

Psykisk helse hos veteraner 2021

Haakon Engen & Lars-Petter Bakker

2021-12-20

Innhold

Bakgrunn.....	2
Gjennomføring.....	2
Utvalg og svarprosent.....	2
Demografiske grupper.....	2
Respondere vs ikke-respondere.....	3
Lesehjelp for figurer.....	4
Psykisk helse relatert til belastende hendelser	5
Forekomst.....	5
Traumebelastning	7
Psykisk helse	7
Generelle stressreaksjoner.....	8
Depresjonssymptomer	8
Selvmord eller selvskading.....	9
Søvn og energi.....	10
Fatigue/utmattethet.....	10
Søvnproblemer	11
Alkoholbruk	11
Livskvalitet.....	13
Oppsummering.....	14
Representativitet og gruppeforskjeller	14
Psykisk helse relatert til belastende hendelser.....	14
Generelle stressreaksjoner, depresjon og tanker om selvmord og selvskading	14
Søvn og energi.....	15
Alkohol	15
Livskvalitet.....	16
Referanser	17

Bakgrunn

Forsvarets sanitet (FSAN) har i samarbeid med militære og sivile aktører utviklet en ny og enhetlig helsekartlegging for alle veteraner som har vært i tjeneste de siste 8 årene, uavhengig om de er ansatt i Forsvaret eller sivile. Helsekartleggingen konstituerer en rutinemessig datainnsamling til Forsvarets Helseregister (FHR), og vil sikre informasjon om personellens helsetilstand og dens utvikling over tid. Forskning på slike helsedata 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 oppfølging. Etableringen av denne enhetlige helsekartleggingen løser oppdraget definert av tiltak 2 i Regjeringens oppfølgingsplan – *I tjeneste for Norge* (https://www.regjeringen.no/contentassets/2dd67c61a57b441ca69a91a7eb036913/veteraner_handlingsplan_nettoversjon.pdf)

Gjennomføring

Undersøkelsen ble gjennomført digitalt med datainnsamling i januar/februar 2021. Med utgangspunkt i lister produsert av Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS) ble alle veteraner som hadde avsluttet utenlandstjeneste i løpet av de siste 8 årene kontaktet (uttrekksperiode 01.01.13 - 31.12.20). Veteraner som på undersøkelsestidspunktet var ansatt i Forsvaret fikk invitasjon til å gjennomføre undersøkelsen som en del av Forsvarets Medarbeiderundersøkelse (FMU) 2021, mens veteraner som hadde avsluttet sitt arbeidsforhold i Forsvaret ble sendt invitasjonsskriv i elektronisk postkasse og en lenke til selve undersøkelsen direkte på SMS. Det ble sendt ut tre påminnelser i datainnsamlingsperioden. Deltagelse var fullstendig frivillig, og alle deltagere ble spurt om samtykke for bruk av avgitte svar i forskning. Alle besvarelser var pseudonymiserte, slik at individuelle besvarelser ikke kan spores tilbake til deltagerene av forskere som behandler data.

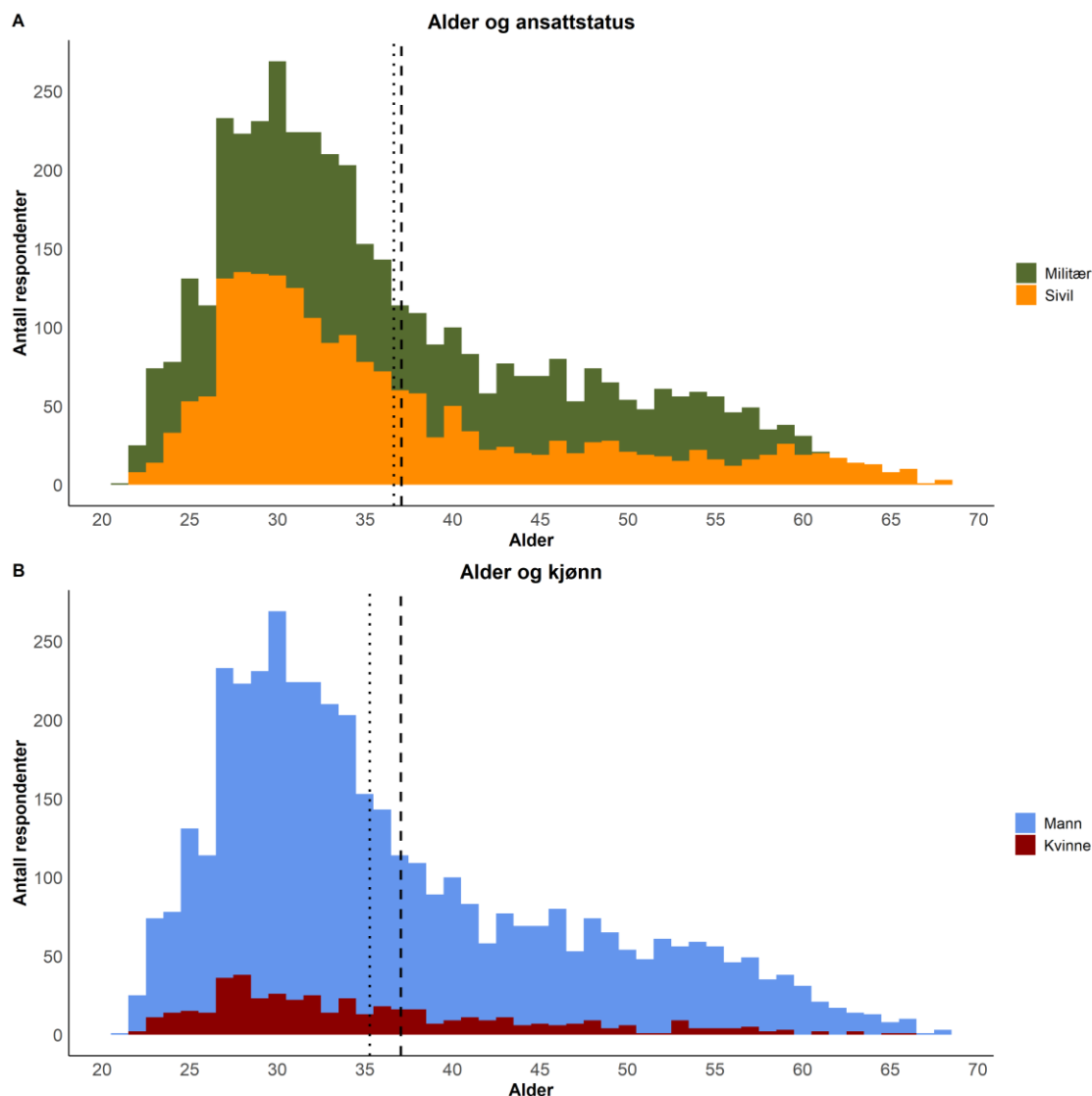
Utvalg og svarprosent

Til sammen 4196 personer fikk tilsendt undersøkelsen (3739 kvinner og 457 menn). 2224 av disse (53 prosent) tjenestegjorde fortsatt i Forsvaret, mens 1972 (47 prosent) var sivile. Av disse besvarte 2136 (50.91 prosent) undersøkelsen. Svarprosent for militært ansatte og sivile veteraner var på henholdsvis 68.71 og 39.6 prosent. 11 veteraner (0.26 prosent) nektet aktivt å delta i denne og fremtidige veteranundersøkelser. 50.25 prosent kvinner og 56.24 prosent menn besvarte undersøkelsen.

Demografiske grupper

I denne undersøkelsen har vi vært spesielt interesserte i å undersøke hvorvidt det foreligger forskjeller i psykisk helse i to domener: 1) ansattstatus, altså om respondentene er fortsatt ansatte i Forsvaret på undersøkelsestidspunktet, eller er sivile og 2) kjønn, altså om respondentene identifiserer seg selv om mann eller kvinne. I det følgende vil tekst og

figurer rapportere snitt for hver av disse gruppene. Aldersdistribusjonen i disse gruppene er rapportert i figuren under. Gjennomsnittsalder for militært ansatte (37.1 år) og sivile veteraner (36.6 år) er nært sammenlignbar, mens kvinnelige (35.3 år) er noe yngre enn mannlige (37.1 år) respondenter.



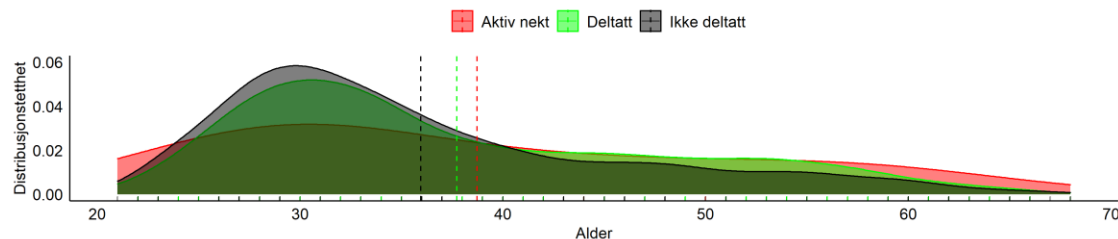
Figur 2.1 Distribusjon av alder og kjønn hos respondentene. Stiplede linjer viser gjennomsnittet til hhv. militært ansatte veteraner (Panel A) og menn (Panel B), mens punktlinjer viser gjennomsnittet for sivile veteraner (Panel A) og kvinner (Panel B).

Respondere vs ikke-respondere.

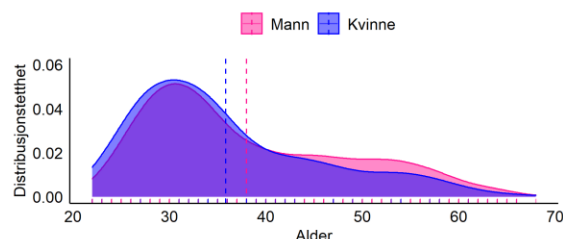
Et viktig moment med undersøkelser som dette er å vurdere hvorvidt en eller flere grupper er underrepresentert. Dette kan man sjekke ved å se på distribusjonen av respondere og ikke respondere, samt aktivt nektende. Aldersdistribusjonen av respondenter, ikke-respondenter og aktivt nektende er rapportert under i Figur 2.2 Som denne figuren viser er det ikke grunnlag til å mistenke selektivt bortfall av responser basert på alder (panel A)

eller kjønn (panel B og C). Da det ikke foreligger fullstendig informasjon om aldersfordelingen til ikke-responderende forsvarsansatte er det ikke mulig å foreta vurdere om det er en skjevhet i respons assosiert med ansattstatus.

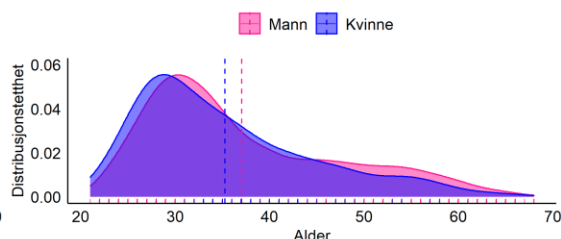
A Alder vs. responderstatus



B Respondere



C Ikke-respondere



Figur 2. A: Aldersdistribusjon for de forskjellige responderstatusene. Besvarte og ikke-besvarte populasjoner er mer eller mindre ekvivalente, mens de som har vegret besvarelse er noe yngre. B: Distribusjonen av alder hos kvinner og menn i respondergruppen. C: Distribusjonen av alder hos kvinner og menn i ikke-respondergruppen. Stiplede linjer viser gjennomsnittlig alder for hver av distribusjonene.

Lesehjelp for figurer

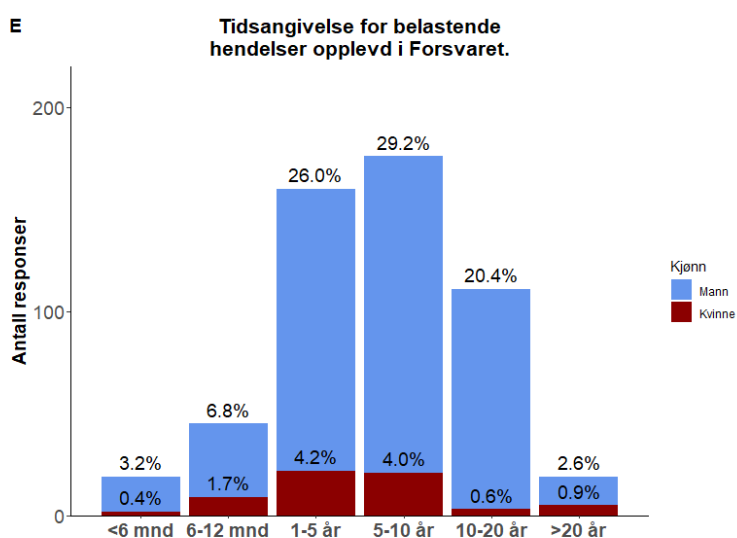
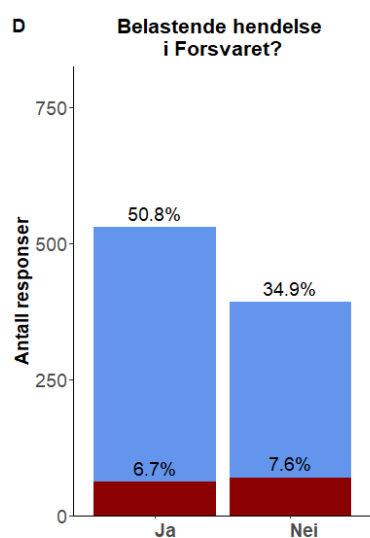
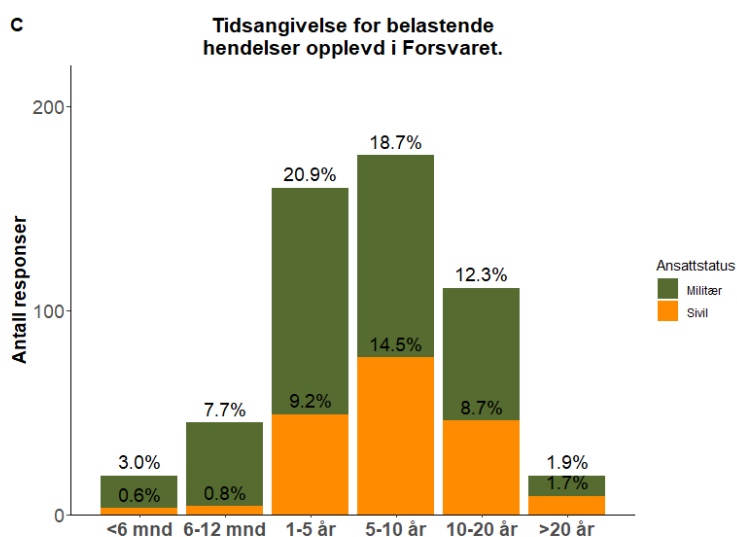
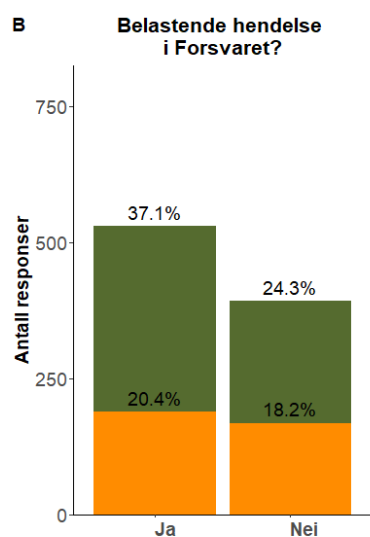
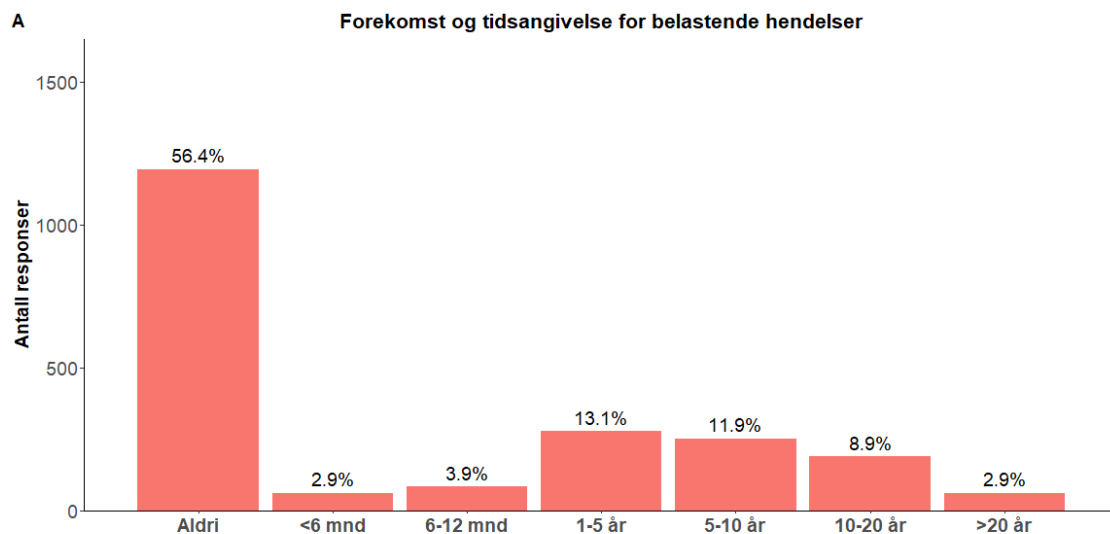
I det følgende blir svar fra undersøkelsen presentert. Gjennomgående presenteres svarene ved hjelp av figurer som består av to paneler: 1) Venstre panel viser fordelingen av responser slik de ble registrert for å gi et overordnet inntrykk av hvordan populasjonen som helhet svarer. Her brukes en "traffiklys"-fremstilling fra blå til rød basert på alvorlighetsgrad av responser for hvert instrument/spørsmål. 2) Høyre panel viser gjennomsnittlig respons på instrumentene, fordelt på kjønn (mann/kvinne) og ansattstatus (militær/sivil). I dette panelet oppgis også 95% konfidensintervaller på gjennomsnittsestimatene gjennom feilfelt rundt gjennomsnittene. Som en tommelfingerregel kan man si at der hvor konfidensintervallene overlapper er det ingen statistisk forskjell. NB! Dette gjelder kun for sammenligning mellom kjønn og mellom ansattstatus, men ikke på tvers av sammenligningsgrupper (kjønn og ansattstatus). Det må også poengteres at disse slike sammenligninger må gjøres med forsiktighet og at disse sammenligningene ikke gir hold for å trekke slutninger om faktiske forskjeller mellom gruppene, da det med sannsynlighet foreligger tredjevariabler (f.eks. alder) som kan forklare forskjellene. Dette vil bli undersøkt i fremtidige undersøkelser.

Psykisk helse relatert til belastende hendelser

Internasjonal tjeneste innebærer økt risiko for å bli utsatt for belastende hendelser som igjen kan lede til psykiske vansker, slik som PTSD. Derfor var et sentralt moment i undersøkelsen å få oversikt i forekomsten av slike belastende hendelser, samt hvilken innvirkning slike hendelser har på de som har opplevd de. Av denne grunn ble en tilpasning av den norske oversettelsen av International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018) brukt for å vurdere 1) hvorvidt respondentene hadde opplevd belastende hendelser i løpet av livet, og 2) hvorvidt disse hendelsene hadde skjedd i forbindelse med tjeneste i Forsvaret, samt 3) hvilken innvirkning disse hendelsene har på daglig fungering.

Forekomst

Figur 3.1 viser responser på spørsmål om livstidsforekomst av belastende hendelser. Totalt 2117 valide responser ble registrert. 1195 rapporterte at de har opplevd belastende hendelser (se Figur 3.1 A.). Av disse besvarte 922 spørsmål om disse hendelsene skjedde i løpet av tjenestetiden i Forsvaret (se Figur 3.1 B og D). Dette var tilfellet for 530, tilsvarende 57.48 prosent, av de som hadde opplevd belastende hendelser. Figur 3.1 C og E viser hvor lenge siden disse belastende hendelsene ble opplyst å ha hendt.

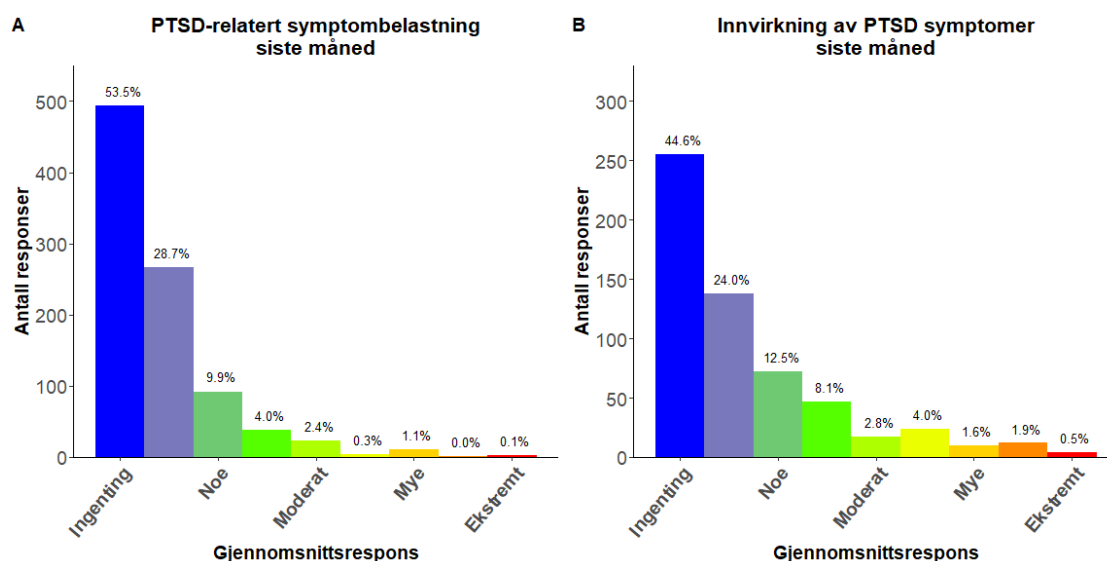


Figur 3.1. A: Rapportert forekomst av belastende hendelser og når hendelsen evt. skjedde. B+D: Rapportert andel av belastende hendelser som forekom i løpet av tjeneste i Forsvaret. C+E: Oppgitt tid siden belastende hendelser opplevd i Forsvaret.

Traumebelastning

De som opplyste å ha opplevd belastende hendelser, besvarte et spørreskjema (N = 922) om forekomst av symptomer på posttraumatisk stresslidelse siste måned. Responserne på disse spørsmålene er illustrert i Figur 3.2 A. 570 rapporterte å ha noen grad av symptombelastning, tilsvarende 38.18 prosent av respondentene. På en skala fra 1 = "Ingenting" til 5 = "Ekstremt" var medianresponsen 1.17 (absolutt medianavvik = 0.25), mens den gjennomsnittlige responsen var 1.41 (95% konfidensintervall = [1.44,1.37]).

Dersom en respondent svarte at de hadde opplevd symptomer, ble de spurt om hvor stor påvirkning disse symptomene har på relasjoner, jobb eller sosial funksjon (se Figur 3.2 B). På en skala fra 1 = "Ingenting" til 5 = "Ekstremt" var medianresponsen 1.33 (absolutt medianavvik = 0.49), mens den gjennomsnittlige responsen var 1.65 (95% konfidensintervall = [1.72,1.58]).



Figur 3.2. A: Dersom respondentene svarte at de hadde opplevd en belastende hendelse ble de spurt om de hadde PTSD-symptomer, rapportert her. B: Dersom respondentene rapporterte noen grad av PTSD symptom ble de spurt om innvirkning av symptomene på daglig funksjon, rapportert her.

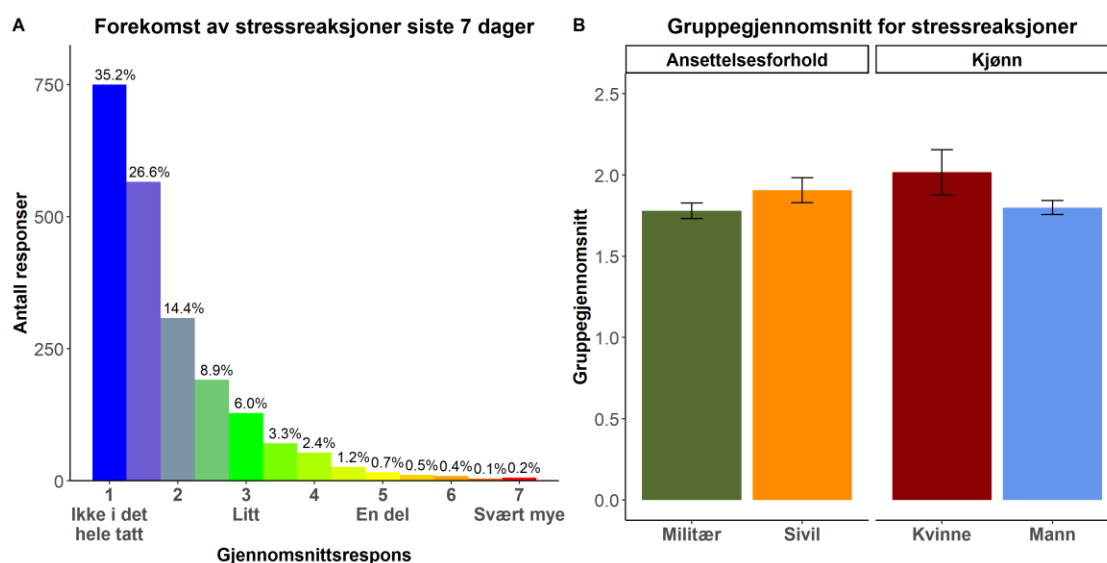
Psykisk helse

I tillegg til belastningsrelaterte problemer, ble psykisk helse ble målt ved hjelp av 1) PTSS-10 (Holen et al., 1983, Holgersen et al., 2010), som måler generelle stressreaksjoner – et amalgam av symptomer som søvnproblemer, depresjon, angst, anspenthet, irritabilitet, skvettenhet, isoleringstendens, emosjonell labilitet, og

selvbebreidelsestendenser – som gjerne oppstår etter belastende hendelser, men også gir en generell pekepinn på psykisk helse, og 2) PHQ (Whooley et al., 1997), som spesifikt måler symptomer på depresjon. I tillegg ble et separat spørsmål stilt spesifikt om tanker om selvmord eller selvskading. Dersom respondenten svarte at de hadde hatt tanker om selvmord eller selvskading ble de presentert en tekst som oppfordret de til å oppsøke hjelp, samt informasjon om hvordan man kan oppsøke slik hjelp.

Generelle stressreaksjoner.

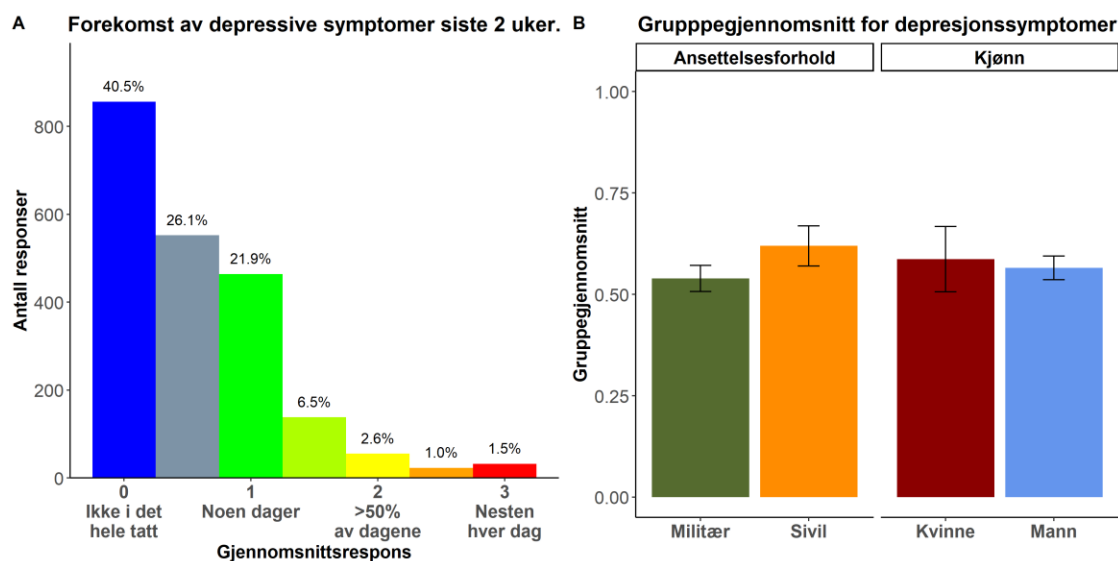
Forekomst av selvopplevde stressreaksjoner og psykiske problemer generelt de siste 7 dagene ble målt med PTSS-10 (Holen et al., 1983, Holgersen et al., 2010). 2126 besvarelser ble registrert. Fordelingen av responser er rapportert i Figur 4. På en skala fra 1 = “Ikke i det hele tatt” til 4 = “Svært mye” var medianresponsen 1.5 (absolutt medianavvik = 0.74), mens den gjennomsnittlige responsen var 1.41 (95% konfidensintervall = [1.44,1.37]).



Figur 4. A: Rapportert forekomst av generelle stressreaksjoner. B: Gjennomsnittlig forekomst av generelle stressreaksjoner per gruppe. Feilfelt er 95% konfidensintervall.

Depresjonssymptomer

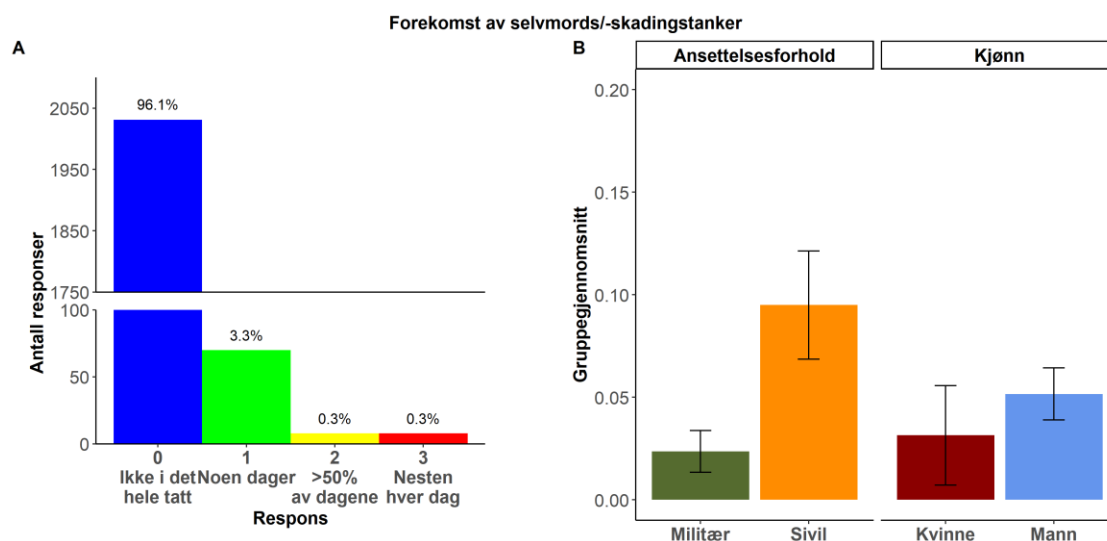
Forekomst av symptomer på depresjon de siste to ukene ble målt med PHQ-2 (Whooley et al., 1997). 2113 besvarelser ble registrert. Fordelingen av responser er rapportert i Figur 5. På en skala fra 1 = “Ikke i det hele tatt” til 4 = “Nesten hver dag” var medianresponsen 0.5 (absolutt medianavvik = 0.74), mens den gjennomsnittlige responsen var 0.57 (95% konfidensintervall = [0.6,0.54]).



Figur 5. A: Forekomst av depressive symptomer siste to uker målt med skjemaet PHQ. B: Gjennomsnittlig forekomst av depressive symptomer siste to uker målt med skjemaet PHQ-2 for hver av gruppene. Feilfelt er 95% konfidensintervall.

Selvmed eller selvskading

```
## Scale for 'y' is already present. Adding another scale for 'y', which will
replace the existing
## scale.
## Scale for 'y' is already present. Adding another scale for 'y', which will
replace the existing
## scale.
```



Figur 6. A: Forekomst av tanker om selvmord eller selvskading. PHQ. B: Gjennomsnittlig forekomst av selvmords/selvskadings symptomer siste to uker målt for hver av gruppene. Feilfelt er 95% konfidensintervall.

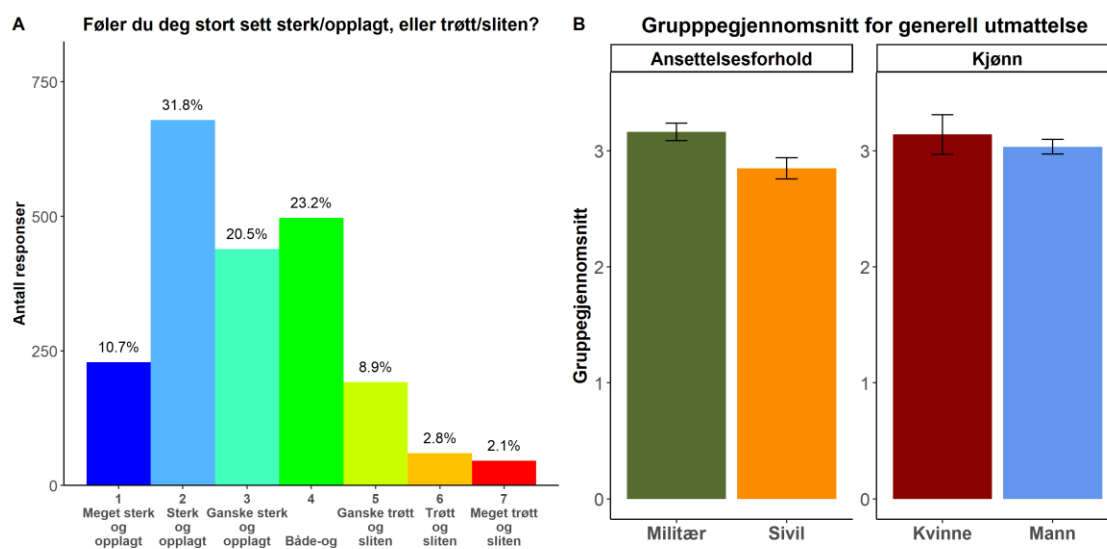
Deltagerene ble også stilt et enkeltspørsmål om til hvilken grad de hadde vært plaget av tanker om selvmord eller selvskading siste to uker. 2113 besvarelser ble registrert. Fordelingen av responser er rapportert i Figur 6. På en skala fra 1 = “Ikke i det hele tatt” til 4 = “Nesten hver dag” var medianresponsen 0 (absolutt medianavvik = 0), mens den gjennomsnittlige responsen var 0.05 (95% konfidensintervall = [0.06,0.04]).

Søvn og energi

En viktig prediktor for psykiske helseproblemer er energinivå og søvnvansker, og et hovedtema i undersøkelsen var å få innsikt i hvordan søvn og energinivå var hos respondentene. Derfor ble de bedt om å besvare et spørsmål om energinivå tatt fra HUNT studien (Skarpsno et al., 2020), og å besvare Bergen Insomnia Scale (Pallesen et al., 2008), som måler søvnproblemer. Til sammen gir disse instrumentene en oversikt over hvor opplagt respondentene er, som kan fungere som en indikator på generell psykisk helse.

Fatigue/utmattethet

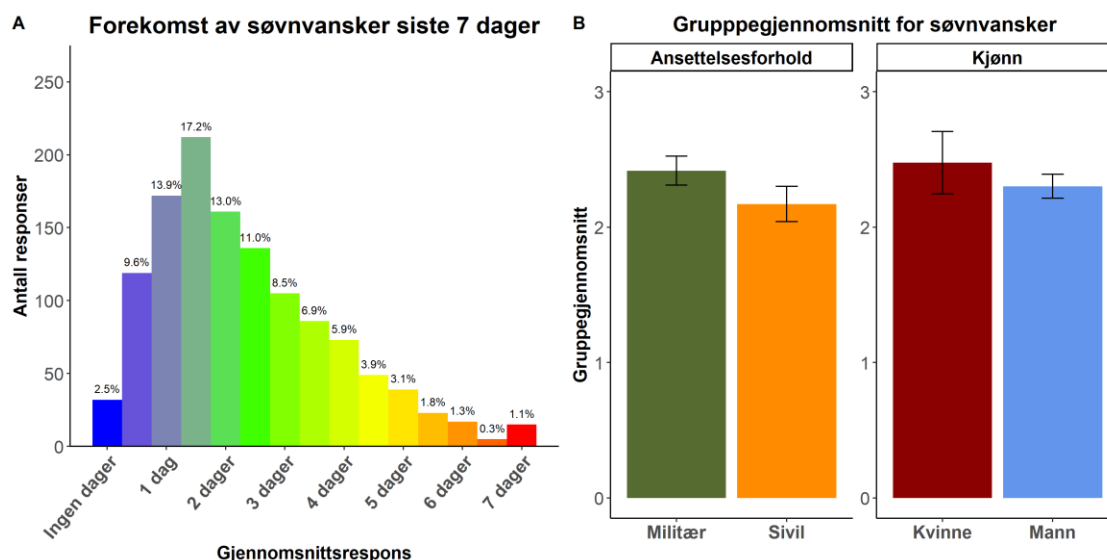
På enkeltspørsmål om generell opplagthet og tretthet (“Føler du deg stort sett sterk/opplagt, eller trøtt/sliten?”) ble totalt 2135 besvarelser registrert. Fordelingen av responser er rapportert i Figur 7.1. På en skala fra 1 = “Meget sterk og opplagt” til 7 = “Meget trøtt og sliten” var medianresponsen 3 (absolutt medianavvik = 1.48), mens den gjennomsnittlige responsen var 3.05 (95% konfidensintervall = [2.99,3.11]).



Figur 8.1. A: Fordeling av responser på spørsmål om utmattelse. B: Gjennomsnittlig forekomst av utmattelse siste to uker målt med skjemaet PHQ for hver av gruppene. Feilfelt er 95% konfidensintervall..

Søvnproblemer

Forekomst av forskjellige søvnproblemer den siste uken ble målt med skjemaet Bergen Insomnia Scale (BIS; Pallesen et al., 2008). Totalt 1229 besvarelser ble registrert. Fordelingen av responser er rapportert i Figur 8.2. På en skala fra 1 = “Ingen dager” til 8 = “7 dager” var medianresponsen 3 (absolutt medianavvik = 1.48), mens den gjennomsnittlige responsen var 3.32 (95% konfidensintervall = [3.24,3.41]).



Figur 8.2. A: Gjennomsnittlig respons på Bergen Insomnia Scale (BIS). B: Gjennomsnittlig forekomst av søvnproblemer siste 7 uker målt med BIS for hver av gruppene. Feilfelt er 95% konfidensintervall.

Alkoholbruk

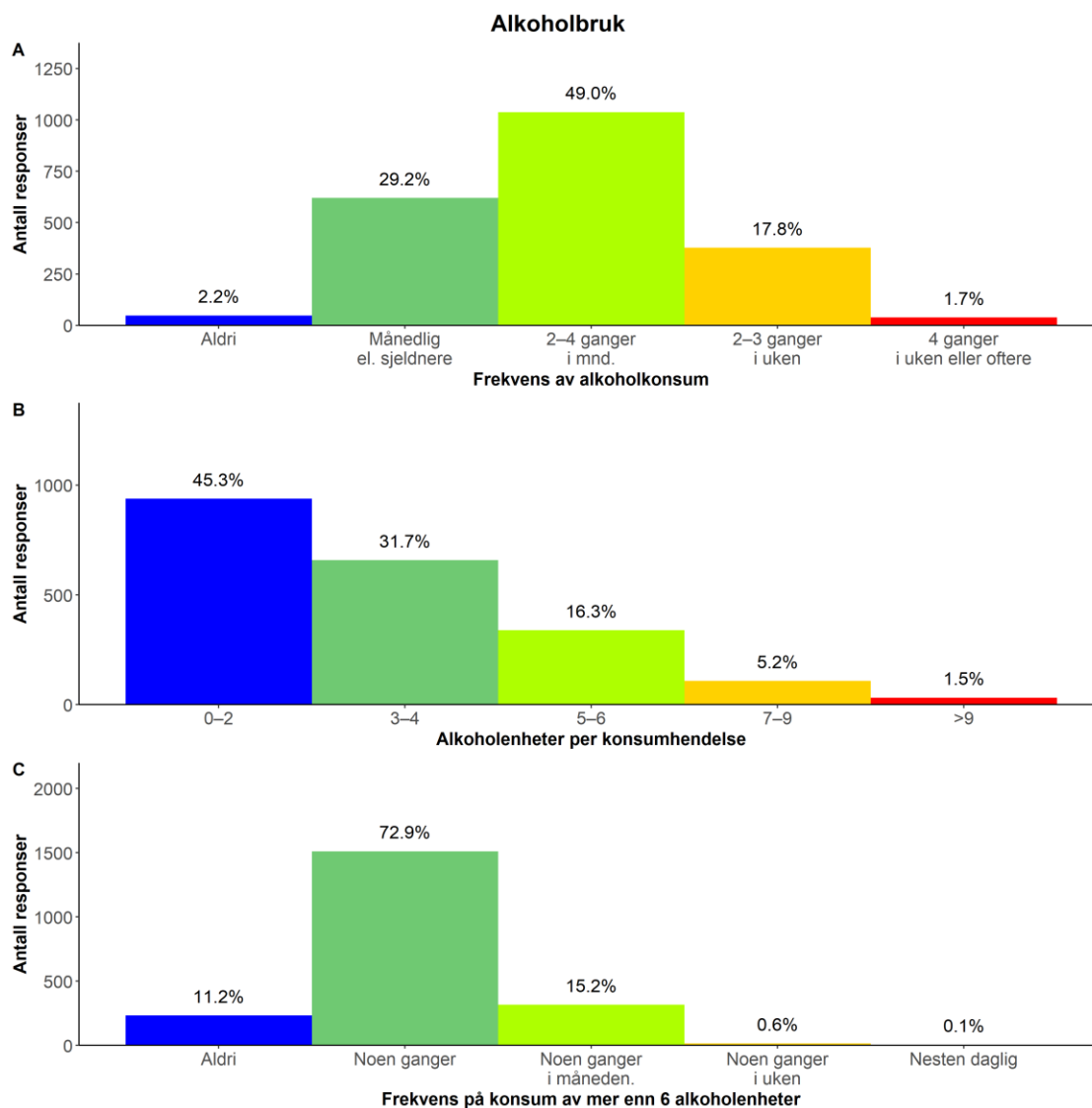
En annen viktig indikator på generell psykisk helse er alkoholbruk, og i denne undersøkelsen ble dette målt ved at respondentene besvarte skjemaet “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT-C; Bush et al., 1998), som er et ofte brukt screeningverktøy for å stadfeste grad av alkoholbruk hos individer.

Alkoholbruk ble målt med tre spørsmål tatt fra skjemaet AUDIT-C. Totalt 2117 besvarelser ble registrert. Fordelingen av responser på disse spørsmålene er rapportert i Figur 9.

På en skala fra 0 = “Aldri” til 4 = “4 ganger i uken eller oftere” ble respondentene spurt om hvor ofte de drikker alkohol (Figur 9 A). Medianresponsen var 2 (absolutt medianavvik = 1.48), mens den gjennomsnittlige responsen var 1.88 (95% konfidensintervall = [1.84,1.91])

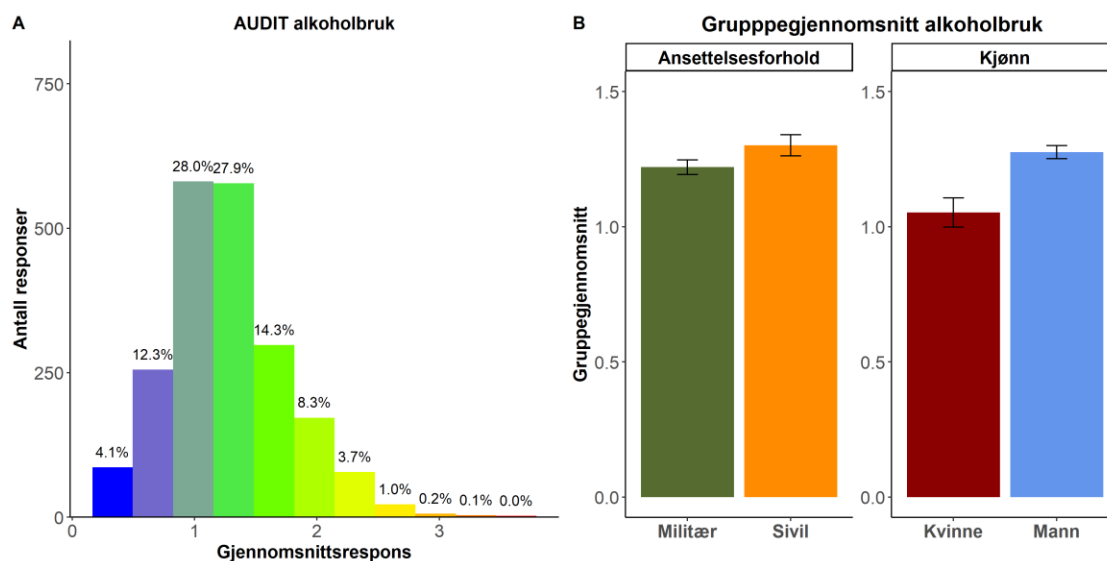
På en skala fra 0 = “0-2” til 4 = “10 eller mer” ble respondentene spurt om hvor mange alkoholenheter de typisk drikker når de drikker alkohol (Figur 9 B). Medianresponsen var 1 (absolutt medianavvik = 1.48), mens den gjennomsnittlige responsen var 0.86 (95% konfidensintervall = [0.9,0.82])

På en skala fra 0 = “Aldri” til 4 = “Nesten daglig” ble respondentene spurt om hvor ofte de drikker 6 alkoholenheter eller fler (Figur 9 C). Medianresponsen var 1(absolutt medianavvik = 0), mens den gjennomsnittlige responsen var 1.06 (95% konfidensintervall = [1.03,1.08])



Figur 9.1. Responser på individuelle spørsmål om alkoholbruk

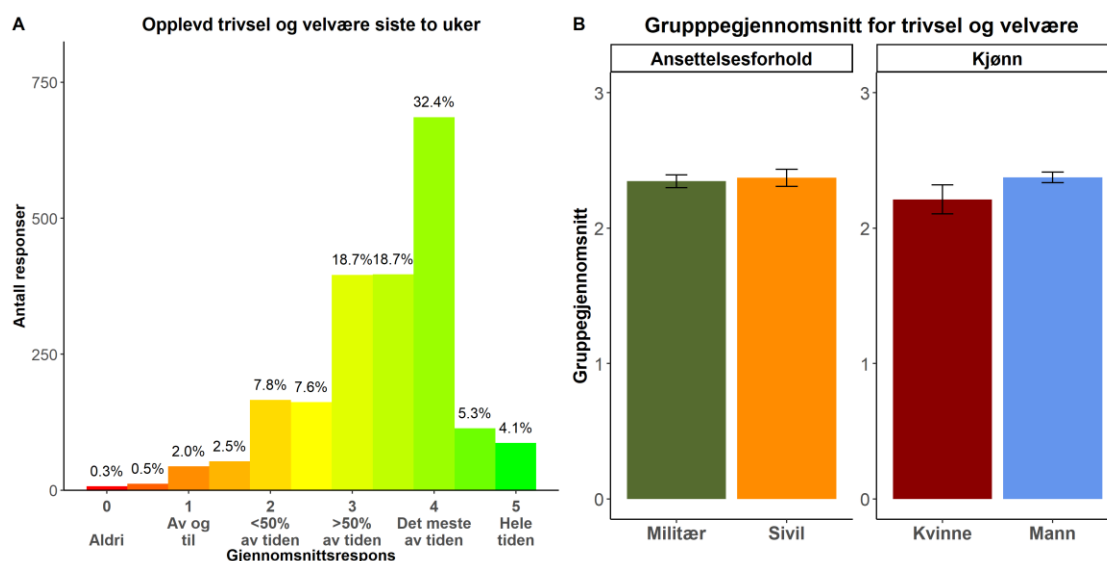
Ved å ta gjennomsnittet av spørsmålene ovenfor kan man få en oversikt over hvor skadelig alkoholbruken i respondentpopulasjonen er, samt om det er noen forskjeller mellom gruppene i undersøkelsen. Dette er rapportert i Figur 9.2. På en skala fra 0 til 4 var medianresponsen 2(absolutt medianavvik = 1.48), mens den gjennomsnittlige responsen var 1.88 (95% konfidensintervall = [1.84,1.91]).



Figur 9.2. A: Gjennomsnittlige AUDIT responser og B: gruppegjennomsnitt i AUDIT respons. Feilfelt er 95% konfidensintervall.

Livskvalitet

I denne undersøkelsen ble opplevd livskvalitet de siste to ukene målt ved hjelp av WHO-5 skjemaet (Kaiser & Kyrrestad, 2019). 2113 valide responser ble registrert. Fordelingen av responser er rapportert i Figur 10. Spørsmålene i skjemaet har form av en rekke utsagn om hvor ofte man har hatt positive opplevelser. På en skala fra 0 = "Aldri" til 5 = "Hele tiden" var medianresponsen 3.6 (absolutt medianavvik = 0.59), mens den gjennomsnittlige responsen var 3.36 (95% konfidensintervall = [3.32,3.39]).



Figur 10. A: Opplevd livskvalitet siste 2 uker. B: Gruppegjennomsnitt for opplevd livskvalitet siste 2 uker. Feilfelt er 95% konfidensintervall.

Oppsummering

Representativitet og gruppeforskjeller

Andelen som besvarte Veteranundersøkelsen 2021 var på ca. 50,9%. I tillegg til at denne svarprosenten var lav, var det en stor forskjell i responsrate for veteraner som var ansatt i Forsvaret (68,7%) relativt til sivile veteraner (39,6%). Derimot ser vi at det er en betraktelig mindre forskjell i svarprosent mellom kvinner og menn (hhv. 50,3% og 56,4%), som innebærer at en tolkning av resultatene som representative for begge kjønnsgrupper er berettiget. Dette gjør at man må være forsiktig med å tolke resultatene som representative med tanke på militære vs sivile veteraner, og kan være en indikator på at fremtidige undersøkelser bør sette inn en ekstra innsats for å få responser fra den sivile veterangruppen.

Psykisk helse relatert til belastende hendelser

Selv om majoriteten av deltagerene (56,4%) ikke rapporterer å ha opplevd en belastende hendelse, så er det en stor gruppe som gjør det. Av disse opplyser over halvparten (57,5%) å ha opplevd en belastende hendelse mens de tjenestegjorde i Forsvaret, som er i tråd med den generelle betraktningen at tjeneste i internasjonale operasjoner innebærer økt eksponering for belastende hendelser. Videre ser vi at den overveiende majoriteten av hendelsene har forekommet for mer enn 1 år siden, som er i tråd med nedtrappingen av utenlandsinnsats, med den store overvekten innen de siste foregående 10 årene. Til tross for at omtrent tre fjerdedeler av de som har blitt utsatt for en eller flere belastende hendelser rapporterer om ingen eller veldig få symptomer på PTSD - og ca halvparten av de som rapporterer om symptomer ikke rapporterer noen innskrenkning av livskvalitet, så gjenstår det ca 150 som opplever noen til alvorlig grad av psykiske plager som potensielt kan tilbakeføres til belastende hendelser de har opplevd i Forsvaret. Dette understreker viktigheten av å kartlegge belastning og følge utviklingen av PTSD-plager hos veteraner. I fremtidige undersøkelser blir det spesielt viktig å vurdere hvorvidt denne forekomsten av symptomer og lidelsestrykk endrer seg.

Generelle stressreaksjoner, depresjon og tanker om selvmord og selvskading

I tråd med det foregående inntrykket ser vi at, selv om den store majoriteten av veteranene ikke rapporterer pågående stressreaksjoner eller depresjonssymptomer, så er det en andel på rundt 20 % som i noen grad gjør det, mens i overkant av 5% av disse igjen rapporterer symptomer som er signifikante nok til at man bør vurdere utredning. I tråd med dette ser vi at ca. 4 % av respondentene noen dager tenker på selvmord eller selvskading. Videre ser vi at det er betraktelig flere sivile veteraner som rapporterer om slike tanker, som er i tråd med observasjonen at både generelle stressreaksjoner og depresjonssymptomer er høyere hos sivile veteraner relativt til de som fortsatt er ansatt. Dette understreker viktigheten av å sørge for at det foreligger et lavterskeltilbud hvor veteraner som har slike tanker eller andre psykiske helseplager kan henvende seg, at informasjon om dette blir spredd blandt veteranbefolkningen, og stigma vedrørende å oppsøke psykisk helsehjelp blir motvirket.

Søvn og energi

I følge helsedirektoratet er søvnvansker blant de vanligste helseplagene i befolkningen og et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser. Rundt en av tre voksne sliter ukentlig med søvnen, mens inntil 15 prosent av den norske befolkningen har insomni av mer langvarig art (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>). Personer som lider av søvnvansker, rapporterer oftere om redusert livskvalitet og dårligere mestringsstrategier. Søvnvansker er forbundet med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering, og kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager. Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygd. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at veteraner i all hovedsak opplever å være sterke og opplagte, og å oppleve lav grad av søvnvansker. En observasjon som er verdt å merke seg er at det kan synes som om det er en tendens til at militært ansatte opplever å være noe mindre opplagte og ha større søvnvansker enn sivile veteraner. De inneværende resultatene gir ikke grunn til å spekulere i hvorfor dette er tilfellet, men det kan være interessant å følge denne utviklingen i fremtiden. En annen viktig observasjon er at det er en liten gruppe veteraner som rapporterer veldig alvorlige søvnvansker. Dette kan være knyttet til pågående psykopatologi og/eller være en faktor som gjør disse individene sårbare for psykiske helseproblemer, som igjen understreker behovet for å ha et blikk på søvn i klinisk omgang med veteraner.

Alkohol

Små mengder alkohol innebærer vanligvis liten helserisiko for friske personer. Å drikke alkohol kan likevel være forbundet med helseskader, både i forbindelse med enkeltepisoder og ved høyt forbruk over tid. Det er vanskelig å komme frem til hva som er et «høyt forbruk». En vanlig definisjon i litteraturen på området er at om man drikker mer enn 2 enheter alkohol (kvinner) og mer enn 4 enheter (menn) oftere enn 2–3 ganger i uken regnes det som «høyt forbruk». Om lag 20 prosent av voksne mennesker i Norge drikker alkohol 2 eller flere ganger i uken i følge Statistisk sentralbyrå sin undersøkelse I Forsvarets sanitets (FSANs) helseundersøkelser har det blitt spurt om hvor ofte man drikker alkohol helt siden 2003. Et spørsmål om hvor mange enheter alkohol respondentene vanligvis drikker har vært inkludert i flere av FSANs helseundersøkelser, men svaralternativene på dette spørsmålet har variert for mye til at de kan sammenliknes over tid. Under to prosent (1,6%) av de som deltok i FSANs helseundersøkelse i 2019 drakk alkohol 4 ganger i uken eller oftere og bare 0,4% rapporterte om et forbruk som definitivt anses som høyt. Tre prosent av de ansatte hadde et høyt inntak av alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere mens 3% av de ansatte svarte at de aldri drikker alkohol. Andelen ansatte i Forsvaret som drikker alkohol ≥ 4 ganger i uken har vært 1–2% siden første måling i 2003. Imidlertid kan det se ut som om det siden 2003 har skjedd en utvikling mot at flere menn og færre kvinner i Forsvaret drikker alkohol fire ganger i uken eller oftere. Denne trenden opprettholdes i den inneværende undersøkelsen, hvor vi ser et signifikant høyere alkoholforbruk rapportert av menn enn kvinner. Videre ser vi at forbruket hos sivile veteraner er noe høyere enn hos militært ansatte. Det må likevel understrekes at

gjennomsnittsförbruket for begge gruppene, såvel som for menn generelt, er under det som regnes som “faresone” for utvikling av alkoholproblemer.

Livskvalitet

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. 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, og tilsvarende tall fra undersøkelser på norske veteraner tilsier at veteraner jevnt over har høy livskvalitet. Dette inntrykket opprettholdes i den inneværende undersøkelsen, hvor vi ser at den overveiende majoriteten av veteranene, uavhengig av ansettelsesstatus, rapporterer å oppleve trivsel og velvære mer enn halvparten av tiden. Vi ser dog også at i underkant av 20% rapporterer lavere grad av trivsel og velvære, med en halv prosent som rapporterer å aldri eller nesten aldri oppleve trivsel og velvære. Selv om det ikke er noe hold i det inneværende datamaterialet for å påstå at dette spesifikt kan skyldes internasjonal tjeneste, så poengterer dette behovet for at tilbud er tilgjengelig for denne befolkningen, da lav opplevd livskvalitet kan være relatert til, eller årsak til, psykiske helseutfordringer.

Referanser

- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., Bradley, K. A., & for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789–1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Holen A, Sund A, Weisæth L. Alexander L. Kielland – katastrofen 27.mars 1980 [In Norwegian] (The Alexander L. Kielland disaster March 27, 1980). 1983, Division for Disaster Psychiatry, Oslo: University of Oslo
- Holgersen, K. H., Boe, H. J., Klöckner, C. A., Weisæth, L., & Holen, A. (2010). Initial Stress Responses in Relation to Outcome After Three Decades. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 230–233. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d106a9>
- Kaiser, S., & Kyrrestad, H. (2019). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av WHO Five Well-Being Index (WHO-5)*. <https://doi.org/10.21337/0063>
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M., & Morin, C. M. (2008). A New Scale for Measuring Insomnia: The Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 107(3), 691–706. <https://doi.org/10.2466/pms.107.3.691-706>
- Skarpsno, E. S., Nilsen, T. I. L., Sand, T., Hagen, K., & Mork, P. J. (2020). Work-Related Mental Fatigue, Physical Activity and Risk of Insomnia Symptoms: Longitudinal Data from the Norwegian HUNT Study. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(4), 488–499. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1614927>
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-Finding Instruments for Depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>