghanistan, med alt dette medfører av fravær fra familie og hjem. Risiko for liv og helse har variert fra år til år, grovt sett økte spenningsnivået fra 2006 og var relativt høyt helt frem til bidraget ble trappet ned i 2012. Enkelte kontingenter har vært spesielt hardt belastet.

Det er godt dokumentert at hendelser der man er truet på livet øker risikoen for helseplager i etterkant. Denne typen belastninger innebærer et spenn av situasjoner fra å bli utsatt for granatnedslag i leir, til regulære kamphandlinger der man deltar i ildstrid. I nyere tid har man blitt oppmerksom på at hendelser som ikke innebærer fare for eget liv, men eksponering for andres lidelse og død, også kan utgjøre en traumatisk belastning som øker risiko for senere psykiske helseplager. Slike hendelser kan innebære å få sivilbefolkningens lidelse tett på seg, sanseinntrykk av død og skader på andre mennesker, eller at man kommer opp i moralsk belastende situasjoner.

I denne undersøkelsen er belastning målt ved at deltakerne har svart på 20 spørsmål (se Tabell 3.1) som beskriver et bredt spekter av potensielt traumatiske hendelser knyttet til tjenesten i Afghanistan. En enkelthendelse kan i noen tilfeller være nok til å skape senere psykiske plager, men man vet at gjentatt traumatisk belastning øker risikoen for en slik utvikling og vi registrerte derfor i hvilken grad soldatene ble utsatt for de ulike hendelsene. I Tabell 3.1 presenteres andelen veteraner som rapporterer å ha opplevd de beskrevne hendelsene minst én gang. Vi ser at 78,0 % rapporterte at de hadde tjenestegjort i et område med høyt trusselnivå, 43,5 % hadde opplevd å bli angrepet og 19,5 % opplevde at de i et øyeblikk trodde de skulle dø. Dette viser at mange deltakere har opplevd alvorlige hendelser.

Tabell 3.1

Eksponering for alvorlige hendelser i Afghanistan

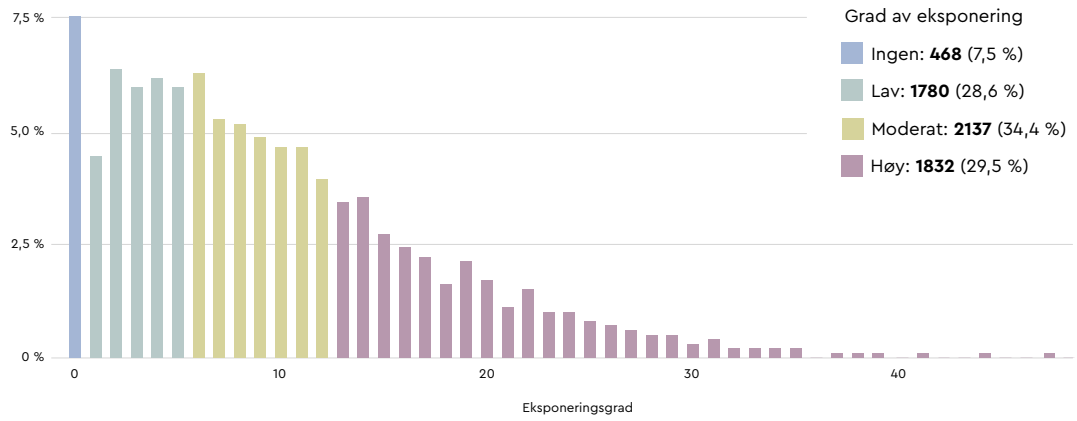
Personlig trussel	**Antall**	**Andel**
Jeg var i en alvorlig ulykke	767	12,3 %
Jeg var i en svært truende situasjon	2601	42,2 %
Jeg ble angrepet	2701	43,5 %
Jeg ble tatt til fange eller tatt kontroll over av fienden	10	0,2 %
Jeg ble fysisk skadet i strid	115	1,9 %
Jeg var nær ved å bli drept / alvorlig skadet (close call)	1344	21,6 %
Jeg opererte i områder med høyt trusselnivå	4847	78,0 %
Jeg opplevde et øyeblikk jeg trodde jeg skulle dø	1213	19,5 %
Aktive stridshandlinger		
Jeg skjøt, rettet eller ledet ild mot fienden	1380	22,2 %
Jeg har, eller tror jeg har, tatt liv i tjenesten	820	13,2 %
Bevitning		
Jeg fikk sivilbefolkningens lidelse og nød tett innpå meg	4706	75,8 %
Jeg så alvorlig sårede eller døde mennesker	3761	60,6 %
Jeg bevitnet øyeblikket da noen ble alvorlig skadet eller drept	1951	31,4 %
Jeg så alvorlig syke, sårede eller døde barn	2595	41,8 %
Jeg stelte eller på annen måte håndterte døde legemer/-kroppsdeler	921	14,8 %
Personlig tap		
Noen som stod meg nær ble alvorlig skadet i tjenesten*	1389	22,4 %
Noen som stod meg nær mistet livet i tjenesten*	1039	16,7 %
Moralske utfordringer		
Jeg var vitne til noe som var moralsk betenkelig	1923	31,0 %
Jeg unnlot å gjøre noe som jeg i etterkant ser jeg burde ha gjort	574	9,2 %
Jeg var med på noe som var moralsk betenkelig	478	7,7 %

Note. Tabellen framstiller hvor mange som har opplevd de beskrevne hendelsene minst én gang, men individer kan ha opplevd gjentatte tilfeller av samme type hendelse, samt flere ulike typer hendelser. *Kan inkludere både norske og utenlandske NATO-soldater samt afghanske medsoldater/tolker. n=6220

Ettersom vi har spurt veteranene om hvor mye de har vært eksponert for de ulike hendelsene, kan vi beregne et totalmål på belastning for hver enkelt. Vi har gradert totalbelastning i fire grupper fordelt på mengden alvorlige hendelser hver person har opplevd. Personer som ikke har rapportert noen alvorlige hendelser er skilt ut i én gruppe. De resterende har vi delt i tre grupper (tertiler) basert på graden av eksponering for alvorlige hendelser. Dette gir oss følgende fire grupper av eksponeringsgrad: 1. Ingen alvorlige hendelser (n=468). 2. Lav eksponering (n=1780). 3. Moderat eksponering (n=2137). 4. Høy eksponering (n=1832). Fordelingen av eksponering i disse gruppene er presentert i Figur 3.1.

Figur 3.1

Fordeling av rapportert belastning; eksponering for alvorlige hendelser under tjenesten i Afghanistan



Note. Y-aksen angir andel veteraner. X-aksen viser sumskåre for eksponering (eksponeringsgrad). Tallene i boksen angir antall og andel (%) veteraner i hver av de fire gruppene for eksponeringsgrad. n=6220

OPPSUMMERING

En alvorlig enkelthendelse kan i noen tilfeller være nok til å skape helseplager, men man vet at gjentatte hendelser øker risikoen for en negativ utvikling. Vi fant at majoriteten av veteranene har vært eksponert for minst én alvorlig hendelse. Hendelsene var fordelt på et bredt spekter av ulike typer belastende opplevelser. Totalbelastningen ble delt inn i fire grupper etter grad av eksponering: 7,5 % rapporterte ingen eksponering, 28,6 % rapporterte lav eksponering, 34,4 % rapporterte moderat eksponering, mens 29,5 % rapporterte om høy grad av eksponering for alvorlige hendelser.

Kapittel 4:

Psykiske helseplager

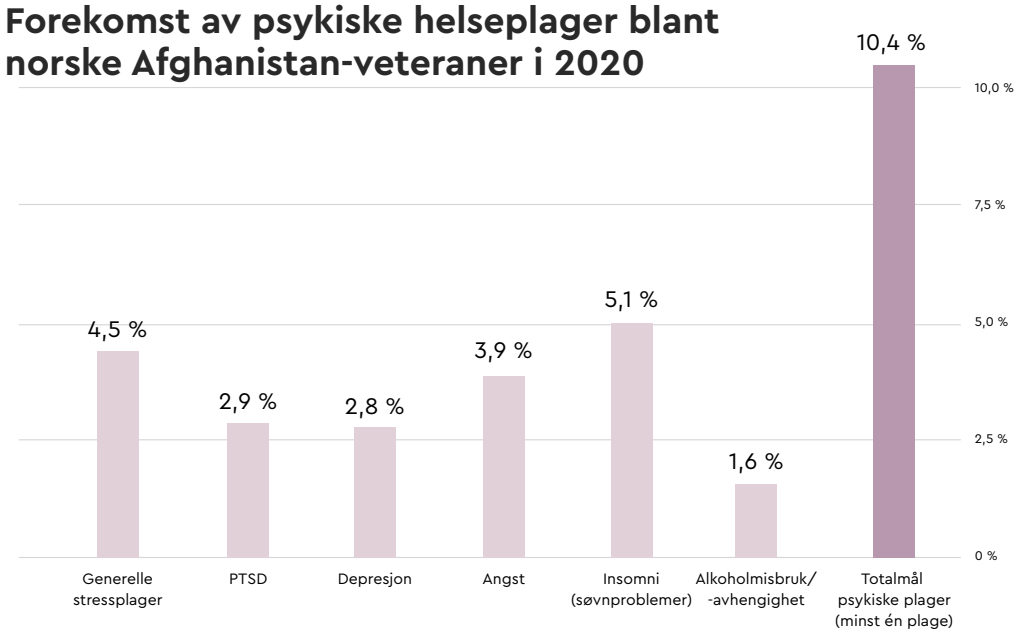
I denne helseundersøkelsen har vi målt psykiske helseplager på flere måter. Det kan bemerkes at posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ofte assosieres med belastninger knyttet til krigsopplevelser, men forskning har vist at det kan være stor variasjon i hvilke plager denne type belastning medfører **(8)**. Vi har derfor forsøkt å fange opp de mest vanlige psykiske helseplagene i militære populasjoner, slik som depresjon, angst, søvnproblemer, alkoholmisbruk, posttraumatisk stress og generelle stressreaksjoner. Disse helseplagene er målt med standardiserte, validerte måleinstrumenter som har etablerte grenseverdier for hva som anses som klinisk signifikant symptomtrykk (se appendiks). Disse grenseverdiene brukes også i faglitteraturen for å estimere hvor mange som har et klinisk betydningsfullt nivå av symptomer, og vil være indikativt på forekomst av medisinske diagnoser.

Siden det ikke er mulig å bestemme diagnoser uten å gjøre kliniske intervjuer, vil vi her bruke allerede kjente grenseverdier for å kunne si noe om andel personer med et betydelig symptomtrykk.

Totalt i undersøkelsen var det 6083 personer som svarte på minst ett av instrumentene som måler psykiske helseplager. 635 av disse rapporterte symptomer over klinisk grenseverdi på én eller flere av de følgende psykiske helseplagene: PTSD, generelle stressplager, depresjon, angst, insomni og alkoholmisbruk/-avhengighet. Det gir en estimert forekomst av psykiske helseplager blant Afghanistan-veteraner på 10,4 % (95 % CI: 10,1–10,7). Figur 4.1 viser resultatene for de enkelte kategoriene av psykiske helseplager som er målt, samt den totale forekomsten.

Figur 4.1

Forekomst av psykiske helseplager blant norske Afghanistan-veteraner i 2020



Note. Y-aksen angir andel personer. X-aksen angir kategori av psykisk helseplage. De ulike kategoriene overlapper; en person kan ha flere kategorier av helseplager.

GENERELLE STRESSPLAGER

Vi målte generelle stressplager. I motsetning til måleinstrumentet for posttraumatisk stresslidelse beskrevet i avsnittet nedenfor, kunne alle deltakerne besvare disse spørsmålene, også deltakere som ikke hadde svart bekreftende på noen belastninger i tjenesten. Generelle stressplager er ikke en diagnostisk kategori, men dekker et bredere spekter av symptomer, som for eksempel stressrelatert nedstemthet, emosjonell labilitet og sosial isolasjon. Disse symptomene er indikatorer på tilpasningsforstyrrelser, som er en lettere form for belastningslidelse enn PTSD.

Av 5968 besvarelser rapporterte 266 personer om symptomer over klinisk grenseverdi. Det gir en estimert forekomst av generelle stressplager/tilpasningsforstyrrelse på 4,5 % (95 % CI: 3,9 – 5,0).

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE (PTSD)

Et kriterium for å kunne sette diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er at man har vært utsatt for en potensielt traumatiserende hendelse. Slike hendelser ble rapportert ved at deltakerne svarte på de 20 spørsmålene som omhandlet potensielt traumatiserende hendelser knyttet til tjenesten i Afghanistan (krigssone-opplevelser, jf. kapittel 3). Det var 6220 personer som svarte på disse spørsmålene. Av disse rapporterte 5640 én eller flere potensielt traumatiserende hendelser. Det var kun de som rapporterte én eller flere hendelser som ble bedt om å svare på spørsmål om symptomer på posttraumatisk stresslidelse. Av disse var det 179 personer som rapporterte symptomer forenlig med PTSD. Det gir en estimert forekomst av PTSD på 2,9 % (95 % CI: 2,5 – 3,3).

DEPRESJON

Totalt besvarte 5962 spørsmålene som omhandler symptomer på depresjon, slik som redusert stemningsleie og gledesløshet. Det var 168 personer over klinisk grenseverdi på depresjonssymptomer. Det gir en estimert forekomst av depresjon på 2,8 % (95 % CI: 2,4 – 3,2).

ANGST

Angst er en sammensetning av flere psykiske helseplager som karakteriseres av nervøsitet, bekymringer og uro. I denne undersøkelsen er PTSD skilt ut som en egen kategori av psykiske plager, slik inndelingen er i det amerikanske diagnosesystemet DSM-5. Av 5962 besvarelser var det 234 personer med angstsymptomer over klinisk grenseverdi. Det gir en estimert forekomst av angst på 3,9 % (95 % CI: 3,4 – 4,4).

INSOMNI (SØVNPROBLEMER)

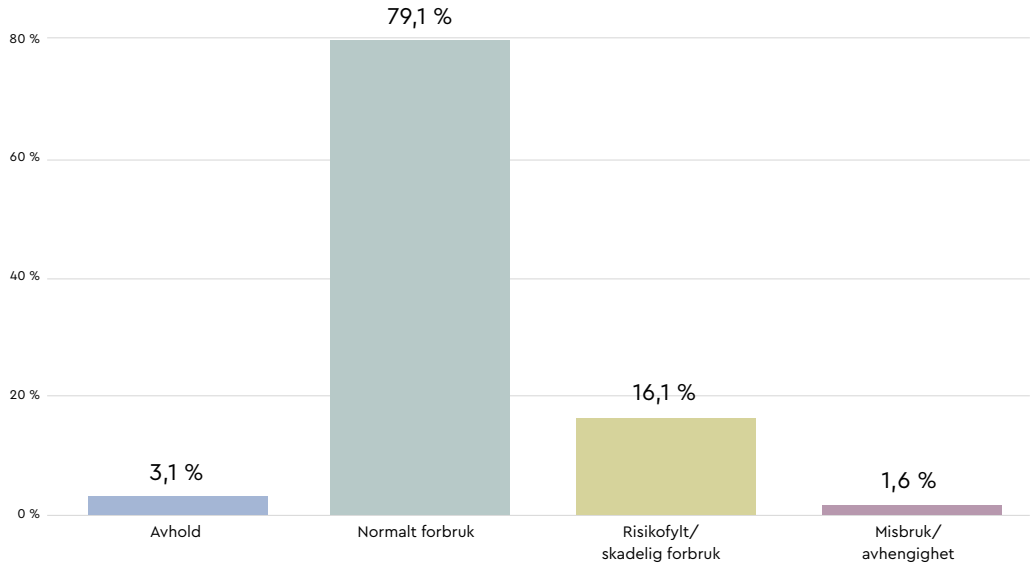
Av totalt 5968 besvarelser var det 302 personer som rapporterte søvnproblemer slik som vansker med innsovning og dårlig søvnkvalitet, i en slik grad at det er forenlig med insomni. Det gir en estimert forekomst av insomni på 5,1 % (95 % CI: 4,5 – 5,6).

ALKOHOLMISBRUK/-AVHENGIGHET

Av totalt 5962 besvarelser var det 98 personer som rapporterte problemer knyttet til alkohol som indikerer alkoholmisbruk/-avhengighet. Det gir en estimert forekomst på 1,6 % (95 % CI: 1,3 – 2,0). Se Figur 4.2. Videre ser vi at 962 personer, tilsvarende 16,1 % (95 % CI: 15,2 – 17,1), rapporterte alkoholforbruk som er forenlig med risikofylt eller skadelig alkoholbruk. Det var 185 (3,1 %) personer som svarte at de ikke hadde brukt alkohol siste 12 måneder.

Figur 4.2

Afghanistan-veteraner fordelt på kategorier av alkoholbruk



Note. Y-aksen angir andel personer. X-aksen angir alkoholbruk. n=5962

KJØNN OG PSYKISKE HELSEPLAGER

I befolkningsstudier rapporterer som regel kvinner større grad av psykiske helseplager enn det menn gjør. Vi ønsket derfor å undersøke om dette også var tilfelle i denne undersøkelsen. Vi brukte totalmålet på psykiske helseplager og fant at 10,7 % (95 % CI: 8,1–13,7) av kvinnene (n=505) rapporterte slike plager. Tilsvarende andel for menn (n=5578) var 10,4 % (95 % CI: 9,7–11,2). Det vil si at vi ikke fant noen statistisk signifikant kjønnsforskjell i andel med psykiske helseplager blant Afghanistan-veteranene ($\chi 2$ = 0,38, p = 0,820).

PSYKISK HELSE OG TJENESTESTATUS ETTER AFGHANISTAN

Overgangen fra tjeneste i en krigssone til en fredelig hverdag kan være krevende. Mye tyder på at det kan være en fordel å fortsatt være i et miljø som forstår hva man har vært med på i tiden etter at man kommer tilbake. Vi spurte derfor om veteranene sluttet eller fortsatte i Forsvaret etter at de var ferdige med tjenesten i Afghanistan, og ønsket å undersøke eventuelle forskjeller i psykiske helseplager mellom de to gruppene. Vi fant at forekomsten av psykiske helseplager var 14,9 % (95 % CI: 13,4–16,5) blant de som sluttet i Forsvaret (n=2043), mens forekomsten var 8,2 % (95 % CI: 7,4–9,1) blant de som fortsatte i Forsvaret (n=4040). Dette er en statistisk signifikant forskjell ($\chi 2$ = 64,9, p < 0,001), som viser at det var en høyere andel med psykiske helseplager blant veteraner som sluttet i Forsvaret enn blant de som fortsatte. Vi kan ikke slå fast grunnen til slike forskjeller i denne undersøkelsen, men både sosial støtte og tilgang på lavterskel militære helsetjenester kan tenkes å forklare funnet.

COVID-19-PANDEMIEN

Denne helseundersøkelsen ble gjennomført høsten 2020. På dette tidspunktet var samfunnet betydelig påvirket av Covid-19-pandemien. Dette reiser spørsmålet om resultatene kan være farget av de belastningene pandemien har påført befolkningen. Vi kan ikke kontrollere for disse effektene på en pålitelig måte, men har stilt to spørsmål knyttet til Covid-19. Først ett spørsmål om de hadde fått påvist smitte, og så ett om de opplevde å ha fått endret sin psykiske helse som følge av pandemien. Blant veteranene rapporterte 0,7 % at de hadde fått påvist smitte. Når det gjelder endret psykisk helse, rapporterte 88,0 % om uendret psykisk helse etter at pandemien startet, 4,4 % rapporterte forbedring i sin psykiske helsetilstand og 7,6 % rapporterte forverring. Disse tallene indikerer at, for enkelte veteraner, kan pandemien ha hatt en innvirkning på deres psykiske helse. Vi kan ikke utelukke at dette kan ha påvirket resultatene i denne undersøkelsen.

PREFERANSER OM HELSEHJELP

Det er kjent at militært personell har spesifikke barrierer mot å søke helsehjelp for psykiske helseplager. For eksempel har noen rapportert om stigma, og frykt for å miste fremtidige karrieremuligheter, mens andre har lav tillit til de som tilbyr hjelp **(9)**. Vi spurte veteranene hvilke preferanser de hadde dersom de skulle få behov for helsehjelp for psykiske helseplager. Totalt 5942 personer besvarte dette spørsmålet. Veteranenes preferanser fordelte seg som følger: Fastlege 22,9 %, militærlege 6,3 %, psykiatrisk poliklinikk/DPS 6,2 %, prest eller annen åndelig veileder 1,9 %, privatpraktiserende psykolog/psykiater/terapeut 24,9 %, Forsvarets stressmestringsteam 31,9 %, «andre» 5,9 %.

OPPSUMMERING

Vi fant at 10,4 % av veteranene rapporterer psykiske helseplager gjennomsnittlig 10 år etter siste deployering. Dette er et noe høyere tall enn det som ble rapportert tidligere i samme populasjon **(2)**. Vi observerte ingen forskjell i forekomst av psykiske helseplager mellom kjønnene i dette utvalget. Dette er uvanlig, da de fleste studier, både på sivile og militære, finner mer psykiske helseplager blant kvinner. Derimot fant vi at blant de som sluttet i Forsvaret etter tjenesten, er det betydelig flere som har psykiske helseplager enn blant de som fortsatte i Forsvaret etter endt utenlandstjeneste. Dette bekrefter et funn som er gjort tidligere på norske Afghanistan-veteraner **(9)** og som bør få implikasjoner for oppfølging. Mange ser på fastlegen som naturlig å oppsøke dersom de skulle få psykiske helseproblemer. Det ser ut til at private spesialister er foretrukket sammenlignet med offentlig psykisk helsevern, men preferanse for offentlig psykisk helsevern har en betydelig økning fra 3,1 % i 2012 til 6,2 % i 2020. Tilliten til hjelpeinstanser i Forsvaret er fortsatt god.

Kapittel 5:

Endringer i psykiske helseplager fra 2012 til 2020

Vi har undersøkt to aspekter av endringer i psykiske helseplager fra 2012 til 2020 – endringer i hver av symptomkategoriene på gruppenivå, og bedring/forverring av symptomer på PTSD og generelle stressplager.

ENDRINGER I FOREKOMST AV PSYKISKE HELSEPLAGER PÅ GRUPPENIVÅ

I Afghanistan 2020-undersøkelsen fikk man inn besvarelser fra 3198 veteraner som også hadde svart på Afghanistan 2012-undersøkelsen. Dette gir mulighet til å undersøke om andelen veteraner som rapporterte psykiske helseplager har endret seg over tid. Det er noen forskjeller i hvordan forskerne valgte å måle forekomsten av psykiske helseplager i Afghanistan 2012- og Afghanistan 2020-undersøkelsene.

Grenseverdien for alkoholproblemer i Afghanistan 2020-undersøkelsen er justert fra 20 til 16 (AUDIT-skåre), for å samsvare med grenseverdien som hovedtyngden av faglitteraturen bruker. I tillegg er søvnproblemer og generelle stressplager inkludert som en psykisk helseplage, dette ble ikke gjort i Afghanistan 2012-undersøkelsen. Data fra Afghanistan 2012-undersøkelsen ble derfor reanalysert, slik at kriteriene for psykiske helseplager er like i begge undersøkelsene (Tabell 5.1[4]).

Tabell 5.1

Psykiske helseplager blant norske Afghanistan-veteraner i 2012 vs. 2020

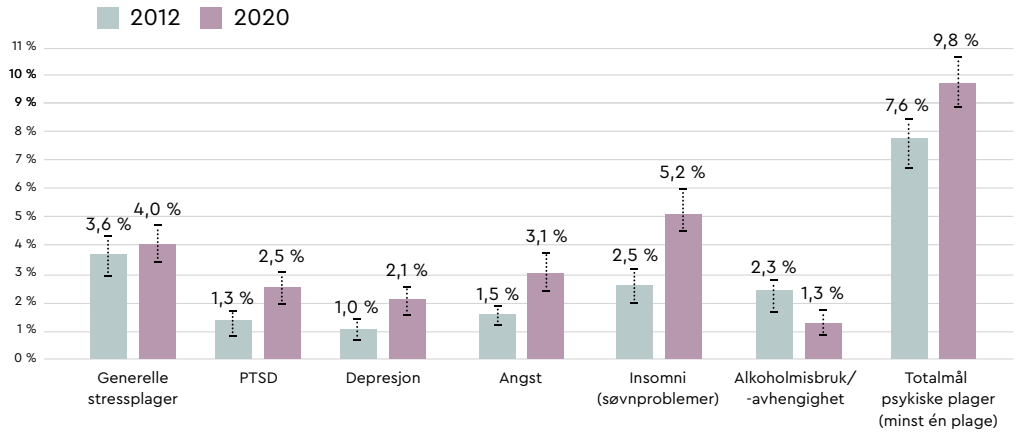
Symptomgruppe	Antall svar i både 2012 og 2020	Andel 2012 (95 % CI)	Andel 2020 (95 % CI)	Endring
Generelle stressplager	3138	3,6 % (4,0 % – 4,3 %)	4,0 % (3,4 % – 4,7 %)	0,4 %
PTSD	3044	1,3 % (0,9 % – 1,7 %)	2,5 % (2,0 % – 3,1 %)	1,2 %
Depresjon	3127	1,0 % (0,7 % – 1,4 %)	2,1 % (1,6 % – 2,6 %)	1,1 %
Angst	3126	1,5 % (1,1 % – 2,0 %)	3,1 % (2,4 % – 3,7 %)	1,6 %
Søvnproblemer	3078	2,5 % (2,0 % – 3,2 %)	5,2 % (4,4 % – 6,0 %)	2,7 %
Alkoholmisbruk	3036	2,3 % (1,8 % – 2,9 %)	1,3 % (0,9 % – 1,7 %)	-1,0 %
Totalt psykiske plager	**3198**	**7,6 % (6,7 % – 8,6 %)**	**9,8 % (8,8 % – 10,9 %)**	**2,2 %**

4 Når man fortolker resultatene for målet på PTSD er det viktig å ta forbehold om at det er benyttet to ulike versjoner av måleinstrument Posttraumatic Stress Disorder Checklist ved T1 og T2, henholdsvis PCL-M og PCL-5, samt at tidsintervallet som ble benyttet var henholdsvis siste uke og siste måned. Vi støtter oss på forskning som er tydelig på at instrumentene likevel gir sammenlignbare resultater (10).

Funnene fra sammenligningen mellom de to Afghanistan-undersøkelsene viser at andelen veteraner som rapporterte psykiske helseplager etter tjeneste i Afghanistan øker over tid (Figur 5.1). For noen av de spesifikke symptomgruppene ser vi en dobling mellom de to tidspunktene. Alkoholmisbruk/-avhengighet er den eneste symptomgruppen som avtar med tiden. Andelen veteraner med noen form for psykiske helseplager økte samlet sett fra 7,6 % (95 % CI: 6,7–8,5) i 2012 til 9,8 % (95 % CI: 8,8–10,6) i 2020. Denne økningen er statistisk signifikant (z = 3,8, p < 0,001).

Figur 5.1

Psykiske helseplager blant norske Afghanistan-veteraner i 2012 vs. 2020



Note. De sorte strekene markerer 95 % konfidensintervall. Y-aksen angir andel personer. X-aksen angir psykiske helseplager. Kun personer som har gitt komplette besvarelser på begge tidspunktene er med i disse analysene.

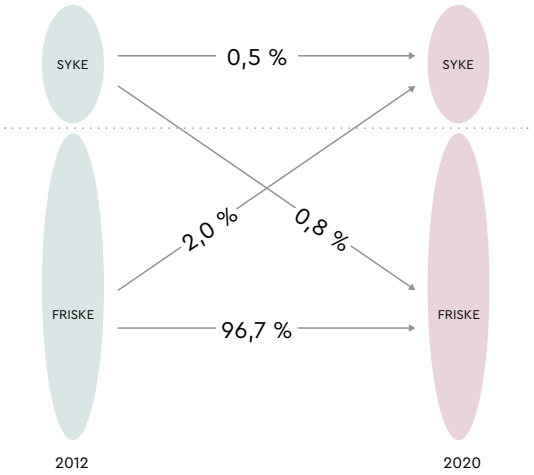
BEDRING OG FORVERRING AV GENERELLE STRESSPLAGER OG PTSD

På gruppenivå rapporterte veteranene flere symptomer innenfor alle kategoriene av psykisk helse, men alkoholforbruket gikk ned. Ved undersøkelsen i 2020 var det altså flere som skåret over klinisk grenseverdi på de ulike instrumentene, sammenlignet med i 2012-undersøkelsen. Bak disse tallene på gruppenivå skjuler det seg imidlertid også personer som har mindre symptomer enn før, og personer som har mer symptomer enn før. Vi ønsket å undersøke hvor vanlig det var å oppleve bedring og forverring mellom 2012 og 2020. Vi sorterte veteraner som deltok i både 2012 og 2020 i fire grupper: 1) personer som skåret under klinisk grenseverdi på PTSD i både 2012 og 2020, 2) personer som skåret over klinisk grenseverdi på PTSD i både 2012 og 2020, 3) personer som skåret over klinisk grenseverdi på PTSD i 2012, men under klinisk grenseverdi på PTSD i 2020, og 4) personer som skåret under klinisk grenseverdi på PTSD i 2012, men over klinisk grenseverdi på PTSD i 2020.

Vi laget også en tilsvarende sortering av veteraner basert på deres generelle stressplager. Det er særlig personer i gruppe 3 og 4 som er interessante. Andel personer i gruppe 3 angir andel som kan sies å rapportere om bedring mellom de to tidspunktene, mens andel personer i gruppe 4 angir andel som kan sies å rapportere om forverring mellom de to tidspunktene.

Figur 5.2

Bedring og forverring av PTSD fra 2012 til 2020

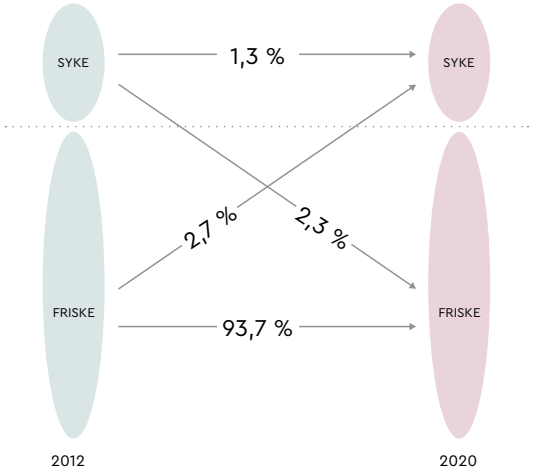


Figur 5.2 viser andelen veteraner i hver av disse kategoriene for PTSD. Vi ser at 0,8 % har opplevd bedring, mens 2,0 % har opplevd forverring av sine plager. Analysen avklarer ikke årsaken til at noen har blitt sykere eller friskere. Vi ser også at 0,5 % har sannsynlig PTSD på begge tidspunkter, mens 96,7 % ikke har det på noen av tidspunktene.

Note. "Syke" angir de som skårer over klinisk grenseverdi på spørreskjema som måler PTSD. "Friske" skårer under denne grenseverdien.

Figur 5.3

Bedring og forverring av generelle stressplager fra 2012 til 2020



Figur 5.3. viser andelen veteraner i hver av kategoriene for generelle stressplager. Vi ser at 2,3 % har opplevd bedring, mens 2,7 % har opplevd forverring. Analysen viser også at 1,3 % skårer over klinisk grenseverdi for generelle stressplager på begge tidspunkter, og 93,7 % ikke skårer over på noen av tidspunktene.

Note. "Syke" angir de som skårer over klinisk grenseverdi på spørreskjema som måler generelle stressplager. "Friske" skårer under denne grenseverdien.

OPPSUMMERING

Resultatene viser at den store majoriteten av veteranene ikke rapporterer om endring i sin psykiske helse mellom 2012 og 2020. Likevel ser vi at andelen veteraner med psykiske helseplager øker noe med tiden. Mye av denne økningen kan sannsynligvis tilskrives at en gruppe veteraner har opplevd forverring av sin psykiske helsetilstand over tid.

Andelen med betydelig alkoholmisbruk/-avhengighet ble halvert mellom våre to måletidspunkter. En mulig tolkning er at denne nedgangen kan ha å gjøre med at personer som var i 20-årene i 2012, nå er i 30-årene og i en annen livsfase der alkoholkonsumet naturlig går ned. Den øvrige økningen av psykiske helseplager kan ha flere årsaker. Undersøkelsen har ikke mulighet for å avklare disse årsaksforholdene. Vi har vist at en del oppgir forverring av psykisk helse som følge av Covid-19-pandemien (noen oppgir også bedring), slik at det ikke kan utelukkes at noe av økningen skyldes Covid-19. En annen mulighet er at økende helseplager er relatert til økende alder. Dette virker imidlertid lite sannsynlig i vårt utvalg, da det ikke er noen sammenheng mellom alder og psykiske helseplager (r = 0,20, p = 0,128) i denne undersøkelsen. Det er i denne sammenhengen naturlig å se til funn og forklaringsmodeller fra studier på Afghanistan-veteraner i andre NATO-land. Det at en del veteraner opplever forverring av psykisk helse med tiden, er i tråd med resultatene fra longitudinelle undersøkelser av danske og nederlandske veteraner **(3, 4)**, hvor de tilskriver denne økningen til fenomenet «forsinket sykdomsdebut». Basert på resultatene i vår undersøkelse kan vi ikke trekke endelige slutninger omkring forsinket sykdomsdebut av PTSD, da dette forutsetter klinisk intervju for å tidfeste symptomdebut og sette denne i sammenheng med tidligere belastning. Vi ser imidlertid at vi har 2,0 % nye tilfeller av personer som skårer over grenseverdi for PTSD fra 2012 til 2020. Disse har svart med utgangspunkt i hendelser fra tjenesten i Afghanistan. Selv om vi ikke har informasjon om hele symptomforløpet til disse personene, gir det likevel en indikasjon på at forsinket sykdomsdebut kan ha bidratt til den økte forekomsten i helseplager. For generelle stressymptomer er det tilsvarende tallet 2,7 %. Dette tallet kan først og fremst tolkes som en bekreftelse på økningen i PTSD, da det er stor grad av overlapp mellom disse symptommålene. Samlet sett er det altså lite som tyder på at den psykiske helsen til norske Afghanistan-veteraner blir bedre med tiden.

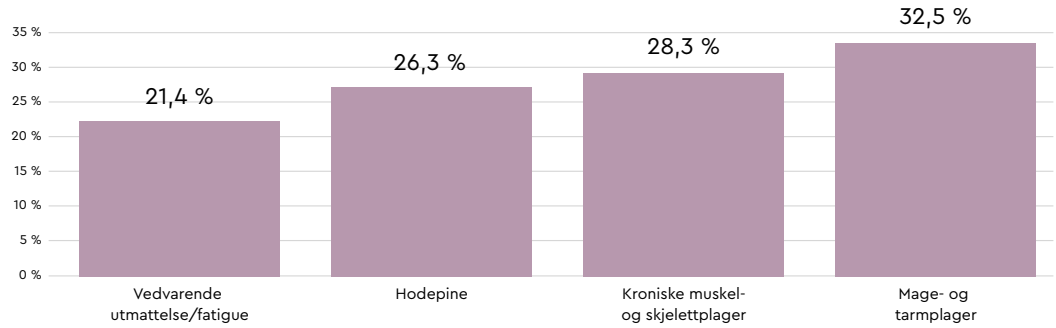
Kapittel 6:

Kroppslige helseplager

Foruten spørsmål om psykisk helse og stressbelastning, inneholdt undersøkelsen i 2020 også spørsmål om kroppslige helseplager innenfor 4 forskjellige domener: Muskel- og skjelettplager, mage- og tarmplager, hodepine og fysisk utmattelse/fatigue. Resultatene fra disse spørsmålene er presentert i Figur 6.1.

Figur 6.1

Selvrapporterte kroppslige helseplager



Note. Y-aksen angir andel personer. X-aksen angir kroppslige helseplager. n=5985 – 5991.

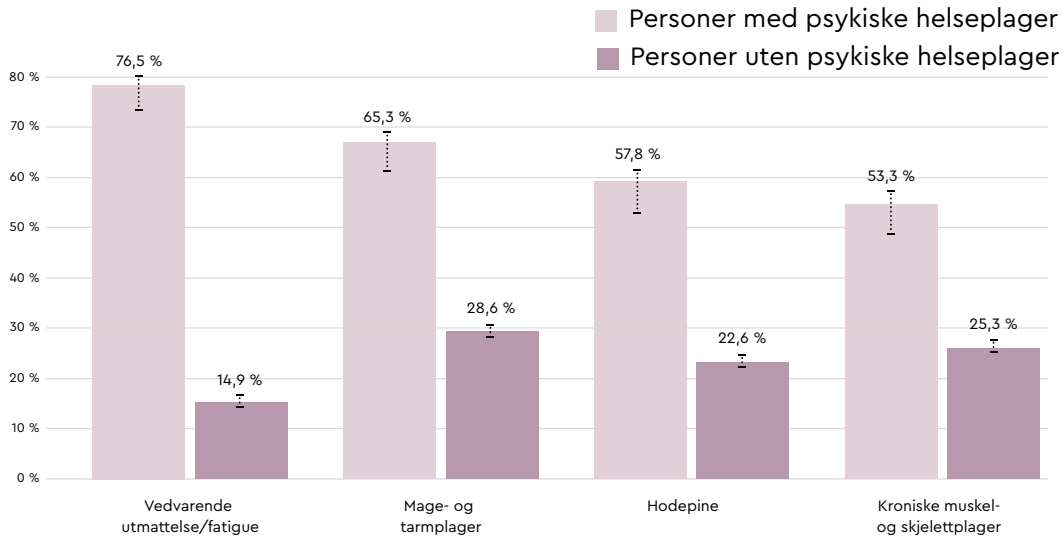
En gruppe på 21,4 % (95 % CI: 20,3 – 22,4) rapporterte at de kjente seg vedvarende utmattede og/eller slitne. 26,3 % (95 % CI: 25,2 – 27,4) rapporterte at de hadde vært plaget av hodepine det siste året, mens 28,3 % (95 % CI: 27,1 – 29,4) rapporterte at de hadde vært plaget av muskel/leddsmerter sammenhengende i minst tre måneder. Til slutt rapporterte 32,5 % at de hadde hatt mage- eller tarmplager det siste året. Av disse rapporterte 4,5 % (95 % CI: 4,0 – 5,0) at de hadde vært mye plaget, mens 28,0 % (95 % CI: 26,9 – 29,2) rapporterte at de hadde opplevd litt plager.

SAMMENHENG MELLOM PSYKISKE OG KROPPSLIGE HELSEPLAGER

Ettersom tidligere forskning tyder på at kroppslige og psykiske helseplager er tett forbundet **(11)**, ønsket vi å undersøke om dette også gjaldt blant norske Afghanistan-veteraner. Dette ble gjort ved å se på sammenhengen mellom rapporterte psykiske helseplager (jf. kapittel 4) og kroppslige helseplager.

Figur 6.2

Kroppslige helseplager blant personer med og uten psykiske helseplager



Note. De sorte strekene markerer 95 % konfidensintervall. Y-aksen angir andel personer. X-aksen angir kroppslige helseplager. De mørkeste søylene er personer uten psykiske helseplager og de lyse er personer med psykiske helseplager. Tallene over søylene angir andel personer med de ulike kroppslige helseplagene i hver av gruppene. Antall med psykiske helseplager som har svart på spørsmål om kroppslige helseplager: n=630. Antall uten psykiske helseplager: n=5354 – 5359.

Som Figur 6.2 viser er det flere som rapporterer om kroppslige helseplager blant de som har psykiske helseplager sammenlignet med de som ikke har psykiske helseplager. Videre ser vi at denne effekten er spesielt markant når det kommer til vedvarende utmattelse/fatigue og mage- og tarmplager.

OPPSUMMERING

Resultatene viser at vanlige kroppslige helseplager forekommer særlig ofte hos personer som har psykiske helseplager i etterkant av tjenesten i Afghanistan. Dette er i tråd med det som tidligere er funnet i undersøkelser av både sivile **(11)** og militære populasjoner **(12)**. Selv om vi ikke kan slå fast at disse kroppslige helseplagene er forårsaket av tjenesten, understreker våre resultater viktigheten av å være oppmerksom på både psykiske og kroppslige helseplager hos veteraner.

Kapittel 7:

Sammenheng mellom eksponering for alvorlige hendelser og helseplager

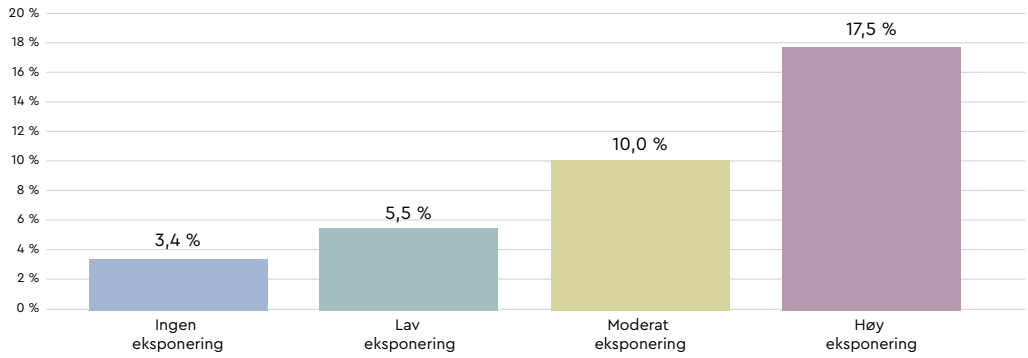
Vi har sett på sammenhengen mellom belastning og helse ved å dele veteranene inn i fire grupper basert på deres svar på 20 spørsmål om alvorlige hendelser under tjenesten i Afghanistan. De som ikke har rapportert noen alvorlige hendelser er skilt ut i en gruppe. De resterende er delt i tre like store grupper (tertiler) basert på graden av eksponering for alvorlige hendelser. Det gir oss muligheten til å fremstille helsevariablene, som tidligere er omtalt, fordelt på de følgende fire gruppene som er presentert i kapittel 3: 1. Ingen eksponering for alvorlige hendelser (n=468). 2. Lav eksponering (n=1780). 3. Moderat eksponering (n=2137). 4. Høy eksponering (n=1832). Fordeling av belastning i hele populasjonen er fremstilt i Figur 3.1 i kapittel 3. Vi ønsket å undersøke sammenhengen mellom eksponering for alvorlige hendelser i Afghanistan (belastning) og både psykiske og kroppslige helseplager.

BELASTNING UNDER TJENESTEN OG PSYKISKE HELSEPLAGER

Som nevnt i kapittel 3 var det 635 personer (10,4 %) som rapporterte symptomer over klinisk grenseverdi for psykiske helseplager. Disse personene ble fordelt etter de fire graderingene av belastning. Andelen med psykiske plager i hver gruppe var: 3,4 % for de uten eksponering for alvorlige hendelser, 5,5 % for de med lav eksponering, 10,0 % for de med moderat eksponering og 17,5 % for de med høy grad av eksponering. Forholdet mellom belastning og psykiske helseplager er fremstilt i Figur 7.1.

Figur 7.1

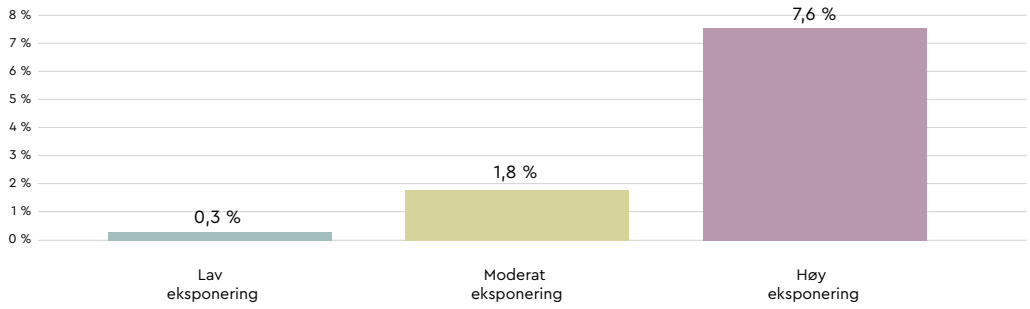
Forhold mellom eksponering for alvorlige hendelser og psykiske helseplager



Note: Y-aksen angir andel personer med psykiske helseplager. X-aksen angir grad av eksponering for alvorlige hendelser.

Figur 7.2

Forhold mellom eksponering for alvorlige hendelser og PTSD



Note. PTSD har traumatisk hendelse som kriterium, derfor er det ingen respondenter uten rapporterte alvorlige hendelser i denne analysen. Y-aksen angir andel personer med PTSD. X-aksen angir grad av eksponering for alvorlige hendelser.

Sammenhengen mellom PTSD og belastning i Afghanistan ble også undersøkt. Alle som har svart på dette instrumentet har rapportert minst én potensielt traumatiserende hendelse, derfor er det ingen i gruppen uten eksponering. I denne sammenligningen ser vi også en tydelig sammenheng mellom belastning og PTSD. Kun 0,3 % av de med lav eksponering hadde PTSD, andelen var 1,8 % blant personer med moderat eksponering og høyest, 7,6 %, hos de med høy grad av eksponering. Forholdet mellom belastning og PTSD er fremstilt i Figur 7.2.

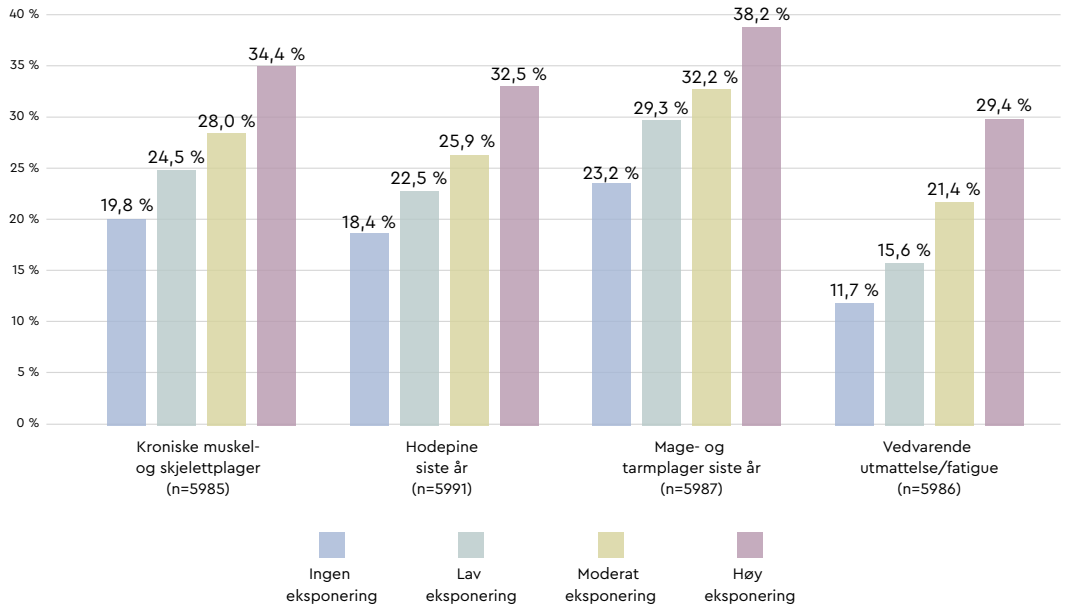
BELASTNING OG KROPPSLIGE HELSEPLAGER

I undersøkelsen ble veteranene også stilt spørsmål om kroppslige helseplager. Gitt at vi allerede har sett en sammenheng mellom kroppslige og psykiske helseplager (se kapittel 6), er det grunn til å tro at eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten også kan ha sammenheng med kroppslige helseplager.

I tråd med dette fant vi at det var en signifikant, om enn moderat, korrelasjon mellom antall rapporterte kroppslige helseplager og eksponering for alvorlige hendelser (r = 0,18, p < 0,001). Dette forholdet er illustrert i Figur 7.3, som viser at grad av eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten er assosiert med høyere rapportert forekomst av alle de fire kroppslige helseplagene som ble undersøkt.

Figur 7.3

Forhold mellom eksponering for alvorlige hendelser og kroppslige helseplager



Note. Kroppslige plager hos Afghanistan-veteraner med ingen, lav, moderat og høy eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten. Y-aksen angir andel personer. X-aksen angir kroppslige helseplager.

OPPSUMMERING

I Afghanistan-undersøkelsen 2020 ønsket vi å undersøke sammenhengen mellom belastning under tjeneste i Afghanistan og senere helseplager. Det er godt dokumentert at å bli utsatt for alvorlige hendelser øker risiko for senere helseplager **(13)**. I tråd med dette ser vi at det er en sammenheng mellom belastning og risiko for å utvikle både psykiske og kroppslige helseplager. Forholdet mellom graden av eksponering for alvorlige hendelser og risiko for å utvikle både PTSD og psykiske helseplager generelt, var svært tydelig. Dette understreker viktigheten av å kartlegge belastning blant veteraner for å kunne målrette tiltak.

Kapittel 8:

Mild traumatisk hjerneskade (mTBI)

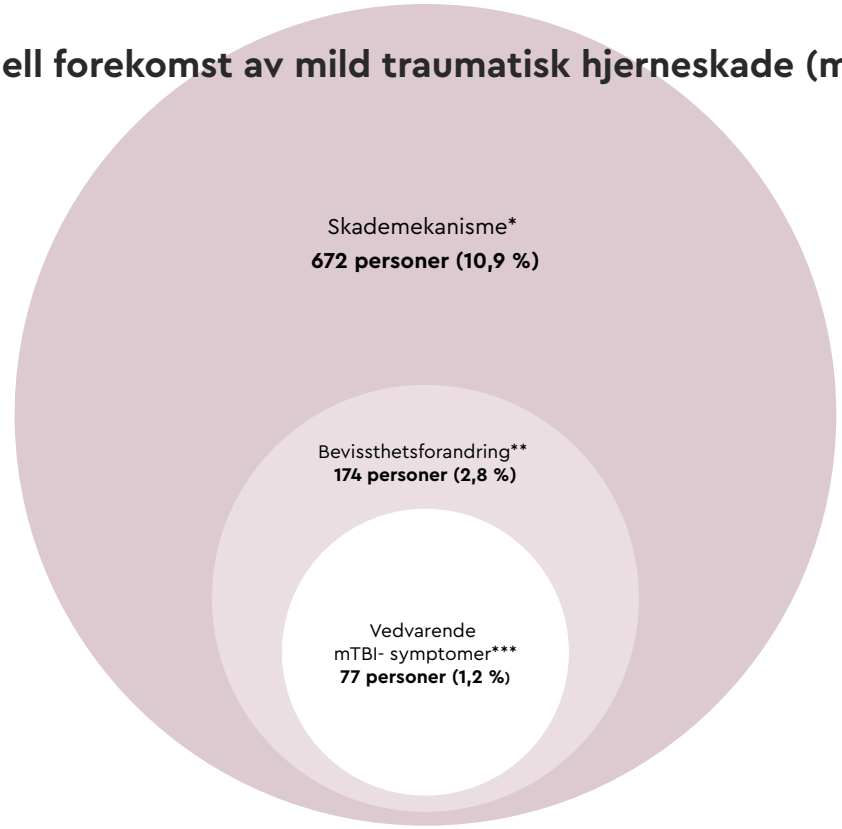
Etter operasjonene i Afghanistan og Irak har det blitt rettet oppmerksomhet mot at mange av de som har posttraumatisk stresslidelse (PTSD) også sliter med følgene av skader de kan ha pådratt seg etter slag eller trykkbølger mot hodet. I litteraturen har dette blitt kalt mild traumatisk hjerneskade (mTBI), og inkluderer plager som hodepine, svimmelhet, hukommelsesvansker m.m. Selv om dette foreløpig ikke er en etablert diagnose, ønsket vi å undersøke mulig forekomst av slik hjerneskade blant norske Afghanistan-veteraner. Vi inkluderte derfor et screeninginstrument for mTBI som stiller spørsmål om hodeskader, bevissthetsforandringer etter skaden/hendelsen, og om vedvarende symptomer på mTBI i dag. Screening for mTBI gjennom selvrapport, slik som i denne undersøkelsen, er ikke tilstrekkelig for å kunne sikkert identifisere mTBI, og gir kun en indikasjon for videre klinisk undersøkelse. Det er likevel vanlig å bruke et slikt screeningsinstrument for å avdekke omfanget av potensiell mTBI i store grupper.

Totalt var det 672 personer (10,9 %) som rapporterte én eller flere hendelser med skademekanisme som kan forårsake mTBI (n=6170). Eksempler på dette kan være ulykker med slag mot hode, fall eller eksponering for trykkbølgen av en eksplosjon. Det var 174 personer som rapporterte endringer i bevissthetstilstand, slik som svimmelhet, hukommelsestap eller bevissthetstap, umiddelbart etter en slik hendelse. I denne gruppen på 174 personer hadde 77 fortsatt spesifikke mTBI-symptomer (f.eks. hodepine, svimmelhet, hukommelsesvansker) da de svarte på spørreundersøkelsen. mTBI kan imidlertid også generere funksjonssvikt og symptomer som ikke samsvarer med de spesifikke mTBI-symptomene. Ettersom screening av mTBI på populasjonsnivå gir svært usikre anslag av forekomst, kan man på grunnlag av denne screeningen anslå forekomsten av mulig mTBI i denne populasjonen til mellom 77 og 174 individer. Dette utgjør mellom 1,2 % og 2,8 % av totalpopulasjonen.

Figur 8.1

Potensiell forekomst av mild traumatisk hjerneskade (mTBI)

(n=6170)



Note. *Personer med skademekanisme i totalutvalget. **Personer med skademekanisme og bevissthetsforandring knyttet til skaden. ***Personer med vedvarende mTBI-symptomer etter skademekanisme med bevissthetsforandringer. Alle prosenter er regnet ut fra totalutvalget på 6170 personer.

En hendelse som medfører en hodeskade kan også utgjøre en alvorlig psykisk belastning. Et viktig tema innen mTBI-forskning er derfor overlapp mellom mTBI og PTSD, og det er et spørsmål hvorvidt PTSD-symptomer kan «dekke over» en mTBI-tilstand. Vi undersøkte derfor de 174 personene som rapporterte endringer i bevissthetstilstand etter hodeskade, og fant 33 personer med PTSD-symptomer over grenseverdi, og at 23 av disse samtidig rapporterte kjernesymptomer på mTBI. Det gir 54 personer som rapporterte bare kjernesymptomer på mTBI, mens 156 personer skåret over grenseverdi for PTSD uten at de har kjernesymptomer på mTBI. Funnene tyder på at det er noe overlapp mellom mTBI og PTSD blant Afghanistan-veteranene, men at disse fenomenene hovedsakelig ser ut til å opptre hver for seg. Det vil si at de fleste som har symptomer forenlig med potensiell mTBI, ikke rapporterer symptomer på PTSD og vice versa.

OPPSUMMERING

Basert på det screeninginstrumentet som er brukt, fant vi at 174 personer (2,8 %) rapporterte bevissthetsforandringer knyttet til en hendelse som kan føre til mTBI. Det er 77 av disse (1,2 %) som anga kjernesymptomer på mTBI på undersøkelsestidspunktet. Selv om mTBI overlapper noe med PTSD, ser det også ut til å opptre som et separat fenomen. Dette er første gang det presenteres tall på mTBI blant militært personell i Norge. Det er først og fremst relevant for helsepersonell som må være oppmerksom på slike skademekanismer, fordi dette kan ha implikasjoner for diagnose og behandling.

Kapittel 9:

Livskvalitet/-tilfredshet

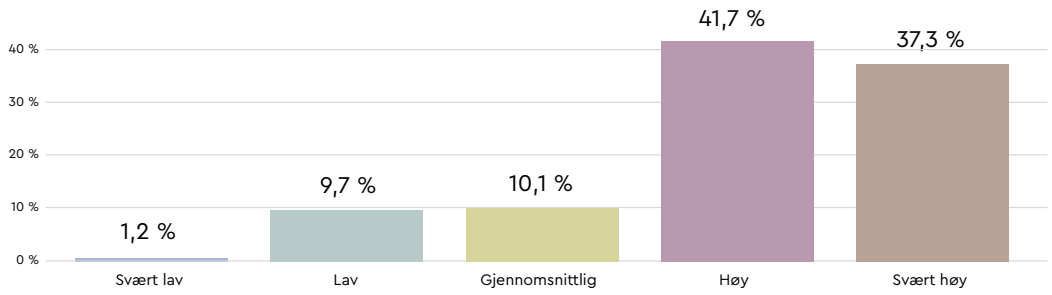
Livskvalitet er et begrep som rommer mye, og brukes ofte for å beskrive et individs subjektive opplevelse av sitt eget liv når det kommer til overordnede faktorer som mening, tilhørighet, selvrealisering, trygghet og selvbestemmelse. Vi har her valgt å fokusere på ett av aspektene av livskvalitet, nemlig livstilfredshet. Livstilfredshet kan defineres som følelsen av hvor fornøyd man er med livet som helhet.

LIVSTILFREDSHET HOS VETERANER I 2020

Livstilfredshet hos de 5942 veteranene er gjengitt i Figur 9.1. Totalt 10,9 % oppga den som svært lav (1,2 %) eller lav (9,7 %), mens 10,1 % oppga den som gjennomsnittlig, og 79,0 % oppga den som høy (41,7 %) eller svært høy (37,3 %) (se Figur 9.1).

Figur 9.1

Livstilfredshet hos Afghanistan-veteraner i 2020



Note. Livstilfredshet hos de 5942 som besvarte i 2020. Y-aksen angir andel personer og X-aksen angir grad av livstilfredshet.

For å undersøke stabiliteten av livstilfredshet sammenlignet vi svarene fra de som deltok i undersøkelsen i både 2012 og 2020 (n=3090). Det var ingen signifikant forskjell i livstilfredshet mellom 2012 og 2020, blant de som deltok på begge tidspunkter (t = 1,6, p = 0,11). Det betyr at vi kan regne med at livstilfredsheten var relativt stabil mellom disse tidspunktene.

SAMMENHENG MELLOM LIVSTILFREDSHET, PSYKISKE OG KROPPSLIGE PLAGER

Vi undersøkte sammenhengene mellom psykiske og kroppslige plager, og livstilfredshet, og fant at disse hang sammen med hverandre (korrelasjoner på henholdsvis r = -0,40, p < 0,001 og r = -0,43, p < 0,001). Det betyr at både kroppslige og psykiske helseplager medfører en høyere sannsynlighet for å ha lavere livstilfredshet.

OPPSUMMERING

I en befolkningsundersøkelse gjennomført av Statistisk sentralbyrå fra 2020 svarte 26,0 % av befolkningen at de har svært høy tilfredshet med livet, mens 22,0 % svarte at de har lav til svært lav tilfredshet med livet **(14)**. Til sammenligning svarte 37,3 % av veteranene i denne undersøkelsen at de hadde svært høy livstilfredshet, mens 10,9 % svarte at de hadde lav eller svært lav livstilfredshet. Sett under ett virker derfor veteranene fra Afghanistan å ha betraktelig høyere livstilfredshet enn befolkningen som helhet. Vi ser også at kroppslige og psykiske plager henger tett sammen med lavere livstilfredshet, som viser at disse helseplagene kan ha en sterk innvirkning på livstilfredsheten til veteranene. Dette indikerer at eventuelle tiltak rettet mot å bedre livstilfredsheten til veteraner bør være rettet mot både psykiske og kroppslige helseplager.

ISAF

Kapittel 10:

Drøfting av resultater

Resultatene viser at 10,4 % av Afghanistan-veteranene rapporterte symptomer forenlig med minst én psykisk helseplage ved undersøkelsestidspunktet (2020). Den estimerte forekomsten av de ulike plagene var som følger: 4,5 % hadde generelle stressplager, 2,9 % hadde posttraumatisk stresslidelse (PTSD), 2,8 % hadde depresjon, 3,9 % hadde angst, 5,1 % hadde insomni (søvnproblemer) og 1,6 % hadde alkoholmisbruk/-avhengighet.

Når man leser tallene over, er det naturlig å spørre seg om forekomsten av helseplager blant norske Afghanistan-veteraner er høy eller lav. Som beskrevet i kapittel 2, er direkte sammenlikning med den sivile populasjonen i Norge problematisk på grunn av «sunn soldat-effekten». Internasjonalt er det gjennomført en rekke undersøkelser av psykisk helse i veteran-populasjoner, og de fleste av disse finner høyere forekomst av psykiske helseplager enn i Norge. Sammenligning med funn i disse undersøkelsene er utfordrende av mange grunner. De fleste internasjonale studier har ikke undersøkt psykisk helse like «bredt», eller hos like mange veteraner som vi har gjort i denne undersøkelsen. I tillegg varierer forekomsttallene betraktelig med hvilken type militærpopulasjon som ble undersøkt, hvor veteranene hadde tjenestegjort, hvilke målemetoder man benyttet og hvor lang oppfølgingstiden var. Et annet moment er de store forskjellene mellom militærorganisasjoner i ulike land, blant annet knyttet til seleksjon og forberedelser før tjenesten, grad av eksponering for strid og belastninger i tjenesteområdet, varighet av deployeringer, samt hvilken oppfølging og ivaretakelse man mottar etter hjemkomst. Alle disse faktorene kan påvirke psykisk helse, og blir derfor viktig å ta høyde for dersom man skal sammenlikne forekomsten av psykiske plager blant veteraner i ulike land. Mange av disse faktorene kan forklare høyere forekomsttall enn det vi finner i vår undersøkelse. På tross av disse utfordringene er enkelte internasjonale studier og veteranpopulasjoner i noen grad mulig å jamføre med de norske Afghanistan-veteranene, og vi har her valgt å ta for oss enkelte av undersøkelsene vi anser som mest sammenliknbare med tanke på omfang og undersøkelsesmetode.

I en stor kanadisk undersøkelse av over 16 000 personer som hadde tjenestegjort i Afghanistan i 2009–2012, fant man at 10,2 % hadde minst én psykisk helseplage **(15)**. Det var 6,5 % som oppfylte kriterier for en depresjonsdiagnose, 3,7 % som oppfylte kriterier for en angstdiagnose og 2,8 % som oppfylte kriterier for PTSD. Med unntak av litt høyere tall når det gjelder depresjon, samsvarer disse tallene svært godt med resultatene i denne undersøkelsen. I den kanadiske undersøkelsen fant forskerne dessuten at de sterkeste risikofaktorene for utvikling av psykiske lidelser var tidligere psykiske helseplager og høy grad av eksponering for alvorlige stridshandlinger. Tidligere psykiske helseplager ble ikke målt i vår undersøkelse, men det at høy grad av eksponering for alvorlige stridshandlinger ble funnet å øke risiko for utvikling av psykiske helseplager, stemmer godt med vårt funn om at forekomst av psykiske helseplager økte i takt med eksponering for alvorlige hendelser.

I en undersøkelse av mer enn 8000 britiske veteraner fra Irak og Afghanistan ble det estimert at 21,9 % hadde minst én psykisk helseplage **(16)**. Tallet for PTSD var 6,2 %, mens det for alkoholmisbruk var 10,0 %. Disse funnene ligger noe høyere enn tallene i vår undersøkelse av Afghanistan-veteranene. Det kan være ulike forklaringer på dette, bl.a. at en vesentlig del av veteran-populasjonen i den britiske undersøkelsen bestod av Irak-veteraner[5] . Studier har vist at forekomsttall varierer ut fra tjenesteland og -periode **(17)**.

I likhet med vår undersøkelse, har flere av de utenlandske undersøkelsene også avdekket en tydelig sammenheng mellom psykiske helseplager og eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten. I denne undersøkelsen finner vi en tydelig sammenheng mellom mengden alvorlige hendelser en veteran opplever og risikoen for å utvikle PTSD. I gruppen som rapporterer lav eksponering er det en relativt beskjeden forekomst av PTSD om man sammenlikner med funn i befolkningen for øvrig **(18, 19)**, mens det i gruppen som rapporterer høy eksponering er en relativt stor forekomst av PTSD. Dette kan indikere at sunn soldat-effekten gir en motstandskraft i møte med alvorlige belastninger, men samtidig at denne effekten svekkes i takt med økende grad av belastning. I denne sammenhengen bør det bemerkes at den totale forekomsten av psykiske helseplager blant veteraner som har opplevd flere alvorlige hendelser under tjeneste i Afghanistan, er høyere enn forekomsten av PTSD. Dette tydeliggjør at gjentatt eksponering for alvorlig belastning ikke bare øker faren for å utvikle PTSD, men også øker risikoen for et bredt spekter av psykiske helseplager. Oppsummert kan man si at resultatene understøtter at norske soldater som deployerte til Afghanistan har en høy motstandskraft når det gjelder det å håndtere krevende situasjoner, men samtidig at denne motstandskraften kan «brukes opp» om belastningen blir for høy. Forekomsten av psykiske helseplager blant de som rapporterte høy belastning ligger nærmere det man ofte finner i internasjonale studier av militære avdelinger som har hatt stor belastning **(3)**.

I tillegg til økte psykiske helseplager, rapporterte veteraner med høy eksponering for alvorlige hendelser om økte kroppslige helseplager. Det er ikke grunnlag for å si at kroppslige helseplager forårsakes av psykiske plager eller motsatt. Resultatene fra denne undersøkelsen understreker derimot at psykiske og kroppslige plager etter tjeneste i Afghanistan er tett forbundet, og at begge har en sterk sammenheng med hvor mange alvorlige hendelser man har vært utsatt for. Funnet er viktig å merke seg for helsepersonell som møter veteraner, ettersom det tydeliggjør at negativ helseutvikling etter tjeneste i Afghanistan kan komme til uttrykk på flere ulike måter. Et mulig utfall av denne nære forbindelsen mellom kroppslige og psykiske plager, kan være at veteraner som melder om utmattelse, hodepine eller smerter i kroppen i møte med helsevesenet, også vil kunne slite psykisk uten at dette blir adressert. Resultatene fordrer derfor at man både i klinisk og forskningsmessig sammenheng har en helhetlig forståelse av mulige helseplager blant veteraner som har opplevd alvorlige belastninger.

5 De fleste studier viser at Irak-veteraner har gjennomgående høyere sykelighet enn Afghanistan-veteraner.

Hele 3198 av veteranene i 2020-undersøkelsen hadde også deltatt i den tidligere Afghanistan-undersøkelsen som ble gjennomført i 2012. Dette muliggjorde en sammenligning av helseplagene disse veteranene rapporterte i 2012, med det de rapporterte åtte år senere, i 2020. Analysen viste en økning i forekomsten av psykiske helseplager på 2,2 prosentpoeng mellom disse to målepunktene. Ettersom de psykiske helseplagene grupperte seg likt fordelt på alder, antar vi at veteranenes aldersøkning i løpet av de åtte årene har hatt liten innvirkning på den økte forekomsten. Funnet samsvarer med internasjonale studier som også finner at psykiske helseplager etter internasjonal tjeneste øker med tiden. En dansk studie **(3)** fant signifikant økning av både depresjon og PTSD fra 2,5 til 6,5 år etter endt tjeneste i Afghanistan. Nederlandske studier viser likeledes at psykiske plager etter tjeneste i Afghanistan kan gjøre seg gjeldende først flere år etter hjemkomst. Det er flere forklaringer på dette fenomenet, men en mulighet er at PTSD kan ha forsinket debut, såkalt «delayed onset» PTSD **(20)**. Uavhengig av forklaringsmodell, er disse funnene viktig å ta i betraktning ved oppfølging av veteraner. Resultatene både fra internasjonale studier og denne undersøkelsen, understreker at psykiske helseplager etter internasjonal tjeneste kan vare i mange år, og kan for noen forsterkes med tiden.

Vi fant ingen sammenheng mellom alder og psykiske helseplager i denne undersøkelsen. Alder kan ha en betydning for psykisk helse etter traumatiske belastninger, men variabelen har ulik effekt på forekomst av psykiske plager i forskjellige populasjoner **(21)**. Alder er relatert til akkumulert belastning i livet for øvrig. Andre livshendelser, etter Afghanistan, kan derfor også ha bidratt til sykdomsutvikling. Et aktuelt eksempel på dette er Covid-19-pandemien som antakelig rammet dem som hadde det vanskelig fra før i større grad enn andre. Andre eksempler kan være ulykker eller alvorlig sykdom som rammer mer tilfeldig. Slike forhold kan ha bidratt til den observerte økningen i psykiske helseplager fra 2012 til 2020, og analysene kontrollerer ikke for disse eventuelle effektene. Nyere hendelser kan også forsterke effektene av tidligere hendelser på individuelle måter som er vanskelig å kontrollere statistisk.

Et overraskende funn i denne undersøkelsen er at vi ikke så noen forskjell i forekomsten av psykiske helseplager mellom menn og kvinner. Dette resultatet går på tvers av en rekke tidligere studier som har funnet en overhyppighet av psykiske helseplager, da spesielt PTSD, hos kvinner sammenlignet med menn **(22)**. En nylig norsk studie fra 2019 på sivile, fant at 3,8 % av menn som rapporterte eksponering for minst én traumatisk belastning hadde PTSD, mens forekomsten var 8,5 % blant kvinnene i denne gruppen **(18)**. En annen studie av norske militære **(23)** fant få kjønnsforskjeller i rapportering av generelle helseplager, men unntaket var nettopp psykiske plager. Det er derfor oppsiktsvekkende at vi ikke fant noen kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske helseplager blant Afghanistan-veteranene. Resultatene samsvarer imidlertid med en studie på kanadiske Afghanistan-veteraner, der forskerne konkluderte med at man ikke finner noen tydelig kjønnsforskjell for PTSD når man kontrollerer for alvorlige hendelser som ikke er relatert til deployering **(24)**. En mulig forklaring på den fraværende kjønnsforskjellen i vårt utvalg, kan være at seleksjonsprosessene i forkant av deployeringene gjør at eventuelle kjønnsforskjeller viskes ut. Altså at det, på grunn av seleksjonen, kan være at kvinnelige veteraner har opplevd en noenlunde lik belastning tidligere i livet som de mennene de sammenlignes med. Det er ikke tilfellet i sivile utvalg, der f.eks. seksuelle overgrep forekommer mye oftere blant kvinner **(25)**. Vi har ikke gjort videre analyser for å identifisere tilsvarende

årsaksforklaringer på manglende kjønnsforskjeller i forekomst av psykiske helseplager i denne norske veteranpopulasjonen, men dette er et viktig tema å følge opp i fremtidige studier.

Et annet viktig funn i denne undersøkelsen er at de som gikk ut i det sivile etter tjeneste hadde betydelig høyere andel psykiske helseplager enn de som fortsatte i Forsvaret. Vi kan ikke slå fast årsaken til disse forskjellene i undersøkelsen, men en mulig forklaring kan være at stadig tjeneste i Forsvaret øker tilgang på særlig beskyttende sosial støtte fra kollegaer som også har tjenestegjort i Afghanistan. Tidligere studier understreker at nettopp tilgang på et nettverk av personer som deler samme militære erfaringer har betydning for hvordan psykologiske endringer arter seg blant Afghanistan-veteraner **(26)**. Videre innebærer ansettelse i Forsvaret også lavterskel tilgang på militære helsetjenester med spesialisert kompetanse på helseutfordringer knyttet til tjeneste i internasjonale operasjoner. Dette hadde sannsynligvis en positiv effekt på helsetilstanden til de som fortsatte i Forsvaret. Det er imidlertid mulig at enkelte sluttet i Forsvaret nettopp fordi de hadde psykiske helseplager, og at dette påvirker effekten vi finner. Videre undersøkelser er nødvendige for å avklare dette. Forskjellen er såpass stor at det bør få implikasjoner for hvordan man følger opp personell som slutter, spesielt om de har hatt en tjeneste med mange alvorlige hendelser.

STYRKER OG BEGRENSNINGER VED UNDERSØKELSEN

I Afghanistan-undersøkelsen 2012 svarte 56,7 % av de inviterte, mens responsraten økte til 67,7 % ved 2020-undersøkelsen. Det at en større andel av veteran-populasjonen svarte i 2020 øker generaliserbarheten av funnene, men kan også ha påvirket noen av endringene man identifiserte i sammenlikningene med tallene fra 2012.

Når man gjennomfører undersøkelser i store befolkningsgrupper, er det ofte relativt mange som ikke svarer. Selv om responsen på begge Afghanistan-undersøkelsene kan betraktes som god, er det likevel berettiget tvil knyttet til om personer med psykiske helseplager svarte på undersøkelsen i like stor grad som veteraner uten slike plager. Dette kan medføre at tallene vi har presentert underestimerer hvor mange veteraner som faktisk har psykiske helseplager – med andre ord, det kan være «mørketall» i våre estimater. Ved Afghanistan-undersøkelsen i 2012 hadde vi mulighet til å undersøke de potensielle mørketallene ved at vi fikk godkjenning til å trekke ut sykmeldingsdata fra NAV på hele populasjonen fra 1. januar 2000 til 1. juni 2012. Analyser viste da, at av de som svarte på undersøkelsen i 2012 hadde 5,3 % hatt sykmelding relatert til psykisk lidelse, mens tallet var 6,2 % for populasjonen totalt (både respondere og non-respondere)[6]. Vi hadde ikke mulighet til å gjennomføre en slik non-responder-analyse av NAV-data i denne undersøkelsen (2020), men om man legger det samme forholdstallet til grunn betyr det altså at 2020-undersøkelsen kan ha underestimert den totale forekomsten av psykiske helseplager med 1,7 prosentpoeng. Dette gir dermed en indikasjon på størrelsen av eventuelle mørketall.

6 Disse analysene er kun gjort på den mannlige delen av populasjonen.

Når man skal fortolke resultatene i undersøkelsen, er det viktig å være klar over at det finnes visse begrensninger ved måten den er gjennomført på. Vi har bedt veteranene om å rapportere hendelser i tjenesten som kan ligge flere år tilbake i tid. Det er en mulighet at ting har hendt i løpet av disse årene som påvirket hukommelsen for det man opplevde under tjenesten. Vi vet også at hukommelse for tidligere hendelser påvirkes av psykisk helsetilstand.

Det kan anses som problematisk at vi har basert oss utelukkende på bruk av selvrapport, ettersom noen veteraner kan ha et personlig ønske om å fremstå som enten mer eller mindre plaget enn det de egentlig er. Samtidig er bruk av selvrapport det eneste hensiktsmessige ved større spørreundersøkelser som ønsker å kartlegge et stort antall individer. Deltakelse var i denne undersøkelsen frivillig, og veteranene ble informert om at besvarelsene deres ville bli håndtert på en måte som ivaretok anonymitet. I tillegg har forskning pekt på at risikoen for feilrapportering ved bruk av selvrapport ofte overvurderes **(27)**. Dette gir oss grunn til å anta at de fleste har svart så oppriktig som mulig på spørsmålene i undersøkelsen.

Undersøkelsen av Afghanistan-veteraner i 2020 var først og fremst en helseundersøkelse. Av dette følger naturlig at man bruker mye plass i undersøkelsen på å adressere ulike helseplager og eksponering for belastende hendelser. Man kan med rette peke på at dette skaper mye fokus på negative sider ved militærtjeneste i Afghanistan. Derfor kan det avslutningsvis i denne rapporten være verdt å merke seg at den store majoriteten av Afghanistan-veteraner rapporterer om høy eller svært høy tilfredsstillelse med livet sitt, og at denne andelen ikke har gått ned siden undersøkelsen i 2012.

KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER

Denne undersøkelsen, hvor vi har sammenlignet psykiske helseplager mellom 2012 og 2020, er den første store oppfølgingen over tid av norsk militært personell. Vi fant at 10,4 % av veteranene rapporterte psykiske helseplager, og det var en stor overhyppighet av kroppslige helseplager blant de som rapporterter psykiske plager. Både kroppslige og psykiske helseplager var tydelig knyttet til belastning i tjenesten, selv mange år etter hendelsene. Vi fant ingen forskjell i psykiske helseplager mellom kvinner og menn, men derimot var det en betydelig overhyppighet av psykiske helseplager blant de som sluttet etter tjenesten i Afghanistan, sammenliknet med de som fortsatte i Forsvaret. For de fleste psykiske helseplager økte forekomsten mellom de to måletidspunktene. Dette betyr at de psykiske helseplagene ikke er kortvarige, men at de tvert imot kan øke med tiden. Siden mange av soldatene er relativt unge, kan dette føre til mange år med nedsatt helse og livskvalitet. Da er det viktig å minne om at selv om plagene har vart lenge, så finnes det flere ulike behandlingstilnærminger som virker, og det er individuelt hvilken behandling som virker best.

I oppfølgingsarbeid med veteraner kan det være en tendens til at det fokuseres på alvorlige enkelthendelser. Undersøkelsen peker på at det er viktig å kartlegge alvorlige hendelser over tid og særlig følge opp de som er utsatt for høy kumulativ belastning i tjenesten.

Helsepersonell må være oppmerksom på, og følge opp, kroppslige helseplager. Veteraner som søker hjelp for kroppslige helseplager kan ha hatt høy belastning over tid som kan være relevant for å forstå og behandle de kroppslige helseplagene. Det kan også være relevant i seleksjon til ytterligere tjeneste med potensielt stor belastning.

Veteraner som sluttet i Forsvaret etter deployering hadde betydelig større forekomst av psykiske helseplager. Dette funnet bør gjenspeiles i de tiltak man treffer for å hjelpe veteranene.

Antagelser om at kvinner har en større risiko for å utvikle psykiske helseplager etter alvorlige belastninger i en militær kontekst bør undersøkes nærmere, ettersom funnene i denne undersøkelsen gikk på tvers av mange tidligere studier.

Epilog

I skrivende stund har de vestlige militære styrkene trukket seg ut av Afghanistan, og Taliban har tatt tilbake makten i landet. Norge har gjennomført en omfattende evakuering av både sivile og militært personell. De fleste som har fulgt media vil føle seg berørt av bildene fra Kabul. Akkurat nå vurderes innsatsen som er lagt ned over 20 år i lys av de siste ukers hendelser, både politisk og individuelt. Et viktig spørsmål blir derfor; hva betyr dette for våre veteraner?

Belastende hendelser er lettere å bære dersom de oppleves som meningsfulle. Slik meningsdannelse setter opplevelser og handlinger inn i en større helhet som kan styrke den enkeltes motstandskraft og stimulere modning og personlig vekst. Dersom noe oppleves som meningsløst, kan det ha motsatt effekt.

De siste ukers hendelser kan for noen Afghanistan-veteraner presse frem refleksjoner rundt hvilken mening og betydning deres innsats har hatt. Det er nærliggende å anta at mange vil kjenne på skuffelse og frustrasjon, men for enkelte kan det også innebære tap av mening. Meningstap kan ha konsekvenser for både personlig utvikling og sårbarhet for utvikling av helseplager. I denne sammenheng blir rollen til de som ivaretar veteraner å gjøre seg synlig og tilgjengelig for de som har behov for støtte.

Meningsdannelse er i siste instans et personlig anliggende, og hva man vektlegger i ettertid er individuelt. Selv om det politiske øyeblikksbildet er annerledes enn det mange hadde ønsket seg, betyr ikke det nødvendigvis at innsatsen var meningsløs for den enkelte. Både opplevelsen av å utgjøre en lokal forskjell der og da, det å ha blitt tilført verdifulle erfaringer, og det å ha bidratt på et mer overordnet nivå, kan stå igjen som meningsfullt. Det bør være rom for ulike narrativ. Den politiske utviklingen i Afghanistan og de siste ukers hendelser kan ha stor personlig betydning for enkelte, mens det for andre er mindre betydningsfullt. Man bør la det være opp til hver enkelt veteran å vurdere om deres tjeneste var meningsfull.

Selv om meningsdannelse er en personlig sak, skapes det også et offentlig narrativ om Norges innsats i Afghanistan. Den enkelte veteran blir påvirket av holdningene samfunnet for øvrig har til det militære bidraget. Historien har vist at fellesskapets fordømmelse kan lage sår som aldri gror. De som har bidratt fortjener å møtes med respekt for sin innsats. Det skaper rom for å være både stolt, og samtidig kritisk til det man har vært en del av. Det gir mening, og det gir god helse.

Referanser

1 **Departementene.** I tjeneste for Norge. Regjeringens handlingsplan for ivaretakelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste (2011–2013).2011.

2 **Forsvaret.** Afghanistan-undersøkelsen 2012. En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan fra 2001–2011. Oslo: Kontor for psykiatri og stressmestring; 2012.

3 **Karstoft KI, Nielsen ABS, Andersen SB.** ISAF7 – 6,5 år efter hjemkomst. Ringsted: Veterancentret; 2017.

4 **van der Wal SJ, Gorter R, Reijnen A, Geuze E, Vermetten E.** Cohort profile: the Prospective Research In Stress-Related Military Operations (PRISMO) study in the Dutch Armed Forces. BMJ Open. 2019;9(3):e026670.

5 **Christensen AI, Ekholm O, Gray L, Glümer C, Juel K.** What is wrong with non-respondents? Alcohol-, drug- and smoking-related mortality and morbidity in a 12-year follow-up study of respondents and non-respondents in the Danish Health and Morbidity Survey. Addiction. 2015;110(9):1505–12.

6 **McLaughlin R, Nielsen L, Waller M.** An evaluation of the effect of military service on mortality: quantifying the healthy soldier effect. Annals of Epidemiology. 2008;18:928–36.

7 **Strand LA, Martinsen JI, Fadum EA, Borud EK.** External-cause mortality among 21 609 Norwegian male military peacekeepers deployed to Lebanon between 1978 and 1998. BMJ Publishing Group Ltd; 2017. p. 573–7.

8 **Figley CR.** Trauma and its wake. Figley CR, editor. New York: Routledge; 2013.

9 **Johnsen GE, Bøe HJ.** Norske afghanistanveteraner: stigma, barrierer og helsehjelp. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2016;53(10):814–22.

10 **LeardMann CA, McMaster HS, Warner S, Esquivel AP, Porter B, Powell TM, et al.** Comparison of Posttraumatic Stress Disorder Checklist Instruments From Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition vs Fifth Edition in a Large Cohort of US Military Service Members and Veterans. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e218072-e.

11 **Dahli MP, Šaltytė-Benth J, Haavet OR, Ruud T, Brekke M.** Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. Family Practice. 2021.

12 **Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC.** Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. Am J Psychiatry. 2007;164(1):150–3.

13 **Sareen J, Stein MB, Thoresen S, Belik SL, Zamorski M, Asmundson GJ.** Is peacekeeping peaceful? A systematic review. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2010;55:464–72.

14 **Støren KS, Rønning E, Gram KH.** Livskvalitet i Norge 2020. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2020.

15 **Zamorski MA, Rusu C, Garber BG.** Prevalence and correlates of mental health problems in Canadian Forces personnel who deployed in support of the mission in Afghanistan: Findings from postdeployment screenings, 2009–2012. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2014;59(6):319–26.

16 **Stevelink SAM, Jones M, Hull L, Pernet D, MacCrimmon S, Goodwin L, et al.** Mental health outcomes at the end of the British involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: a cohort study. The British Journal of Psychiatry. 2018;213(6):690–7.

17 **Morgan JK, Levin-Rector A, Van Dorn RA, Trudeau J, Hourani LL, Cartwright JK, et al.** Trends in mental health outcomes and combat exposure among US marines returning from Iraq, Afghanistan or other deployments, 2004–13. Journal of Public Health. 2018;41(2):313–20.

18 **Heir T, Bonsaksen T, Grimholt T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Lerdal A, et al.** Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. BJPsych open. 2019;5(5):e82-e.

19 **Lassemo E, Sandanger I, Nygard JF, Sorgaard KW.** The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52:11–9.

20 **Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L.** Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence. Am J Psychiatry. 2007;164(9):1319–26.

21 **Norris FH, Kaniasty K, Conrad ML, Inman GL, Murphy AD.** Placing Age Differences in Cultural Context: A Comparison of the Effects of Age on PTSD After Disasters in the United States, Mexico, and Poland. Journal of clinical geropsychology. 2002;8(3):153–73.

22 **Brewin CR, Andrews B, Valentine JD.** Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(5):748–66.

23 **Fadum EA, Strand LÅ, Martinussen M, Breidvik L, Isaksen N, Borud E.** Fit for fight-self-reported health in military women: A cross-sectional study. BMC Womens Health. 2019;19(1):119-.

24 **Frank C, Zamorski MA, Lee JEC, Colman I.** Deployment-related trauma and post-traumatic stress disorder: does gender matter? Eur J Psychotraumatol. 2018;9(1):1486123–10.

25 **Sivertsen B, Nielsen MB, Madsen IEH, Knapstad M, Lønning KJ, Hysing M.** Sexual harassment and assault among university students in Norway: a cross-sectional prevalence study. BMJ Open. 2019;9(6):e026993-e.

26 **Nordstrand AE, Bøe HJ, Holen A, Reichelt JG, Gjerstad CL, Hjemdal O.** Social support and disclosure of war-zone experiences after deployment to Afghanistan – Implications for posttraumatic deprecation or growth. Traumatology (Tallahassee, Fla). 2020;26(4):351–60.

27 **Bramsen I, Dirkzwager AJE, van Esch SCM, van der Ploeg HM.** Consistency of self-reports of traumatic events in a population of Dutch peacekeepers: Reason for optimism? J Traum Stress. 2001;14(4):733–40.