

UNIFIL-UNDERSØKELSEN 2016

En etterundersøkelse av norsk militært personell som
tjenestegjorde i Libanon i årene 1978–1998.





Innhold:

Rapporten er utarbeidet av Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, ved Christer L. Gjerstad, Øystein J. Næss, Arnfinn Tønnesen og Jon G. Reichelt.

Prosjektgruppen for UNIFIL har i tillegg bestått av Sverre Hougsnæs, Lars-Petter Bakker, Hans Jakob Bøe, Erik Salvador og Tore Tveitstul.

Utforming:

Rapporten er utformet gjennom et samarbeid mellom Institutt for militærpsykiatri og stressmestring og Forsvarets mediesenter.

Takk for samarbeidet:

Forsvarets personell- og vernepliktssenter
Forsvarets helseregister
Arbeids- og velferdsetaten (NAV)
Advicia AS

*En spesiell takk rettes til alle UNIFIL-veteranene
som deltok i undersøkelsen.*

Ref. nr: 1277
Utgiver: Forsvarets sanitet
Design: Forsvarets mediesenter
Opplag: 300
Trykk: 07 Gruppen
Trykkår: 2016

Forord

Sjef Forsvarets sanitet

United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL) ble opprettet 19. mars 1978. UNIFIL var FNs fredsbevarende styrke i Sør-Libanon og ble opprettet som en reaksjon på Israels invasjon av Libanon.

Nå foreligger endelig en etterundersøkelse av veteranene som tjenestegjorde i Sør-Libanon. Over 20 000 nordmenn tjenestegjorde der, og det er således den største internasjonale operasjon Norge har gjennomført bortsett fra Tysklandsbrigaden. Dessverre døde norske borgere i tjenesten, og noen ble skadet for livet, fysisk eller psykisk. Det har vært et svært ambisiøst prosjekt å forsøke å finne ut hvordan alle disse veteranene har det så mange år etter. Det er derfor ekstra gledelig at over halvparten av veteranene har svart. Takk skal dere ha!



Gjennomsnittlig tid siden tjeneste er over 25 år, altså en generasjon. Fordelen med så lang oppfølgingstid er at vi får et bilde av hvordan livet faktisk ble for disse veteranene. Vårt inntrykk er at de har svart på undersøkelsen så godt og sannferdig som mulig. Eksempelvis er det rimelig godt samsvar mellom det man vet om påkjenninger i de enkelte kontingenter fra andre kilder, og det veteranene selv beskriver.

Denne undersøkelsen er et resultat av tett samarbeid i Forsvarets sanitet mellom Institutt for militærpsykiatri og stressmestring på den ene siden og Institutt for militær epidemiologi på den andre. Sistnevnte har ansvaret for Nasjonalt helseregister og har lagret alle data i undersøkelsen i henhold til forskriftene. Intensjonen med Forsvarets helseregister har fra politisk hold nettopp vært at man skal kunne finne ut hvordan det står til med nåværende og tidligere soldaters/veteraners helse.

Forsvarets sanitet fyller i år 75 år, og det er ekstra gledelig å kunne publisere en så stor undersøkelse nettopp i vårt jubileumsår. Vi har siden vår tilblivelse vært en viktig bidragsyter inn i Forsvarets felles leveranse og vår organisasjon kjennetegnes av høyt kompetent personell innen vårt fagfelt. Forskning er en av våre prioriterte arbeidsområder, noe denne undersøkelsen er et solid vitnesbyrd om.

Slike undersøkelser er vesentlige innspill til at vår leveranse fortsatt er aktuell og tidsriktig. Det er innenfor vårt mandat og ikke minst vår hovedoppgave å ivareta slike oppgaver for Forsvaret. Dette oppsummeres kort i FSANs visjon:

Helse for stridsevne.

God lesning!

Jan Sommerfelt-Pettersen

Kontreadmiral

Sjef FSAN

Sjef Institutt for militærpsykiatri og stressmestring

Veteraner fra de norske fredsbevarende styrker i Sør-Libanon har vært sentrale hva gjelder å øke oppmerksomheten vedrørende veteraner fra internasjonale operasjoner. De har påpekt en manglende anerkjennelse for den innsats de gjorde, og minnet nasjonen på at militær tjeneste kan ha negative konsekvenser for soldatenes psykiske helse. Det har vært et savn både blant veteraner og blant de som har med veteraner å gjøre, at det har vært knyttet stor usikkerhet til hvor stor andel av veteranene som har psykiske plager og lidelser. Dette har gjort det vanskelig å bedømme omfanget av behovet for psykisk helsehjelp til denne gruppen.

Regjeringens handlingsplan: «I tjeneste for Norge» representerte en klar satsing på veteraner. På bakgrunn av veteranenes beretninger styrket man oppfølgingen av dagens soldater, man markerte samfunnets anerkjennelse av sine soldater og man ga Forsvarets psykiatri mulighet for å forske på veteraners psykiske helse. Forsvarets psykiatri, som da het Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), innledet dette arbeidet ved å gjennomføre en etterundersøkelse av veteraner fra Afghanistan i 2012. Dette representerte samtidig en revitalisering av forskningen ved tjenesten, noe som var medvirkende til at Forsvarets psykiatri i dag har navnet: Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS). Navnet markerer både en ny situasjon og en ambisjon om å drive forskning, undervisning og klinikk på høyt nivå.

Den foreliggende undersøkelsen er, som Afghanistan-undersøkelsen, en spørreskjemaabasert undersøkelse. Det er selvsagt knyttet en viss usikkerhet til hvorvidt veteranene er interessert i å svare på en slik undersøkelse så mange år etter tjeneste, også fordi den er svært omfattende. Spørreskjemaet ble såpass omfattende fordi vi ikke ønsket å gå glipp av noe, forsterket av at også veteranorganisasjonene hadde verdifulle innspill til spørsmål. Imponerende nok har over halvparten av veteranene svart. Takk skal de ha!

Med spørreskjemaet fulgte det kontaktinformasjon i tilfelle veteranen trengte hjelp, all den tid vi som forskere kun fikk tilgang til aidentifiserte data. Vi kunne således ikke spore opp en veteran som beskrev psykiske plager i sitt svar. Ettersom militærpsykiatrien er spredt i form av ulike stressmestringsteam, og det er vanskelig å skille ulike henvendelser fra hverandre, er det usikkerhet rundt hvor mange som har tatt kontakt etter å ha lest den vedlagte kontaktinformasjonen. Det er antagelig minst tjue personer, og vi har forsøkt å yte dem så god oppfølging som mulig.

I undersøkelser som denne, vil det alltid være et tema hvorvidt de som har svart skiller seg fra de som ikke har svart. Spesielt viktig er det dersom de som ikke har svart er klart friskere eller sykere enn de som har svart. Dette kan man sjelden svare på ved slike etterundersøkelser. Vi fant det så vesentlig å besvare dette spørsmålet at vi valgte å søke om tillatelse til å undersøke om de som hadde svart skilte seg fra de som ikke hadde svart, med henhold til viktige sykmeldingsdata. I en slik sammenheng er dette det mest objektive helsemålet man har tilgang på. Regional etisk komité ga sin tillatelse til dette, slik at Forsvarets helseregister fikk utlevert NAV-data hva gjelder uføretrygd og sykmeldinger for hele gruppen. Vi som forskere fikk igjen aidentifiserte data. Som man vil se i rapporten, er det slik at gruppen som ikke har svart har noe høyere andel sykmeldinger grunnet diagnoser pekende i retning av mulig psykisk lidelse (p-diagnoser), og noe høyere andel med sykefravær og uførhet. Når man leser rapporten, må man derfor ha følgende i bakhodet: Den prosentvise andelen med psykisk lidelse i *hele* gruppen av UNIFIL-veteraner, er antageligvis noe høyere enn den er i gruppen som har svart på undersøkelsen.

En ulempe med en slik undersøkelse er at det er svært vanskelig å si noe om årsak og virkning, altså hva som har forårsaket veteranenes psykiske lidelse. Vi har bedt veteranene bedømme dette selv, men man må være klar over at slikt er vanskelig å huske mange år etter. Menneskets hukommelse er dessverre mindre presis enn vi liker å tro, og er svært påvirkelig av «tidens tann». Samtidig hadde vi ingen andre muligheter enn å spørre veteranene selv om hvordan de opplevde tjenesten der nede, samt om hvordan tiden etterpå har vært.

En annen sak er hva og hvem man skal sammenligne med hva gjelder forekomst av psykisk lidelse. Forekomst av psykisk lidelse blant utenlandske veteraner er ikke direkte sammenliknbare med norske tall, ettersom både helsevesen, rekruttering, tjenestemønster og belastninger er svært ulikt. Det er heller ikke så enkelt å sammenligne med resten av den norske befolkning. Selv om mange har beskrevet seleksjonen til tjenesten i Libanon som mangelfull, var det en viss seleksjon. Man måtte ha gjennomført førstegangstjeneste og selv melde seg til tjeneste. Mange av de menneskene som har psykiske vansker og psykisk lidelse har som

kjent dette allerede fra unge år. Dette innebærer at de som allerede hadde problemer eller var syke ikke ble sendt ut, man snakker om en «healthy soldier effect». Derfor er det vanskelig å bedømme om de tall vi finner for forekomst av psykisk lidelse er lave eller høye. På den ene side sendte man de antatt friskeste ut i tjeneste, slik at man vil forvente en relativt lav forekomst av psykisk lidelse i ettertid. På den annen side ble mange av veteranene utsatt for såpass store påkjenninger at man må regne med en økt forekomst av psykisk lidelse i ettertid. Dersom begge deler stemmer, kan man kanskje vente en forekomst av psykisk lidelse blant veteraner på linje med resten av befolkningen.

Vår viktigste samarbeidspartner innenfor Forsvarets sanitet har som før vært Institutt for militær epidemiologi. De har ansvar for Forsvarets helseregister, og har lagret alle innkomne data i undersøkelsen i henhold til den forskrift dette drives etter. Vi må takke dem for innsatsen!



Jon G. Reichelt

Oberstløytnant

Sjef Institutt for militærpsykiatri og stressmestring

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
Sjef Forsvarets sanitet	3
Sjef Institutt for militærpsykiatri og stressmestring	4
INNHALDSFORTEGNELSE	6
FORKORTELSER OG ACRONYMER	7
SAMMENDRAG	8
1. INNLEDNING	9
1.1 Mandat og bakgrunn for rapporten	9
1.2 Psykisk helse hos norske veteraner	9
1.3 Norges militære engasjement i Libanon	12
1.4 Videre arbeid og forskning	12
2. METODE	13
2.1 Prosedyre og datainnsamling	13
2.2 Deltakere	15
2.3 Spørreskjema	17
2.4 Frafallsanalyse og representativitet	20
3. TJENESTEFORHOLD OG BELASTNINGER	23
3.1 Tjenesteforhold	23
3.2 Hendelser, risiko og belastning	29
3.3 Generelle livserfaringer	42
4. HELSEMESSIGE FORHOLD OG KONSEKVENSER	49
4.1 Psykiske plager og lidelser	49
4.2 Livskvalitet, funksjonsnivå og syn på egen helse	67
4.3 Psykologisk endring	73
4.4 Oppfølging og kontakt med helseapparatet	74
5. DISKUSJON	77
5.1 Oppsummering av hovedfunn	77
5.2 Sammenlikning med norske populasjoner	78
5.3 Sammenlikning med utenlandske populasjoner	79
5.4 Begrensninger ved undersøkelsen	81
5.5 Konklusjoner og implikasjoner	81
6. REFERANSER	83
7. VEDLEGG	86
7.1 Tabeller	86
7.2 Følgebrev til spørreskjema	90
7.3 Spørreskjema	92
7.4 Søknad til Regional etisk komité	124

Forkortelser og akronymer

AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. utgave, 2. revisjon
DUDIT	Drug Use Disorder Identification Test
FHR	Forsvarets helseregister
FPVS	Forsvarets personell- og vernepliktssenter
FSAN	Forsvarets sanitet
GHQ-28	General Health Questionnaire-28
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. utgave
IMPS	Institutt for militærpsykiatri og stressmestring
ISI	Insomnia Severity Index
KKP	Kontor for katastrofepsykiatri
KPS	Kontor for psykiatri og stressmestring
NORBATT	Den norske bataljonen i UNIFIL
PCL-17-M	Posttraumatic Stress Disorder Checklist-17 (militær utgave)
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (posttraumatisk stresslidelse)
PTSS-10	Posttraumatic Symptom Scale-10
RAND SF-36	RAND Short Form (36) Health Survey
REK	Regional etisk komité
RHP	Regjeringens handlingsplan
SDS	Sheehan Disability Scale
SSB	Statistisk sentralbyrå
TAFT	Tjeneste avsluttet før tiden
UNIFIL	United Nations Interim Force in Lebanon (FNs midlertidige styrke i Libanon)
WHO	World Health Organization (Verdens helseorganisasjon)

Sammendrag

Formål med undersøkelsen: Å undersøke forekomst av psykiske lidelser blant norske UNIFIL-veteraner som har tjenestegjort i Libanon fra 1978 til 1998.

Metode: En spørreskjembasert tverrsnittsundersøkelse med gjennomsnittlig oppfølgingstid på 27 år.

Resultater: Den sannsynlige forekomsten av psykiske lidelser blant norske UNIFIL-veteranene er i dag på 12,4 prosent.

Konklusjon: Den psykiske helsetilstanden blant norske UNIFIL-veteraner er i all hovedsak god, med forekomst av psykiske lidelser lavere enn, eller sammenliknbar med, befolkningen ellers. Grunnet lang oppfølgingstid, er det knyttet stor usikkerhet til hvorvidt den enkelte veterans psykiske lidelse er forårsaket av tjenesten.

Abstract

Purpose of the study: To examine the prevalence of mental illness among Norwegian UNIFIL veterans who served in Lebanon from 1978 to 1998.

Methods: A questionnaire based cross-sectional study with an average follow-up of 27 years.

Results: Probable prevalence of mental illness among Norwegian UNIFIL veterans is currently at 12.4 per cent.

Conclusions: The mental health condition of Norwegian UNIFIL veterans is generally good, with a prevalence of mental illness lower than, or comparable to, the general population. Due to the long follow-up, there is considerable uncertainty as to whether the individual veteran's mental illness is caused by the service.

1. Innledning

1.1 Mandat og bakgrunn for rapporten

Deltakelse i utenlandsoperasjoner har i løpet av de siste tiårene blitt en viktig og integrert del av norsk sikkerhets- og forsvarspolitik. Som resultat har stadig flere av Forsvarets medarbeidere gjennomført tjeneste i utlandet, og det er forventet at denne trenden vil fortsette i årene fremover.

I Stortingsmelding nr. 34 (2008–2009) *Fra vernepliktig til veteran. Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*, rettes søkelyset mot Forsvarets personell. Personellet anses som organisasjonens viktigste ressurs, og i stortingsmeldingen understrekes behovet for langsiktighet og systematikk i oppfølgingen av disse. Forskning som bidrar til sikrere viten om psykiske belastningsskader blant personellet, både når det gjelder omfang, årsaksforhold og hvordan slike skader best kan forebygges, skal prioriteres. Som tittelen antyder, er forskningsprogrammets overordnede mål at det skal bidra til best mulig ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner. Videre skal forskningen tilrettelegge for en relevant og høyverdig helsetjeneste for Forsvarets personell, samtidig som den skal sikre best mulig ivaretagelse av de pårørende.

Regjeringens handlingsplan (RHP), *I tjeneste for Norge* (Departementene, 2011), inneholder operasjonaliseringer av satsingsområdene i St. meld. nr. 34. I handlingsplanens tiltak 69, pålegges Forsvarets sanitet (FSAN) å videreføre etterundersøkelser av veteraner i perioden 2011–2013. I iverksettelsesbrev av 6. juli 2010 fra Forsvarsdepartementet, bes FSAN ved Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS)¹ om å iverksette "(...) en etterundersøkelse av soldater fra Libanon, Irak, Balkan, Somalia og (med særlig vekt på) Afghanistan (...)" (side 1). I oppdragsbrev av 16. juni 2011 fra Forsvarsstaben presiseres det at "(...) undersøkelsen har til hensikt å beskrive omfang og alvorlighetsgrad av psykiske plager/skader hos personell etter deltagelse i utenlandstjeneste." (side 1).

I perioden 2012–2014 gjennomførte KPS en etterundersøkelse av samtlige norsk personell som tjenestegjorde i Afghanistan i tidsrommet 2001–2011. Resultatene ble publisert i en egen rapport, *Afghanistan-undersøkelsen 2012* (FSAN, 2012). Det pågår fremdeles forskning på det innsamlede datamaterialet, funnene vil snarlig publiseres i internasjonale tidsskrifter.

I den foreliggende undersøkelsen har vi fokusert på veteraner fra det norske bidraget til United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL) 1978–1998. Det er tidligere gjennomført en etterundersøkelse av norske UNIFIL-veteraner (FSAN, 1993). Undersøkelsen bygget på et representativt utvalg norsk personell som hadde tjenestegjort i UNIFIL i perioden 1978–1991, dvs. et utvalg fra kontingentene Norbatt I–XXVI. Hovedmålet med den foreliggende undersøkelsen er å kartlegge psykisk helse blant samtlige veteraner som tjenestegjorde i UNIFIL i perioden 1978–1998. Vi ønsker med dette å utvide og komplettere funnene fra den opprinnelige undersøkelsen fra 1993. Dagens undersøkelse er en langtids oppfølgingsstudie, gjennomført i gjennomsnitt 27 år etter avsluttet tjeneste. Så vidt vi vet, finnes det i internasjonal forskningslitteratur ingen sammenliknbare studier med tilsvarende lang oppfølgingstid.

1.2 Psykisk helse hos norske veteraner

Forskning på norske veteraners psykiske helsetilstand har historisk sett vært relativt begrenset. I de senere årene har det riktignok blitt gjennomført en håndfull større undersøkelser av ulike veteranpopulasjoner, hovedsakelig fra Libanon og Afghanistan. Vi gir en kort oppsummering av disse under. I tillegg vil vi sammenlikne våre funn med resultater fra disse undersøkelsene der dette er relevant og hensiktsmessig.

¹ Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS) har i ettertid byttet navn til Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS).

² Repatriering innebærer at tjenesten av en eller annen grunn blir avsluttet før normert tid.

1.2.1 UNIFIL-undersøkelsen, 1993

Den første UNIFIL-undersøkelsen ble gjennomført av Forsvarets sanitet ved daværende Kontor for katastrofepsykiatri (KKP), under ledelse av professor Lars Weisæth. Undersøkelsen ble utarbeidet i årene 1991–92, og offentliggjort i februar 1993. Det var en bredt anlagt epidemiologisk undersøkelse, der man søkte å belyse personlige og operative forhold ved oppsetting og gjennomføring av FN-opdrag. Spesifikt ønsket man å finne ut hva som karakteriserte norske FN-soldater ved å undersøke deres forutsetninger og livssituasjon før, under og etter UNIFIL-tjenesten. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var syv år.

Undersøkelsen bestod av to hovedutvalg: et representativt tverrsnittutvalg og et utvalg av repatrierte² (med kontrollgruppe). Det representative utvalget ble satt sammen ved å gjøre et tilfeldig utvalg fra hver av kontingentene I til og med XXVI (1978–1991), fordelt ned til lagsnivå. Totalt utgjorde dette utvalget 893 personer. Ettersom man hadde en hypotese om at repatriering var et særskilt vanskelig fenomen, inkluderte man også en gruppe bestående av kun de som hadde tjeneste avsluttet før tiden (TAFT). TAFT-gruppen bestod av totalt 316 personer, og hadde en tilhørende kontrollgruppe hvor det for hver TAFT-person ble trukket ut en kontrollperson blant ikke-TAFT-personer fra samme kontingent, kompani og lag. I kontrollgruppen var det 456 personer. Antallet «par» av TAFT/kontrollpersoner som begge besvarte undersøkelsen var 219.

Hovedinntrykket fra undersøkelsen var at personellet som hadde tjenestegjort i UNIFIL var godt motivert for oppgaven, innehadde et høyt allment utdanningsnivå, var lite belastet med negative livshendelser og var ved god helse før tjenesten. De eksisterende prosedyrene for forberedelse og utdanning av personellet ble generelt vurdert som tilfredsstillende. Kvaliteten på både befal og menige i den norske UNIFIL-styrken ble karakterisert som god. Resultatene viste svært tilfredsstillende ledelse og samhold i styrken, samt et mannskap som både stilte krav til godt lederskap og ønsket å gjøre egne vurderinger ved utførelse av tjenesten.

Gjennomgående syntes denne typen tjeneste å ha medført få traumatiske hendelser, både av fysisk og psykisk karakter. Man fant likevel en vesentlig økning i alkoholkonsumet fra før til etter tjenesten. Spesielt så man dette i TAFT-gruppen. Frekvensen av tjenesteavbrudd før tiden ble ansett som lav, og i vesentlig grad forårsaket av personlige, sosiale og familiære forhold. Videre indikerte funnene at eventuelle psykiske problemer i ettertid ikke utelukkende ble ansett (av personellet selv) som forårsaket av UNIFIL-tjenesten.

Utbyttet av tjenesten ble gjennomgående rapportert å være positivt for over 90 prosent av tverrsnittgruppen. Grad av trivsel og tilfredshet med tjenesten var noe lavere i TAFT-gruppen, sammenliknet med kontrollene, men forskjellen var langt mindre enn forventet. I noen grad bekreftet undersøkelsen at TAFT-gruppen var en risikogruppe for komplikasjoner etter tjenesten. Spesielt gjaldt dette psykiske plager, men også de økonomiske og familiære problemene etter avsluttet tjeneste var større i denne gruppen. Analysen av materialet indikerte samtidig en rimelig god helsetilstand i populasjonen, både når det gjaldt kroppslige plager, angst, sosial dysfunksjon og depresjon. Det samme var også tilfellet for det gjennomsnittlige posttraumatiske stressnivået. Imidlertid avslørte studien en liten gruppe på om lag 5 prosent med redusert helse og forhøyede posttraumatiske stresssymptomer.

Undersøkelsen forsøkte også å bruke de observasjoner som ble gjort for å komme med anbefalinger hva angikk seleksjon, lederskap og feltrutiner, forberedelse og utdanning, samt oppfølging etter avsluttet tjeneste. Tallmaterialet har opp gjennom årene gitt utgangspunkt for en rekke forskningsartikler.

1.2.2 Afghanistan-undersøkelsen, 2012

Afghanistan-undersøkelsen ble gjennomført av Forsvarets sanitet ved daværende Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), under ledelse av oberstløytnant/Dr. med. Jon G. Reichelt. Dette var en spørreskjembasert tverrsnittsundersøkelse av militært personell som hadde tjenestegjort i Afghanistan i tidsrommet 2001–2011. Formålet var å fremskaffe kunnskap om forhold knyttet til psykisk helse hos hele populasjonen av Afghanistan-veteraner. Undersøkelsen ble utarbeidet og publisert i 2012, gjennomsnittlig

² Repatriering innebærer at tjenesten av en eller annen grunn blir avsluttet før normert tid.

oppfølgingstid var da fire år.

Hele populasjonen som hadde tjenestegjort i Afghanistan i disse årene, 7232 personer, ble kontaktet per post og invitert til å delta. Totalt 4053 personer besvarte undersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 56,7. Spørreskjemaet bestod av spørsmål knyttet til psykisk helse, belastninger før, under og etter tjenesten, samt en rekke psykometriske instrumenter for selvutfylling. Sistnevnte ble valgt for å avdekke helseproblemer innen områdene posttraumatisk stress, angst, depresjon, søvnproblemer og rusproblematikk.

Undersøkelsen viste at et stort flertall av Afghanistan-veteranene hadde god psykisk helse i gjennomsnitt fire år etter hjemkomst. Majoriteten av veteranene anga således fravær av, eller lave nivåer av, psykiske symptomer (normalvariant). Mange rapporterte om potensielt traumatiserende hendelser og opplevelser under tjenesten, men den opplevde belastningen varierte i utvalget.

Resultatene viste at i alt 4,4 prosent av veteranene fremstod med en sannsynlig psykisk lidelse. For de ulike lidelsene var forekomstene som følger: posttraumatisk stresslidelse (PTSD) 1,4 prosent, angstlidelse 1,7 prosent, depresjon 1,1 prosent og alkoholavhengighet 0,6 prosent. Undersøkelsen viste også at en betydelig høyere andel veteraner fremstod med stressplager første måned etter hjemkomst fra Afghanistan. Det samlede nivået av stressplager falt imidlertid fra tiden etter hjemkomst til undersøkelsestidspunktet (gjennomsnittlig fire år etterpå). Man fant dessuten en sammenheng mellom høy grad av opplevd belastning under tjenesten og stressplager etter hjemkomst. Dette gjaldt også for andre psykiske plager, og forskjellen bestod frem til undersøkelsestidspunktet.

Undersøkelsen konkluderte med at det store flertallet av veteranene var ved god psykisk helse i gjennomsnitt fire år etter avsluttet tjeneste i Afghanistan. Nivået av helsesvikt var lavere enn hos Libanon-veteranene i den første UNIFIL-undersøkelsen, og også lavere enn hovedtendensen i utenlandske studier av veteraner fra krigene i Afghanistan og Irak.

1.2.3 Andre undersøkelser

Høsten 2012 gjennomførte Statistisk sentralbyrå (SSB) en levekårsundersøkelse blant veteraner som hadde deltatt i internasjonale operasjoner for Forsvaret. Undersøkelsen kartla generelle tema som arbeid, inntekt, helse, boligforhold og sosial kontakt, samt spesifikke tema relatert til tjenesten. Utvalget bestod av 1851 veteraner som hadde deltatt i internasjonale operasjoner fra 1978–2012. Nesten syv av ti veteraner hadde tjenestegjort i Libanon, men veteraner fra Irak/Gulfen, Balkan og Afghanistan var også representert.

Kort oppsummert fant man at veteranene i hovedsak vurderte tjenesten i utlandet som positiv, men at de hadde en noe mer negativ opplevelse av hvordan de ble møtt av samfunnet etter hjemkomst. Videre var veteranene en gruppe med høy grad av deltakelse på arbeidsmarkedet og omtrent samme nivå av sykefravær som den øvrige norske befolkningen. Veteranene hadde minst like god fysisk og psykisk helse som resten av befolkningen, og var stort sett aktive personer med godt sosialt nettverk. De hadde imidlertid noe mindre familiekontakt enn andre, og rapporterte oftere at folk rundt dem viste lite interesse for det de gjorde (Statistisk sentralbyrå, 2013).

1.3 Norges militære engasjement i Libanon

UNIFIL ble opprettet 19. mars 1978, som en reaksjon på Israels invasjon av Libanon. Gjennom resolusjon 425 og 426 krevde FNs sikkerhetsråd at Israel skulle trekke seg ut av Libanon, og vedtok samtidig at en fredsbevarende FN-styrke skulle opprettes for å: 1) bekrefte tilbaketrekningen av de israelske styrkene i Sør-Libanon, 2) gjenopprette internasjonal fred og sikkerhet i området, og 3) bistå den libanesiske regjeringen i å gjenvinne effektiv autoritet i området (Strømmen & Leraand, 2005).

De første styrkene fra Norge ankom 26. mars 1978, og fra begynnelsen av deltok Norge med fire avdelinger: én infanteribataljon (Norbatt, til 1998), et verkstedskompani (Normaintcoy, til 1996), én helikopterverving (Norair, til 1979) og et sanitetskompani (Normedcoy, til 1980). I tillegg var det personell ved hovedkvarteret i Naqoura, i de multinasjonale avdelingene MP Coy og Force Mobile Reserve, samt i transportkontroll (Strømmen & Leraand, 2005). I perioder var Norge det landet som bidro med flest personell i UNIFIL, på det meste nærmere 900 (Forsvaret, 2015). I tidsrommet 1978–1998 tjenestegjorde totalt 22 207³ norske soldater i UNIFIL. Med unntak av Tysklandsbrigadene, er dette den største norske samlede utenlandsinnsatsen noensinne. 21 nordmenn mistet livet under tjenesten i Libanon, 8 av disse i stridsrelaterte handlinger (Strømmen & Leraand, 2005).

Til tross for at UNIFIL i utgangspunktet var ment å være en fredsbevarende operasjon, skulle det vise seg at det tidvis dreide seg mer om å forsøke å holde stridende parter fra hverandre i et område preget av ufred. Operasjonen ble noe helt annet enn hva mange hadde sett for seg, og virkeligheten ble langt mer komplisert og krevende enn forventet. Det som egentlig var tenkt som en relativt kortvarig inngripen, endte med å bli et permanent militært bidrag som strakk seg over flere tiår (Strømmen & Leraand, 2005). Selv om Norge offisielt trakk seg ut i 1998, har det senere vært mindre norske bidrag i årene 2006–2007 og 2008–2009 (Forsvaret, 2015)⁴. Den dag i dag er det fremdeles over ti tusen uniformerte FN-personell i Libanon, men ingen norske (FN, 2015).

1.4 Videre arbeid og forskning

I tillegg til å publisere denne rapporten, har Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) en plan om å produsere vitenskapelige artikler med utgangspunkt i det innsamlede datamaterialet fra UNIFIL. Disse artiklene vil bli publisert i relevante norske og internasjonale fagtidsskrift. I motsetning til denne rapporten, som gir en generell oversikt over veteranenes helsetilstand, vil tidsskriftartiklene ta for seg en mer avgrenset tematikk. De vil således gå mer «i dybden», og gi større mulighet for å undersøke eventuelle sammenhenger mellom opplevelser og erfaringer fra tjenesten og helsemessige konsekvenser i ettertid.

³ Tallet er hentet fra Forsvarets personell- og vernepliktssenter, 2014.

⁴ Disse er ikke inkludert i den foreliggende undersøkelsen.

2. Metode

2.1 Prosedyre og datainnsamling

Prosjektets hovedmål har vært å kartlegge den psykiske helsen hos norsk personell som deltok i UNIFIL i perioden 1978 til 1998. Med dette som utgangspunkt har vi gjennomført en spørreskjembasert etterundersøkelse, med gjennomsnittlig oppfølgingstid på 27 år (siden endt tjeneste). Undersøkelsen er med andre ord en tverrsnittsundersøkelse.

Komplett liste over personell som tjenestegjorde i UNIFIL ble innhentet fra Forsvarets personell- og vernepliktsenter (FPVS) 25. august 2014. Listen inneholdt navn på totalt 22 207 personer. Dette inkluderte ikke personell som var stasjonert i Middelhavet som en del av UNIFIL Maritime Task Force, også kalt UNIFIL II, i perioden 2006 til 2007.

Den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen ble utført i samarbeid med konsulentselskapet Advicia AS. Ved å sjekke opp imot Folkeregisteret, fant Advicia at 1278 personer var døde. I tillegg viste det seg umulig å oppdrive adresse på 259 personer. En invitasjon om å delta i undersøkelsen ble derfor først sendt ut til 20 661 personer. I løpet av undersøkelsens gang ble vi kontaktet av ytterligere 17 personer som mente å ha vært i UNIFIL, men som ikke hadde mottatt undersøkelsen. Disse ble lagt til ved andre utsendelse, slik at undersøkelsen totalt ble sendt ut til 20 678 personer, se tabell 2.1.

Deltakerinvitasjonen inneholdt utfyllende informasjon om undersøkelsen, samt om Forsvarets psykososiale støtteapparat. Invitasjonen inneholdt i tillegg informasjon om personvern og konfidensialitet, og om at resultatene ville bli lagret i Forsvarets helseregister (FHR). Personer som mente seg berettiget til og hadde behov for hjelp, ble anmodet om å ta kontakt. Av de UNIFIL-veteraner som i ettertid har tatt kontakt for oppfølging, er det et sted mellom ti og tjue av disse som har oppgitt informasjon sendt ut sammen med undersøkelsen som en av grunnene til at de valgte å ta kontakt.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle deltakere via post, men det var også mulighet for å svare elektronisk via internett. Informasjon om hvordan man skulle gå frem for å svare elektronisk var vedlagt i deltakerbrevet. Datainnsamlingsperioden varte fra 16. september 2014 til 1. april 2015. To påminnelser ble sendt ut, den første 6. november 2014 og den andre 17. desember 2014. I forbindelse med andre påminnelse ble det også sendt ut en SMS-påminnelse til 7621 personer.

Vi mottok totalt 11 633 besvarelser, hvorav det i 913 av disse var krysset av for at vedkommende ikke ønsket å delta i undersøkelsen (aktiv nekt). I tillegg ble det identifisert 115 besvarelser som var så ufullstendige at de ikke kvalifiserte til inklusjon i undersøkelsen. Til slutt satt vi igjen med 10 605 gyldige besvarelser, noe som ga oss en svarprosent på 51,3, se tabell 2.1.

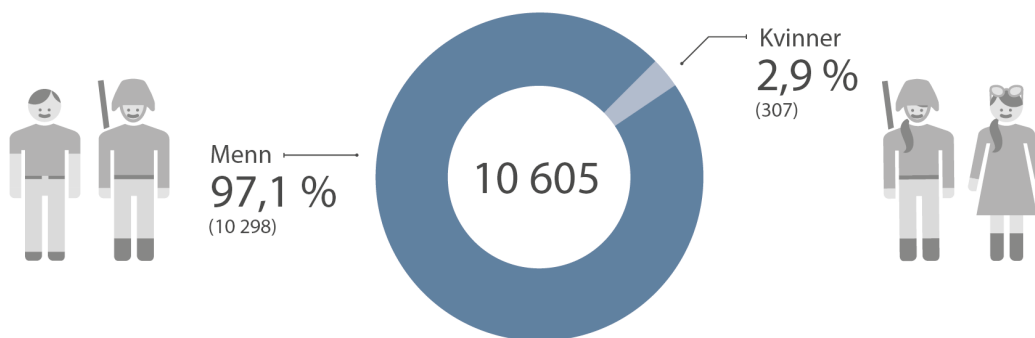
Tabell 2.1. Datainnsamling

	Antall personer
Deltakerliste fra Forsvarets personell- og vernepliktsenter	22 207
÷ Døde	1287
÷ Uten adresse	259
= Første utsendelse	20 661
+ Tok kontakt og ble lagt til i listen	17
= Totalt utsendt til	20 678
Innkomne svar	11 633
÷ Aktiv nekt	913
÷ Ufullstendige svar	115
= Gyldige svar	10 605
Svarprosent (gyldige svar / totalt utsendt)	51,3

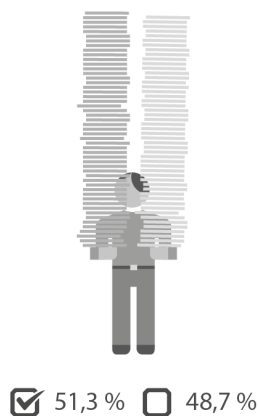
Nøkkeltall

for deltakerne i UNIFIL-undersøkelsen 2016

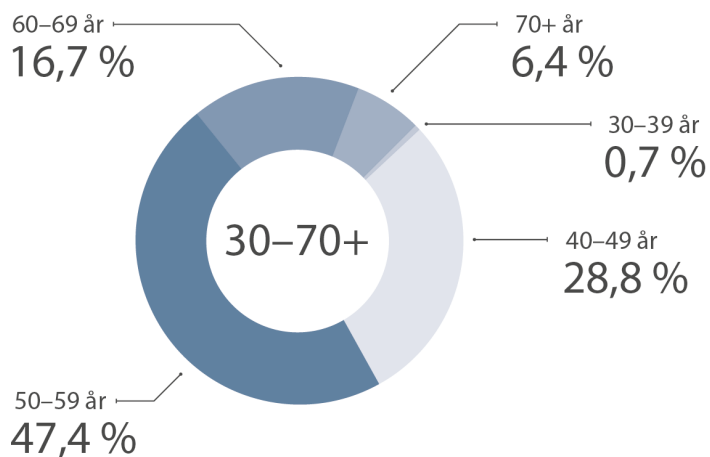
Antall besvarelser



Svarprosent



Alderssammensetning



Total populasjon

20 678

2.2 Deltakere

Totalt 10 605 personer deltok i undersøkelsen. Den gjennomsnittlige deltakeren var mann (97,1 %, 10298 personer), mellom 50 og 59 år⁵ (47,4 %, 5027 personer), med sivilstatus som gift/partner (56,4 %, 5939 personer), med inntektsgivende arbeid heltid som hovedkilde til livsopphold (74,4 %, 7627 personer), med universitets-/høyskoleutdanning på lavere nivå som høyeste sivile utdanning (28,8 %, 3037 personer) og med førstegangstjeneste som høyeste militære utdanning (64,4 %, 6732 personer). Se tabell 2.2 for utfyllende informasjon.

Tabell 2.2. Demografiske karakteristika ved deltakerne

		Antall	Prosent
Kjønn (n = 10 605)	Menn	10 298	97,1
	Kvinner	307	2,9
Alder (n = 10 605)	30–39 år	75	0,7
	40–49 år	3054	28,8
	50–59 år	5027	47,4
	60–69 år	1775	16,7
	70+ år	674	6,4
Sivilstatus (n = 10 529)	Singel	1438	13,7
	Samboer	2101	20,0
	Gift/partner	5939	56,4
	Skilt/separert	864	8,2
	Enke/enkemann	107	1,0
	Annet	80	0,8
Hovedkilde til livsopphold (n = 10 255)	Inntektsgivende arbeid heltid	7627	74,4
	Inntektsgivende arbeid deltid	216	2,1
	Selvstendig næringsdrivende	551	5,4
	Alderspensjonist	990	9,7
	For tiden arbeidsledig/arbeidsledighetstrygd	181	1,8
	Annen type trygd	603	5,9
	Hjemmeværende/husarbeid i hjemmet	12	0,1
	Annet	75	0,7
Høyeste sivile utdanning (n = 10 553)	Grunnskole	737	7,0
	Videregående utdanning	2881	27,3
	Fagutdanning	2792	26,5
	Universitets-/høyskoleutdanning lavere nivå	3037	28,8
	Universitets-/høyskoleutdanning høyere nivå	1106	10,5
Høyeste militære utdanning (n = 10 457)	Førstegangstjeneste	6732	64,4
	Befalskurs/befalsskole	2882	27,6
	Krigsskole	409	3,9
	Høyskole/Forsvarets stabsskole	434	4,2

⁵ Mer nøyaktig var gjennomsnittsalderen for deltakerne 53 år.

Kommentar:

Den gjennomsnittlige deltakeren i undersøkelsen er 53 år gammel. Han er dermed 18 år eldre enn den gjennomsnittlige deltakeren i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012), som var 35 år, og 19 år eldre enn den gjennomsnittlige deltakeren i den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993), som var 34 år.

Sammenliknet med menn mellom 50 og 59 år i den norske befolkningen, ser det ut til at litt flere av dagens UNIFIL-veteraner er samboere (17 % vs. 20 %), litt færre er gifte (62 % vs. 56 %) og litt flere lever alene (21 % vs. 24 %) (Statistisk sentralbyrå, 2016a). I den første UNIFIL-undersøkelsen var det tilsynelatende flere som var samboere (25 %), færre som var gifte (34 %) og flere som bodde alene (41 %). Også i Afghanistan-undersøkelsen var det flere som var samboere (35 %), færre som var gifte (35 %) og flere som bodde alene (30 %). Med tanke på at dagens UNIFIL-veteraner er nesten 20 år eldre enn deltakerne i den første UNIFIL-undersøkelsen og i Afghanistan-undersøkelsen, er dette naturlig.

Mer enn fire av fem (82 %) UNIFIL-veteraner oppgir at de er i arbeid. Hvis vi sammenlikner med menn i den norske befolkningen, finner vi at det i aldersgruppen 50–59 år er vanlig at nettopp fire av fem (82 %) har inntektsgivende arbeid (Statistisk sentralbyrå, 2016b). UNIFIL-veteranene kan dermed sies å være minst like arbeidsføre som resten av befolkningen. Dette er dessuten i tråd med resultatene man fant i undersøkelsen av norske forsvarsveteraners levekår fra 2013 (Statistisk sentralbyrå, 2013). I Afghanistan-undersøkelsen, der snittdeltakeren var 35 år, var det naturlig nok en enda større andel (88 %) som var i arbeid.

Andelen med høyere sivil og militær utdanning er mindre blant deltakerne i vår undersøkelse enn den var blant deltakerne i Afghanistan-undersøkelsen. For eksempel var andelen Afghanistan-veteraner (34 %) som hadde en av de to høyeste formene for militær utdanning (krigsskole eller Forsvarets høyskole/stabsskole) omtrent fire ganger større enn blant UNIFIL-veteranene (8 %). Samtidig er andelen med høyere sivil utdanning blant dagens UNIFIL-veteraner større enn den var blant deltakerne i den første UNIFIL-undersøkelsen, og også større enn den er blant norske menn i alderen 50–59 år (Statistisk sentralbyrå, 2014).

2.3 Spørreskjema

2.3.1 Utforming

Spørreskjemaet bestod av 9 deler med til sammen 167 spørsmål, fordelt på 32 sider (se vedlegg 7.3). Ved utarbeidelse av spørreskjemaet ble følgende prinsipper lagt til grunn: For det første skulle spørreskjemaet på en god måte måle den psykiske helsen til veteranene. For det andre skulle veteranene ved å svare på spørsmålene få frem det de oppfatter som relevant fra sine erfaringer i Libanon, og for hvordan de har det i dag. For det tredje ønsket vi å ha med spørsmål som muliggjorde sammenlikning med tilsvarende nasjonale og internasjonale undersøkelser. Det være seg den første UNIFIL-undersøkelsen fra 1993, Afghanistan-undersøkelsen fra 2012, samt andre relevante undersøkelser.

Under utarbeidelsen av spørreskjemaet ble det gjennomført en fokusgruppe der representanter for Norske Reserveoffiserers Forbund (NROF), Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO) og Veteranforbundet SIOPS (SIOPS) deltok. Her ble det gitt mange gode innspill, noe som var med på å øke kvaliteten på spørreskjemaet betraktelig.

2.3.2 Psykometriske instrumenter

2.3.2.1 Stressreaksjoner

Posttraumatic Symptom Scale-10 (PTSS-10; Holen, Sund, & Weisæth, 1983): Selvutfyllingsskjema der respondenten bes om å ta stilling til 10 utsagn relatert til en gitt begivenhet eller et traume. Til tross for at det ikke er et diagnostisk instrument, har PTSS-10 vist seg egnet til å identifisere personer som er i ferd med, eller står i fare for, å utvikle posttraumatisk stresslidelse. Hvert utsagn ble skåret på en skala fra 1 (aldri/sjelden) til 7 (meget ofte). En skåre på 4 eller mer på seks eller flere ledd, ble regnet som alvorlige stressplager. PTSS-10 ble benyttet for å kunne sammenlikne med data fra Forsvarets tidligere helseundersøkelser (spesielt den første UNIFIL-undersøkelsen fra 1993) og andre norske undersøkelser.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist-17 (PCL-17; Weathers, et al., 1993): Selvutfyllingsskjema bestående av 17 spørsmål som dekker kriteriene for lidelsen posttraumatisk stresslidelse (PTSD), slik den er definert i den amerikanske diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. utgave, 2. revisjon (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Hvert spørsmål ble skåret fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i ekstrem grad). Minimumsskåren for skalaen var 17 og maksimumsskåren 85. En totalskåre på 44 eller mer ble ansett som god prediktor for aktuell eller fremtidig PTSD. Skjemaet finnes i en militær variant (PCL-17-M) som er mye benyttet i større utenlandske militærpsykiatriske studier. For å muliggjøre sammenlikning med slike studier, valgte vi å benytte oss av den militære varianten i denne undersøkelsen.

2.3.2.2 Angst og depresjon

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983): Mye brukt selvutfyllingsskjema for angst og depresjon, bestående av 14 påstander som respondenten må ta stilling til. Skjemaet er todelt, slik at syv ledd måler angst (HADS-A), mens de syv resterende leddene måler depresjon (HADS-D). Hvert ledd ble skåret fra 0 til 3, med ulike svaralternativer for hvert enkelt ledd. For leddene 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 og 13 var svaralternativene reversert, og påstandene negativt formulert. Minimumsskåren for skalaen var 0, mens maksimumsskåren var 42. En sumskåre på en av de to delskalaene HADS-A eller HADS-D på mer enn 10, ble regnet som indikasjon for sannsynlig angst- eller depresjonsdiagnose. HADS er hyppig benyttet i større nasjonale og internasjonale helseundersøkelser, og gir således et godt sammenlikningsgrunnlag.

2.3.2.3 Selvmordstanker og selvmordsforsøk

Selv mord og selvmordstanker: For å kartlegge selvmordsatferd tok vi utgangspunkt i spørsmål benyttet i Afghanistan-undersøkelsen og i den første UNIFIL-undersøkelsen fra 1993, samt i allerede eksisterende kartleggingsinstrumenter som benyttes innen forskningsområdet suicidologi. Vi komponerte et eget selvtuttyllingsskjema bestående av åtte spørsmål, med ulike svaralternativer for hvert enkelt spørsmål. Skjemaet dekket selvmordstanker, selvmordsforsøk, grunner til eventuelle forsøk, bakenforliggende årsaker, hjelpesøkende atferd og kontakt med helseapparatet.

2.3.2.4 Søvnproblemer

Insomnia Severity Index (ISI; Bastien, Vallières, & Morin, 2001): Selvtuttyllingsskjema som måler søvn og søvnrelaterte problemer. Inneholder syv spørsmål som ble skåret fra 0 til 4, med ulike svaralternativer for hvert spørsmål. Minimumsskåren for skalaen var 0, mens maksimumsskåren var 28. Skalaen er normert og validert i tidligere studier (f.eks. Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011), slik at man har et normgrunnlag som gir følgende grenseverdier: 0–7 (ingen søvnvansker), 8–14 (grensetilfelle), 15–21 (moderat søvnforstyrrelse) og 22–28 (alvorlig søvnforstyrrelse).

2.3.2.5 Rus- og avhengighetsproblematikk

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001): Selvtuttyllingsskjema utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) for kartlegging av alkoholproblemer i primærhelsetjenesten. Velbrukt og anerkjent for å ha gode psykometriske egenskaper. Inneholder 10 spørsmål, der 8 spørsmål ble skåret fra 0 (aldri/1–2 enheter) til 4 (nesten daglig/fire ganger i uken eller mer/10 eller flere enheter), mens 2 spørsmål ble skåret med 0 (nei), 2 (ja, men ikke ila. det siste året) eller 4 (ja, i løpet av det siste året). Med utgangspunkt i Babor og medarbeidere (2001), ble følgende grenseverdier benyttet: 0–7 (sone I/informasjon), 8–15 (sone II/enkle råd), 16–19 (sone III/rådgivning og oppfølging) og 20–40 (sone IV/diagnostisk utredning og behandling).

Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT; Berman et al., 2007): Parallellinstrument til AUDIT for identifisering av personer med rusproblem. Selvtuttyllingsskjema som inneholder 11 spørsmål, der 9 spørsmål ble skåret fra 0 (aldri/1–2 ganger) til 4 (daglig eller nesten hver dag/4 ganger i uken eller mer/7 ganger eller flere), mens 2 spørsmål ble skåret med 0 (nei), 2 (ja, men ikke ila. det siste året) eller 4 (ja, i løpet av det siste året). Med utgangspunkt i Berman og medarbeidere (2007), ble følgende grenseverdier benyttet: 0–5 (ikke risikofylt bruk), 6–24 (misbruk/mulig avhengighet) og 25–44 (sannsynlig avhengighet).

2.3.2.6 Generelle helseplager

General Health Questionnaire-28 (GHQ-28; Goldberg, 1978): Selvtuttyllingsskjema som dekker områder som aktivitetsnivå, søvn, sosialisering, mestring, selvtillit, angst og bekymring, depresjon, konsentrasjon, motivasjon og tilfredshet. Mye benyttet for å måle generell helse og som screeninginstrument for indikasjoner på psykisk uhelse. Som navnet indikerer, inneholder instrumentet 28 ledd, der 20 er negativt formulert og 8 er positivt formulert. Det er to måter å skåre GHQ-28 på: en der man lager en total sumskåre fra 0 til 84, der de negative leddene blir skåret fra 0 (ikke i det hele tatt/bestemt nei) til 3 (mye mer enn vanlig/ja, ofte), og de positive leddene fra 0 (bedre/raskere/mer/mer fornøyd enn vanlig) til 3 (mye mindre/mindre fornøyd/lengre enn vanlig). Den andre og mest vanlige måten å skåre GHQ-28 på, som vi har benyttet, innebærer at man skårer svaralternativene 0–0–1–1 og teller opp antall ledd der et av de to «verste» svaralternativene er valgt. Man får da en summering av forhøyede enkeltledd med en skåre fra 0 til 28.

Det er flere syn på hvor man skal sette terskelverdi for sykелighet for GHQ-28. Noen velger å ta utgangspunkt i gjennomsnittsskåren i det aktuelle utvalget, men her har vi valgt å benytte skåre 0–3 som indikasjon på ingen eller få helseplager, skåre 4–5 som indikasjon på grensetilfelle og skåre 6 eller høyere som indikasjon på forhøyet nivå av helseplager (Wilmott, Boardman, Henshaw & Jones, 2004). GHQ-28 var vesentlig å ha med i spørreskjemaet, ettersom det også ble benyttet i den første UNIFIL-undersøkelsen fra 1993.

2.3.2.7 Livskvalitet, funksjonsnivå og syn på egen helse

Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan, 1983): Måler funksjonsnivå innen de tre hovedområdene arbeid og skole, fritid og sosialt liv, samt familie og hjemlige forpliktelser. Består av tre utsagn der respondenten må ta stilling til i hvilken grad utsagnet passer på en skala fra 0 (slett ikke) til 10 (i meget alvorlig grad). En skåre på 0 eller 1 ble definert som et funksjonsnivå innenfor normalområdet.

RAND 36-item Short Form Health Survey (RAND-SF-36; Ware & Sherbourne, 1992): Selvfyllingsskjema som måler selvopplevd livskvalitet og syn på egen helse. Består av 36 ledd, med ulikt antall svaralternativer for hvert ledd. Muliggjør utregning av åtte skalerte domener med minimumsskåre 0 (omfattende plager) og maksimumsskåre 100 (ingen plager). Domenene fysisk funksjonsnivå, fysisk rollebegrensning og kroppslig smerte indikerer fysisk helsestatus, mens sosialt funksjonsnivå, emosjonell rollebegrensning og mental helse indikerer mental helsestatus. Domenene generell helse og energi og vitalitet reflekterer både fysisk og mental helsestatus. RAND-SF-36 er et av de mest benyttede og validerte instrumentene for helsemål, både i Norge og internasjonalt.

2.3.2.8 Psykologisk endring

Psykologisk endringsskala (Nordstrand et al., upublisert): Skala som måler psykologisk endring etter traumatiske opplevelser og motgang. Består av 24 ledd, der respondenten bes om å ta stilling til opplevd endring på en rekke ulike livsområder. Skåres fra 1 (mye dårligere/mindre enn før Libanon) til 5 (mye bedre/mer enn før Libanon) for hvert ledd. Gir et mål på hvorvidt respondenten opplever henholdsvis negativ-, ingen- eller positiv endring på de fire domenene mestringstro, interpersonlig involvering, livsbevissthet og sosial fleksibilitet.

2.3.3 Øvrige instrumenter

I tillegg til de psykometriske instrumentene over, ble det benyttet en rekke egenutviklede selvutfyllingsskjema for å kartlegge følgende områder: demografiske forhold; detaljer omkring tjenestegjøringen; opplevelse av arbeidsbelastning, psykososiale forhold og stressreaksjoner i Libanon; ledelse; eksponering for alvorlige hendelser i Libanon; vurdering av risiko; hendelser hjemme; generelle livserfaringer; arbeidsliv; sosial støtte, anerkjennelse og syn på egen tjeneste; deltakelse i andre misjoner. De fleste av disse instrumentene hadde sitt utgangspunkt i tidligere forskning på militære populasjoner, og ble benyttet fordi de ble ansett relevante for å belyse veteranenes helsetilstand.

2.4 Frafallsanalyse og representativitet

Tabell 2.4.1 gir en oversikt over frafallet i spørreundersøkelsen. Totalt var det 8672 personer som ikke besvarte undersøkelsen. I tillegg fikk vi 373 spørreskjema i retur. Legger vi til de med aktiv nekt, 913 personer, og de med ufullstendige besvarelser, 115 personer, ender vi opp med en frafallsgruppe på til sammen 10 073 personer.

Tabell 2.4.1. Oversikt over frafall

	Antall personer
Ikke svar	8672
+ Returer	373
+ Aktiv nekt	913
+ Ufullstendige svar	115
= Frafall	10 073

Av det opprinnelige utvalget på 20 678 personer som fikk tilsendt spørreskjemaet, var det 10 605 personer (51,3 %) som ble inkludert i datagrunnlaget for etterundersøkelsen. Med en gjennomsnittlig oppfølgingstid på 27 år, anses denne svarprosenten som tilfredsstillende.

Til tross for tilfredsstillende svarprosent, må vi ikke glemme at 48,7 prosent av UNIFIL-veteranene (10 073 personer) ikke har svart/ikke har blitt inkludert i undersøkelsen. For de aller fleste av disse vet vi ingenting om grunnen til at de ikke har svart. Det kan imidlertid tenkes at det finnes visse systematiske «skjevheter» mellom de som har svart og de som ikke har svart, for eksempel med tanke på forekomst av psykisk sykdom.

For å finne ut hvorvidt det eksisterer slike skjevheter, ønsket vi å foreta en sammenlikning av de to gruppene. Ved hjelp av data innhentet fra NAV gjennomførte vi derfor en såkalt frafallsanalyse, der vi sammenliknet svargruppen med frafallsgruppen. Dette ble gjort med godkjenning fra Regional etisk komité (REK). Data ble først oversendt Forsvarets helseregister (FHR), som deretter videresendte avidentifiserte data til forskningsgruppen ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS).

Følgende variabler ble sammenliknet (for tidsrommet 1985 til 2015):

- *Kjønn*: mann eller kvinne.
- *Alder*: gruppert i intervaller på ti år.
- *Korttidssykmelding*: hvorvidt man har hatt minst én sykmeldingsperiode på 14 dager eller mer.
- *Langtidssykmelding*: hvorvidt man har vært sykmeldt sammenhengende i 100 dager eller mer.
- *Langtidsstønad*: hvorvidt man har mottatt en form for langtidsstønad, tilsvarende uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, yrkesrettet attføring eller liknende.
- *Psykisk sykdom*: hvorvidt man har vært sykmeldt på grunn av en p-diagnose. P-diagnoser inkluderer alle diagnoser som omhandler en form for psykiske plage eller lidelse, og kan slikt sett fungere som en indikator for psykisk sykdom.

Tabell 2.4.2 viser resultatet av frafallsanalysen. Av denne kan vi lese at det ikke er noen statistisk signifikant forskjell mellom kjønnsfordelingen i de to gruppene. Både svargruppen og frafallsgruppen inneholder ca. 97 prosent menn. Derimot er det en signifikant forskjell mellom alderssammensetningen i gruppene. Vi ser at svargruppen inneholder litt flere eldre enn frafallsgruppen. Det er altså en skjevhet mot at flere eldre har svart på undersøkelsen, hvilket medfører at den yngre delen av UNIFIL-veteranene er underrepresentert i svargruppen. Tilsvarende tendens for alder fant vi også i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012).

Går vi videre til sykefraværsvariablene, finner vi at det er signifikante forskjeller mellom svargruppen og frafallsgruppen på samtlige av disse. For korttidssykmelding finner vi at det er signifikant færre i svargruppen som har hatt dette, sammenliknet med i frafallsgruppen. Blant de som ikke har svart på undersøkelsen, er det altså flere som har hatt minst én sykmeldingsperiode på 14 dager eller mer. Dette gjelder også for

langtidssykmelding. Blant de som ikke har svart på undersøkelsen, er det signifikant flere som har vært sykmeldt sammenhengende i 100 dager eller mer. De som har svart på undersøkelsen har altså mindre forekomst av sykmeldinger, både korte og lange, enn de som ikke har svart på undersøkelsen. Det er dermed en skjevhet i retning av at svargruppen er noe friskere enn frafallsgruppen.

For langtidsstønad observerer vi samme tendens, nemlig at det er signifikant færre i svargruppen som har mottatt dette, sammenliknet med i frafallsgruppen. I frafallsgruppen er det dermed en overrepresentasjon av veteraner som har vært ute av stand til å arbeide. Således kan svargruppen sies å inneholde noen flere arbeidsføre veteraner enn frafallsgruppen. Også den siste sykefraværsvariabelen, psykisk sykdom, viser signifikante forskjeller mellom gruppene. Flere i frafallsgruppen enn i svargruppen har vært sykmeldt på grunn av en p-diagnose. Vi kan derfor anta at det er noen flere med psykisk sykdom i frafallsgruppen.

Tabell 2.4.2. Frafallsanalyse, prosent

		Total- utvalg ⁶ (n = 20 674)	Svar- gruppe (n = 10 605)	Frafalls- gruppe ⁷ (n = 10 069)	Signifikans- test (X ²)
Kjønn	Menn	97,3	97,1	97,5	n.s.
	Kvinner	2,7	2,9	2,5	
Alder	30–39 år	0,8	0,7	0,8	,000
	40–49 år	31,7	28,8	34,7	
	50–59 år	47,7	47,4	48,0	
	60–69 år	14,8	16,7	12,7	
	70+ år	5,1	6,4	3,7	
Korttidssykmelding (minst én sykmeldings- periode på minst 14 dager)	Ja	72,8	71,2	74,4	,000
	Nei	27,2	28,8	25,6	
Langtidssykmelding (sykmeldt sammen- hengende minst 100 dager)	Ja	51,1	48,8	53,6	,000
	Nei	48,9	51,2	46,4	
Langtidsstønad (mottatt uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, attføring, eller liknende)	Ja	20,0	17,8	22,4	,000
	Nei	80,0	82,2	77,6	
Psykisk sykdom (sykmeldt pga. en p-diagnose)	Ja	22,7	20,3	25,3	,000
	Nei	77,3	79,7	74,7	

Oppsummert viser alle sykdomsvariablene signifikante forskjeller mellom svargruppen og frafallsgruppen. Frafallsgruppen er overrepresentert med tanke på korttidssykmeldinger, langtidssykmeldinger, langtidsstønader og psykisk sykdom. De ser med andre ord ut til å være noe sykere enn personene i svargruppen. Når det eksisterer slike skjevheter mellom de som har svart og de som ikke har svart, risikerer vi at undersøkelsen ender opp med ikke å være representativ for hele populasjonen av UNIFIL-veteraner. Det er derfor nyttig å se litt nærmere på i hvilken grad resultatene ville blitt påvirket dersom frafallsgruppen faktisk var inkludert i undersøkelsen.

⁶Av ukjente grunner har vi ikke mottatt NAV-data på fire personer i frafallsgruppen. Dette medfører at frafallsgruppen i analysen mangler fire personer, slik at n = 10 069 for frafallsgruppen og n = 20 674 for totalutvalget. Det vurderes imidlertid ikke å påvirke utfallet av analysen nevneverdig.

⁷Se fotnote nr. 6 over.

Av kolonnen for totalutvalget (tabell 2.4.2) får vi vite at til sammen 22,7 prosent, eller 4696 av 20 674 personer, har vært sykmeldt på grunn av en p-diagnose. Blant alle UNIFIL-veteranene er det altså 4696 personer som har fått innvilget sykmelding på bakgrunn av psykisk sykdom. Det er viktig å understreke at dette gjelder en observasjonstid på 30 år (1985–2015), og at det er forskjeller mellom forekomst over tid og forekomst på et eksakt tidspunkt (punktprevalens). Å ha hatt en p-diagnose én gang i løpet av periode på 30 år, er ikke ensbetydende med at man har denne diagnosen i dag. Ettersom vi ikke ønsker å underdrive eventuelle effekter av skjevheter mellom gruppene, har vi likevel valgt å behandle opplysningene om p-diagnose som en indikator for forekomst av psykisk sykdom i dag.

I undersøkelsen er personene med p-diagnose i løpet av tidsrommet 1985–2015 fordelt som følger: 2153 av 10 605 personer (20,3 %) i svargruppen og 2543 av 10 069 personer (25,3 %) i frafallsgruppen. Dersom andelen med p-diagnoser i stedet var helt jevnt fordelt mellom svargruppen og frafallsgruppen, ville vi funnet at det var 2409 av 10 605 personer (22,7 %) med p-diagnoser i svargruppen og 2287 av 10 069 personer (22,7 %) med p-diagnoser i frafallsgruppen. Slik sett er det $2409 \div 2153 = 256$ personer med p-diagnoser som kan sies å «mangle» i svargruppen.

I kapittel 4.1 i denne undersøkelsen, anslås veteranenes samlede forekomst av sannsynlige psykiske plager og lidelser til 12,4 prosent. Dette tilsvarer 1315 personer av de totalt 10 605 personene som har besvart undersøkelsen. Andelen blant de som har besvart undersøkelsen som har hatt en p-diagnose i løpet av 30 år, 20,3 prosent, er ikke uventet klart høyere enn andelen som anslås å ha en sannsynlig psykisk lidelse per i dag, 12,4 prosent. Dette betyr at mange av de som tidligere i livet har fått en p-diagnose, ikke lenger er syke. Likevel velger vi en «i verste falls» tolkning av dette, slik at vi justerer vår sannsynlige forekomst som om de alle stadig skulle være psykisk syke. Ved å legge til de 256 personene med p-diagnoser som «mangler» i svargruppen, kommer vi frem til 1571 personer, tilsvarende 14,8 prosent. Den sannsynlige forekomsten av psykiske plager og lidelser øker altså med 2,4 prosentpoeng.

Med andre ord; dersom de som ikke har svart på undersøkelsen faktisk hadde svart, kunne vi i verste fall forventet en økning i samlet forekomst av sannsynlige psykiske plager og lidelser på 2,4 prosentpoeng. Det er imidlertid viktig å påpeke at dette er et usikkert estimat, både grunnet det beskrevne forholdet mellom historiske og nåværende diagnoser, og også ettersom kriteriene for en del p-diagnoser er mindre «streng» enn for de fleste av de psykiske plagene og lidelsene vi har målt i denne undersøkelsen⁸. Sannsynligvis ligger faktisk forekomst av psykisk lidelse blant UNIFIL-veteranene dermed et sted mellom 12,4 og 14,8 prosent. Ettersom dette ikke er stort avvik fra våre funn, tillater vi oss å mene at våre funn er representative for hele populasjonen av UNIFIL-veteraner.

⁸ Omtrent halvparten av de med p-diagnose i svargruppen har ingen indikasjon på psykisk uhelse på undersøkelsestidspunktet. Dette illustrerer forskjeller på punktprevalens og forekomst av psykisk uhelse over en tidsperiode på 30 år.

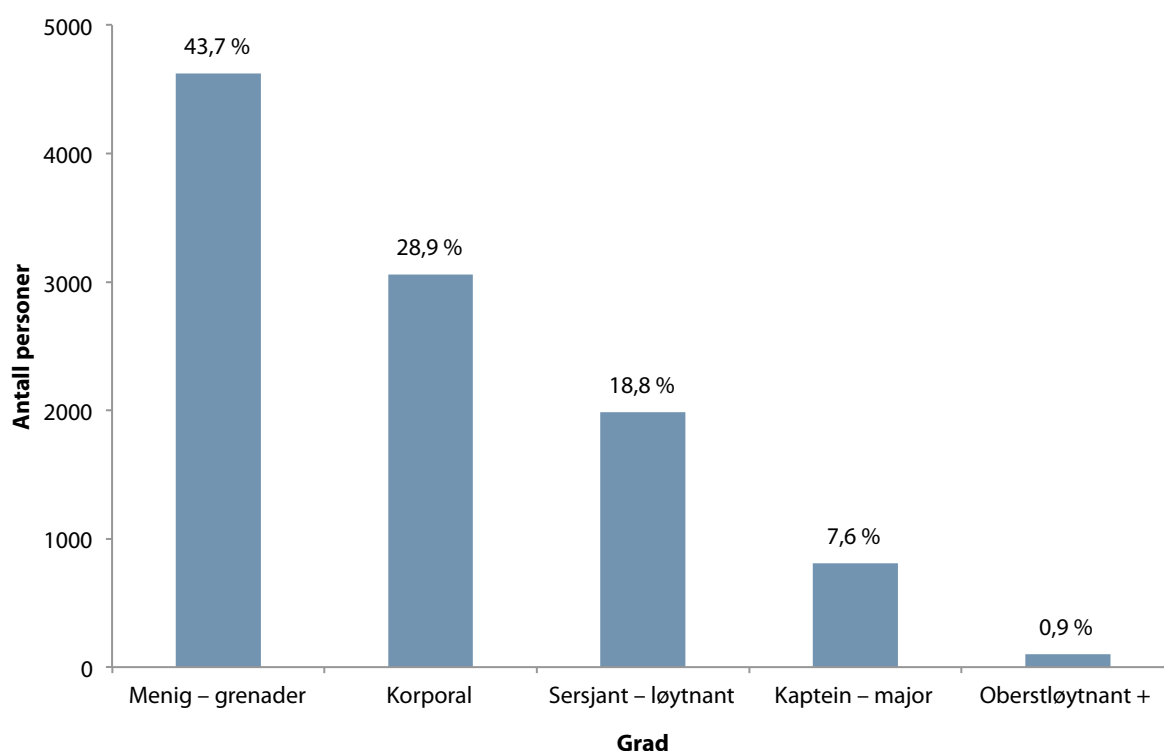
3. Tjenesteforhold og belastninger

3.1 Tjenesteforhold

3.1.1 Detaljer omkring tjenestegjøringen

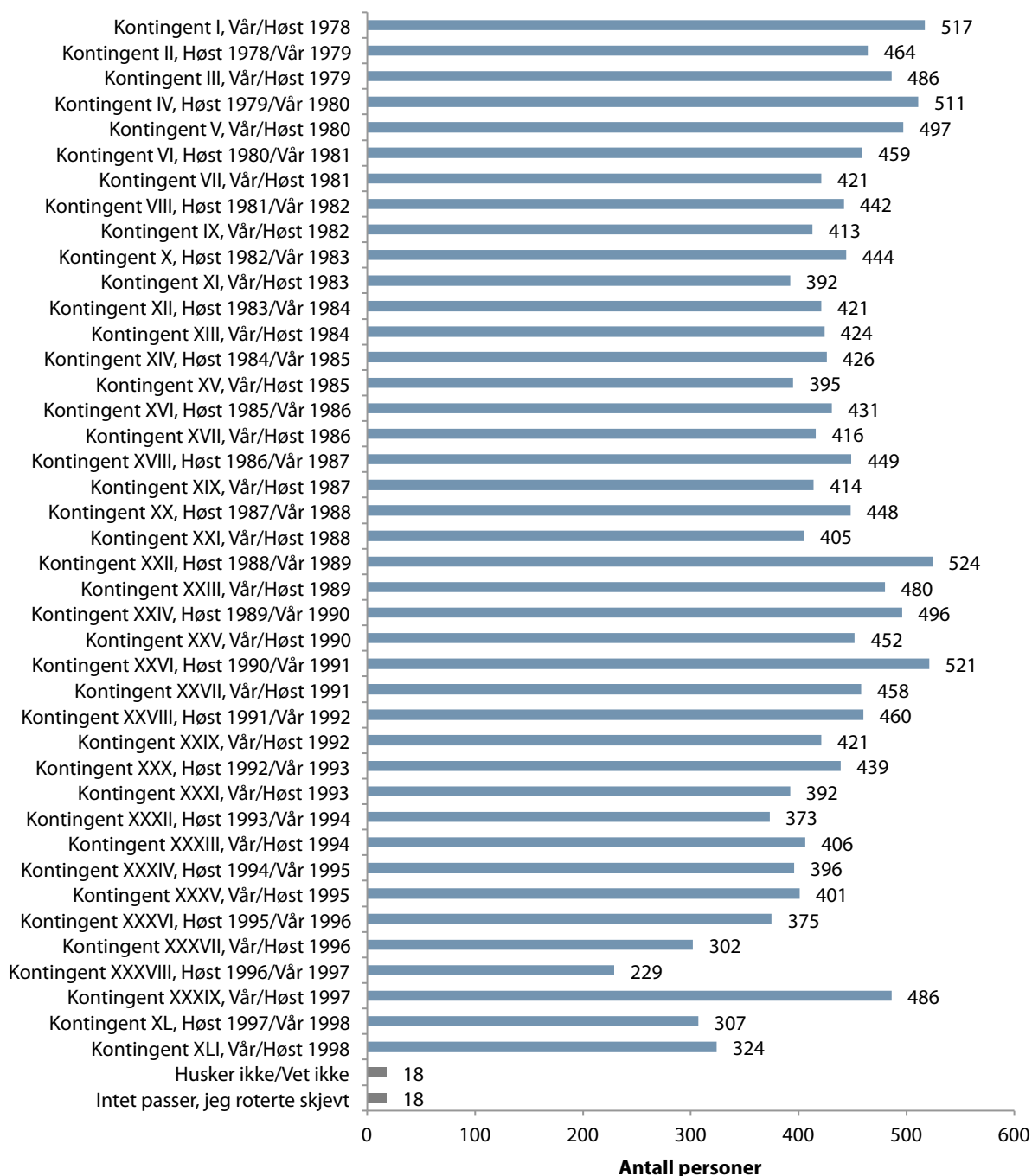
Veteranene ble bedt om å oppgi høyeste militære grad i Libanon. Omtrent to av fem (43,7 %, 4622 personer) oppgir menig – grenader, eller tilsvarende. Deretter følger korporal, eller tilsvarende (28,9 %, 3058 personer), sersjant – løytnant, eller tilsvarende (18,8 %, 1985 personer), kaptein – major, eller tilsvarende (7,6 %, 807 personer) og oberstløytnant og over, eller tilsvarende (0,9 %, 99 personer). Det er altså en relativt liten andel med høyere offisersgrader, se figur 3.1.1.1.

Figur 3.1.1.1. Fordeling av militære grader i Libanon (n = 10 571)



Blant de 10 537 veteranene som har besvart spørsmålet om hvor mange kontingenter man har tjenestegjort i, krysser de fleste av for én (56,0 %, 5899 personer) eller to (29,7 %, 3126 personer) kontingenter. Deretter følger tre kontingenter (9,1 %, 955 personer), fire kontingenter (3,5 %, 374 personer) og fem eller flere kontingenter (1,7 %, 183 personer). Gjennomsnittet er 1,7 kontingenter per person. Hele 69,3 prosent (7349 personer) av UNIFIL-veteranene var 25 år eller yngre da de tjenestegjorde første gang, gjennomsnittsalder ved første utreise var 25,2 år.

Figur 3.1.1.2 viser at veteranenes fordeling mellom de ulike kontingentene er nokså jevn, ettersom alle kontingenter har mellom to og fem prosent deltakelse. Som vi ser, er kontingent XXII, Høst 1988/Vår 1989 den kontingenten som har høyest andel deltakere, med 4,9 prosent (524 personer). I motsatt ende av skalaen finner vi kontingent XXXVIII, Høst 1996/Vår 1997, med 2,2 prosent (229 personer). Gjennomsnittlig andel deltakere per kontingent er 4,0 prosent (424 personer). En del har tjenestegjort flere ganger, slik at antallet som gjengis i figuren er høyere enn det totale antallet deltakere i undersøkelsen.

Figur 3.1.1.2. Tjenestegjøring ved ulike UNIFIL-kontingenter, sortert fra første til siste kontingent⁹ (n = 17 553)**Kommentar:**

Andelen som var 25 år eller yngre ved første utreise var større blant UNIFIL-veteranene (69 %) enn den var blant Afghanistan-veteranene (41 %) (FSAN, 2012). Soldatene som ble sendt til Libanon var altså vesentlig yngre, mer uerfarne og mindre militært utdannede enn de som ble sendt til Afghanistan.

Figur 3.1.1.2 viser at deltakernes fordeling mellom de ulike kontingentene er ganske jevn. Dette er en styrke for undersøkelsen, ettersom vi da kan anta at resultatene vil være representative for de aller fleste som tjenestegjorde i Libanon, uavhengig av når i tidsrommet 1978–98 de tjenestegjorde. Dette var i mindre grad tilfellet i Afghanistan-undersøkelsen, der deltakere fra de første kontingentene var underrepresentert.

⁹ Hver deltaker hadde her mulighet for å krysse av for flere ulike kontingenter. At kontingent XXXVIII utpeker seg med såpass få deltakere, har sin naturlige forklaring i at dette var en kontingent der Bravo-kompaniet var fylt opp av soldater fra Estland.

3.1.2 Tjeneste avsluttet før tiden (repatriering)

Seks prosent (634 personer) av UNIFIL-veteranene svarer at tjenesten deres ble avsluttet før tiden. Blant de som ble repatriert, var den vanligste grunnen at man kom inn på skole (21,9 %, 139 personer). En del ble også repatriert på grunn av helsemessige (13,1 %, 83 personer), disiplinære (10,6 %, 67 personer) eller tjenstlige (3,0 %, 19 personer) årsaker.

Blant de som oppgir en «positiv» grunn til at tjenesten ble avsluttet før tiden (at de kom inn på skole eller fikk et jobbtilbud de ikke kunne si nei til), er det kun 1,4 prosent som opplevde repatrieringen som noe, ganske eller svært belastende. De hadde altså få eller ingen problemer med å dra hjem. Hvis vi derimot ser på de som oppgir en «negativ» grunn til repatriering (mistrivsel, økonomiske forhold, familieforhold, disiplinære forhold, tjenstlige forhold eller helsemessige årsaker), finner vi at hele 52,9 prosent av disse opplevde repatrieringen som noe, ganske, eller svært belastende. Dette tyder på at grunnlaget for repatriering er avgjørende for hvorvidt det oppleves belastende eller ikke. Vi kommer tilbake til sammenhengen mellom repatriering og psykisk helse i kapittel 4.1 *Psykiske plager og lidelser*.

Kommentar:

I den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993) ble det viet mye oppmerksomhet til de som fikk tjenesten sin avsluttet før tiden. Et av hovedfunnene den gang, var at de repatrierte opplevde vesentlig flere helseplager enn de andre deltakerne i undersøkelsen. I denne undersøkelsen har vi ikke gått like grundig inn i denne tematikken.

3.1.3 Opplevelse av arbeidsbelastning, psykososiale forhold og stressreaksjoner i løpet av tjenesten

Flertallet oppgir at de opplevde forberedelser, arbeidsvilkår og muligheter for hvile og rekreasjon i løpet av utenlandstjenesten som tilfredsstillende. For eksempel mener fire av fem at de fikk tilstrekkelig opplæring og var godt forberedt på tjenesten i Libanon, i enten noen (33,0 %, 3496 personer), stor (39,3 %, 4167 personer) eller svært stor (8,6 %, 914 personer) grad. Videre er det nesten ni av ti som synes de hadde tilfredsstillende muligheter for hvile og rekreasjon mens de tjenestegjorde i Libanon, i enten noen (29,4 %, 3120 personer), stor (42,7 %, 4524 personer) eller svært stor (14,5 %, 1535 personer) grad.

Likevel mener omtrent halvparten at arbeidsbelastningen i Libanon var for høy, i enten noen (33,7 %, 3575 personer), stor (13,2 %, 1397 personer) eller svært stor (3,3 %, 351 personer) grad. Det er også om lag en tredel som ikke opplevde at de kunne tilbringe tid for seg selv når de hadde behov for det (i liten grad = 25,7 %, 2729 personer, ikke i det hele tatt = 5,5 %, 578 personer). Se tabell 3.1.3.1 for utfyllende informasjon.

Tabell 3.1.3.1. Forberedelser, arbeid og hvile (n = 10 605), prosent

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke svart
Jeg hadde tilfredsstillende muligheter for hvile og rekreasjon mens jeg tjenestegjorde inne i Libanon	2,1	10,7	29,4	42,7	14,5	0,6
Jeg kunne tilbringe tid for meg selv når jeg hadde behov for det	5,5	25,7	34,5	25,0	8,6	0,7
Jeg var for det meste utsovet/uthvilt i tjenesten	1,8	9,6	31,2	46,4	10,1	1,0
Sanitærforholdene var tilfredsstillende	3,1	15,0	36,0	39,3	5,6	1,0
Jeg hadde tilfredsstillende tilgang til mat og vann	0,4	2,3	10,2	53,1	33,0	1,0

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke svart
Tjenesten i Libanon svarte til min sivile eller militære utdannelse eller yrkespraksis	8,8	12,7	22,7	37,7	17,3	0,7
Jeg fikk tilstrekkelig opplæring og var godt forberedt på tjenesten i Libanon	3,7	14,7	33,0	39,3	8,6	0,7
Jeg hadde tilfredsstillende muligheter for "leave"/ferie	0,9	8,9	31,9	46,5	11,1	0,7
Arbeidsbelastningen var for høy i Libanon	13,0	36,0	33,7	13,2	3,3	0,8
Arbeidet var krevende	3,8	14,7	48,3	27,5	4,9	0,8

Veteranene rapporterer også om stor grad av tilfredshet med psykososiale forhold og ledelse, se tabell 3.1.3.2. For eksempel er det flere enn ni av ti som opplevde samhold og støtte fra sine kolleger, i enten noen (18,2 %, 1930 personer), stor (58,3 %, 6181 personer) eller svært stor (20,2 %, 2146 personer) grad. Tilsvarende er det omtrent fire av fem som mener de hadde en sjef som var faglig dyktig, og som de kunne stole på gjorde de riktige vurderingene for å løse oppdraget på en god og sikker måte, i enten noen (27,2 %, 2888 personer), stor (41,3 %, 4382 personer) eller svært stor (14,3 %, 1519 personer) grad.

Det er samtidig verdt å nevne at det er nesten én av fem som verken opplevde at de hadde noen de kunne være fortrolig med blant sine kolleger (i liten grad = 15,3 %, 1624 personer, ikke i det hele tatt = 3,1 %, 334 personer) eller hadde en sjef som var støttende (i liten grad = 13,3 %, 1409 personer, ikke i det hele tatt = 5,8 %, 618 personer).

Tabell 3.1.3.2. Psykososiale forhold og ledelse (n = 10 605), prosent

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke svart
Jeg hadde noen jeg kunne være fortrolig med blant mine kolleger	3,1	15,3	35,0	35,5	10,4	0,6
Jeg opplevde samhold og støtte fra mine kolleger	0,4	2,3	18,2	58,3	20,2	0,6
Jeg hadde en sjef som var støttende	5,8	13,3	29,1	37,8	12,7	1,2
Jeg hadde en sjef som var faglig dyktig og som jeg kunne stole på gjorde de riktige vurderingene for å løse oppdraget på en god og sikker måte	4,5	11,6	27,2	41,3	14,3	1,0
Jeg følte meg ensom i Libanon	46,7	38,6	11,6	2,0	0,5	0,7
Jeg hadde lederansvar i Libanon som jeg opplevde som belastende	47,7	36,2	12,4	2,2	0,6	0,9
Jeg hadde lederansvar i Libanon som jeg ikke var utdannet til eller forberedt på	55,7	29,4	10,2	2,9	1,0	0,8

Veteranene ble spurt om å dele sine inntrykk av nærmeste leders holdninger, evne til å ta avgjørelser, involveringsevne, tilstedeværelse, beslutningsevne og villighet til å besvare kritiske spørsmål mens de var i Libanon. De fleste svarer at de er tilfreds med sin nærmeste leder på disse områdene. Se tabell 3.1.3.3 for mer informasjon.

Tabell 3.1.3.3. Ledelse (n = 10 605), prosent

	Ikke i det hele tatt	En gang i blant	Noen ganger	Ganske ofte	Ofte, ikke alltid	Husker ikke/ vet ikke	Ikke svart
Lederen ga uttrykk for oppfatninger som var i samsvar med hans eller hennes handlinger	4,9	6,1	12,7	32,3	22,5	19,4	2,2
Lederen tok vanskelige avgjørelser på grunnlag av høye standarder for etisk opptreden	10,9	11,2	16,2	22,7	13,8	22,9	2,3
Lederen unngikk å involvere seg når viktige saker kom opp	50,1	14,4	11,2	6,6	3,5	12,0	2,1
Lederen var ikke til stede når det var behov for han/henne	46,3	19,4	11,0	7,6	4,3	9,5	2,1
Lederen unngikk å ta beslutninger	55,7	15,4	9,6	5,3	2,3	9,7	2,0
Lederen utsatte å svare på spørsmål som hastet	51,7	17,4	8,6	4,4	1,6	14,2	2,0

Når det gjelder stressreaksjoner, svarer mer enn tre av fire at de verken opplevde søvnproblemer (i liten grad = 40,7 %, 4316 personer, ikke i det hele tatt = 36,1 %, 3826 personer), problemer med å slappe av og roe seg ned (i liten grad = 42,3 %, 4483 personer, ikke i det hele tatt = 36,7 %, 3889 personer) eller skvettenhet (i liten grad = 40,2 %, 4267 personer, ikke i det hele tatt = 34,9 %, 3704 personer) mens de var i Libanon. Færre enn én av ti opplevde slapphet og tiltaksløshet (i noen grad = 4,2 %, 445 personer, i stor grad = 0,5 %, 55 personer, i svært stor grad = 0,2 %, 20 personer). Derimot er det nesten to tredeler som opplevde vaksomhet overfor mulige farer, i noen (39,3 %, 4172 personer), stor (20,0 %, 2120 personer) eller svært stor (4,8 %, 504 personer) grad.

Oppsummert var forekomsten av stressreaksjoner i Libanon begrenset, men en betydelig andel opplevde altså vaksomhet overfor mulige farer, se tabell 3.1.3.4.

Tabell 3.1.3.4. Stressreaksjoner (n = 10 605), prosent

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke svart
Jeg sov dårlig mens jeg var i Libanon	36,1	40,7	18,9	3,0	0,9	0,4
Jeg hadde problemer med å slappe av og roe meg ned mens jeg var i Libanon	36,7	42,3	15,9	3,8	0,9	0,5
Jeg var til tider skvetten mens jeg var i Libanon	34,9	40,2	18,9	4,3	1,2	0,5
Jeg var vaksom overfor mulige farer hele tiden mens jeg var i Libanon	9,3	26,1	39,3	20,0	4,8	0,5
Jeg følte meg slapp og tiltaksløs mens jeg var i Libanon	63,2	31,4	4,2	0,5	0,2	0,5

Kommentar:

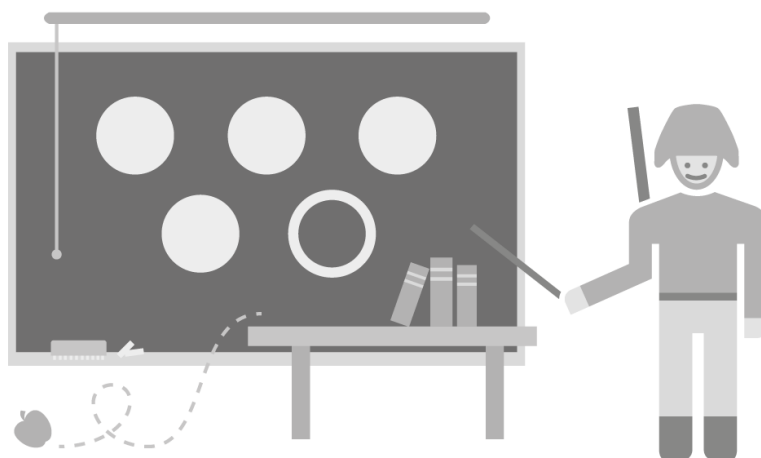
Andelen som mener de fikk tilstrekkelig opplæring og var godt forberedt på tjenesten, er omtrent den samme her som den var i den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993) og i levekårsundersøkelsen blant veteraner (Statistisk sentralbyrå, 2013).

Når det gjelder arbeidsvilkår og muligheter for hvile og rekreasjon i løpet av tjenesten, finner vi at disse forholdene ble opplevd som litt dårligere i vår undersøkelse enn i den første UNIFIL-undersøkelsen. Samtidig ble de opplevd som litt bedre enn i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012).

Grad av tilfredshet med nærmeste leder eller overordnede er omtrent like høy i begge de to UNIFIL-undersøkelsene.

4 av 5

**mener de fikk tilstrekkelig opplæring
og var godt forberedt på tjenesten i Libanon
(i noen, stor eller svært stor grad)**



3.2 Hendelser, risiko og belastning

3.2.1 Eksponering for alvorlige hendelser i Libanon

Tabell 3.2.1. gir en oversikt over hvorvidt veteranene ble utsatt for ulike typer av alvorlige hendelser i løpet av tjenesten i Libanon. Av tabellen ser vi at nesten fire av fem (79,4 %, 8423 personer) oppgir at de deltok på operative oppdrag én eller flere ganger, mens omtrent én av fem (18,0 %, 1911 personer) ikke deltok på noen oppdrag i det hele tatt. Kun 2,5 prosent (269 personer) ble såret i tjenesten, til tross for at nesten halvparten (44,7 %, 4738 personer) opplevde å bli beskytt. Omtrent én tredel havnet i kryssild mellom to stridende parter (34,9 %, 3699 personer), eller opplevde å bli angrepet, truet eller provosert uten å ha mulighet til å gjengjelde på grunn av FN-mandatets begrensninger (35,6 %, 3770 personer).

Nesten én av tre (31,9 %, 3381 personer) rapporterer at de opplevde andre alvorlige hendelser (utover dem det er spurt spesifikt etter) mens de tjenestegjorde i Libanon.

Tabell 3.2.1. Alvorlige hendelser, sortert fra mest til minst vanlige hendelse (n = 10 605), prosent

	Nei	Ja, 1–2 ganger	Ja, 3–5 ganger	Ja, 5+ ganger	Ikke svart
Jeg gikk eller kjørte patrulje, eller deltok på andre operative oppdrag	18,0	6,9	10,3	62,2	2,6
Jeg opplevde diaré («jallamag») som var så alvorlig at det påvirket min evne til å utføre oppdrag	50,7	40,2	5,6	1,6	1,9
Jeg ble beskytt med håndvåpen, artilleri, rakettvåpen eller andre våpen	53,0	29,4	9,0	6,3	2,3
Jeg opplevde å bli angrepet, truet eller provosert uten å ha mulighet til å gjengjelde på grunn av FN-mandatets begrensninger (militært ydmyket)	62,4	23,9	6,8	4,9	2,0
Jeg havnet i kryssild mellom to stridende parter med håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter, etc.)	62,8	20,3	8,0	6,6	2,3
Jeg truet andre med våpen	65,7	20,6	7,1	4,3	2,3
Jeg var vitne til brutalitet mot sivilbefolkningen, fanger eller andre	69,5	17,7	6,7	3,8	2,2
Jeg gikk eller kjørte gjennom et minelagt område, eller IED-område, uten at dette var klarert for miner	70,0	17,6	4,6	5,6	2,2
Jeg opplevde at andre ble angrepet, mishandlet eller truet uten å ha mulighet til å stoppe det på grunn av FN-mandatets begrensninger	72,1	18,3	4,7	2,7	2,2
Jeg var involvert i, eller vitne til, en alvorlig ulykke som ikke var relatert til kamphandlinger	72,3	22,6	2,0	0,6	2,5
Jeg opplevde en situasjon/et øyeblikk hvor jeg trodde jeg skulle dø	74,0	20,5	2,3	1,0	2,2
Jeg avfyrte varselskudd	77,6	14,0	3,5	2,4	2,4
Jeg deltok i minerydding/eksplosivrydding (EOD)	80,1	6,6	3,3	7,8	2,2
Var du med på ting som var moralsk betenkelig?	84,1	11,3	1,5	0,7	2,4
Jeg så en medsoldat bli alvorlig skadet eller drept	84,4	12,4	0,6	0,3	2,4

	Nei	Ja, 1–2 ganger	Ja, 3–5 ganger	Ja, 5+ ganger	Ikke svart
Jeg utførte førstehjelp på alvorlig skadde personer	84,5	10,1	2,0	1,1	2,3
Jeg var med på å stoppe, løse opp eller slå ned demonstrasjoner eller folkeansamlinger (massetjeneste eller «riot control»)	84,7	10,7	1,8	0,7	2,2
Jeg opplevde å bli omringet/tatt i bakhold	87,1	9,5	0,7	0,2	2,5
Jeg avfyrte skudd mot personer eller grupper av personer under utførelsen av tjenesten	87,8	7,5	1,5	1,0	2,2
Unnlot du å gjøre ting som du nå i etterkant ser at du burde ha gjort?	88,8	7,5	0,9	0,5	2,3
Jeg opplevde å bli tatt til fange eller «hijacket» (hijacket beskriver en situasjon der noen ved hjelp av trusler om vold/våpenbruk tar kontroll over bilen du kjører eller er passasjer på)	89,1	8,3	0,3	0,2	2,1
Jeg ble angrepet av personer eller grupper som var ubevæpnet, eller som var bevæpnet med primitive våpen som steiner, stokker etc.	89,2	7,3	1,1	0,3	2,1
Jeg ble utsatt for skadelig røyk, sterkt forurenset luft/drikkevann eller andre miljøgifter	91,1	4,8	0,8	1,1	2,2
Jeg ble bitt/stukket av slange, skorpion eller andre giftige dyr	91,4	6,2	0,3	0	2,1
Jeg eller laget mitt ble rammet av en IED (improvised explosive device) eller veibombe	93,6	3,5	0,4	0,2	2,3
Jeg ble angrepet, eller på andre måter utsatt for kjemiske og/eller biologiske stridsmidler	93,6	2,9	0,9	0,3	2,3
Avfyrte du noen gang et skudd ved et uhell (vådeskudd)?	94,1	4,0	0	0	1,9
Jeg ble mobbet	94,7	1,8	0,7	0,6	2,3
Jeg ble såret i tjenesten	95,0	2,4	0,1	0	2,5
Jeg opplevde å bli beskytt av egne styrker ved en feiltakelse («blue on blue»)	95,7	2,1	0,1	0	2,1
Jeg tok liv mens jeg tjenestegjorde i UNIFIL	95,9	1,3	0,2	0	2,7
Jeg ble smittet av malaria, gul feber eller andre alvorlige sykdommer	96,4	1,0	0	0	2,5
Jeg ble utsatt for en selvmordsbomber	96,7	0,8	0	0	2,4
Jeg ble utsatt for seksuell trakassering/seksuell krenkende atferd	96,7	0,8	0,2	0,1	2,1
Såret du eller tok du livet av noen under tjenesten, som du i ettertid har tenkt var unødvendig, om som du derfor angrer på?	96,7	1,1	0,1	0	2,1
Kom du noen gang til å skade noen av dine medsoldater eller andre egne ved et uhell?	97,2	0,8	0	0	2,0
Gjorde du noen gang en feilvurdering som førte til at sivile eller personer tilhørende fiendtlige grupperinger ble skadet eller drept?	97,4	0,5	0	0	2,0
Gjorde du en feilvurdering som førte til at noen av dine medsoldater eller andre egne ble skadd eller drept?	97,7	0,4	0	0	1,9
Jeg ble utsatt for seksuelt overgrep/voldtatt	97,8	0,1	0	0	2,0

	Nei	Ja	Ikke svart
Opplevde du andre alvorlige hendelser mens du tjenestegjorde i Libanon (ikke nevnt over)? ¹⁰	64,0	31,9	4,1

Kommentar:

Sammenliknet med deltakerne i den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993), i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012) og i levekårsundersøkelsen blant veteraner (Statistisk sentralbyrå, 2013), oppgir deltakerne i vår undersøkelse å ha vært eksponert for færre alvorlige hendelser i løpet av tjenesten.

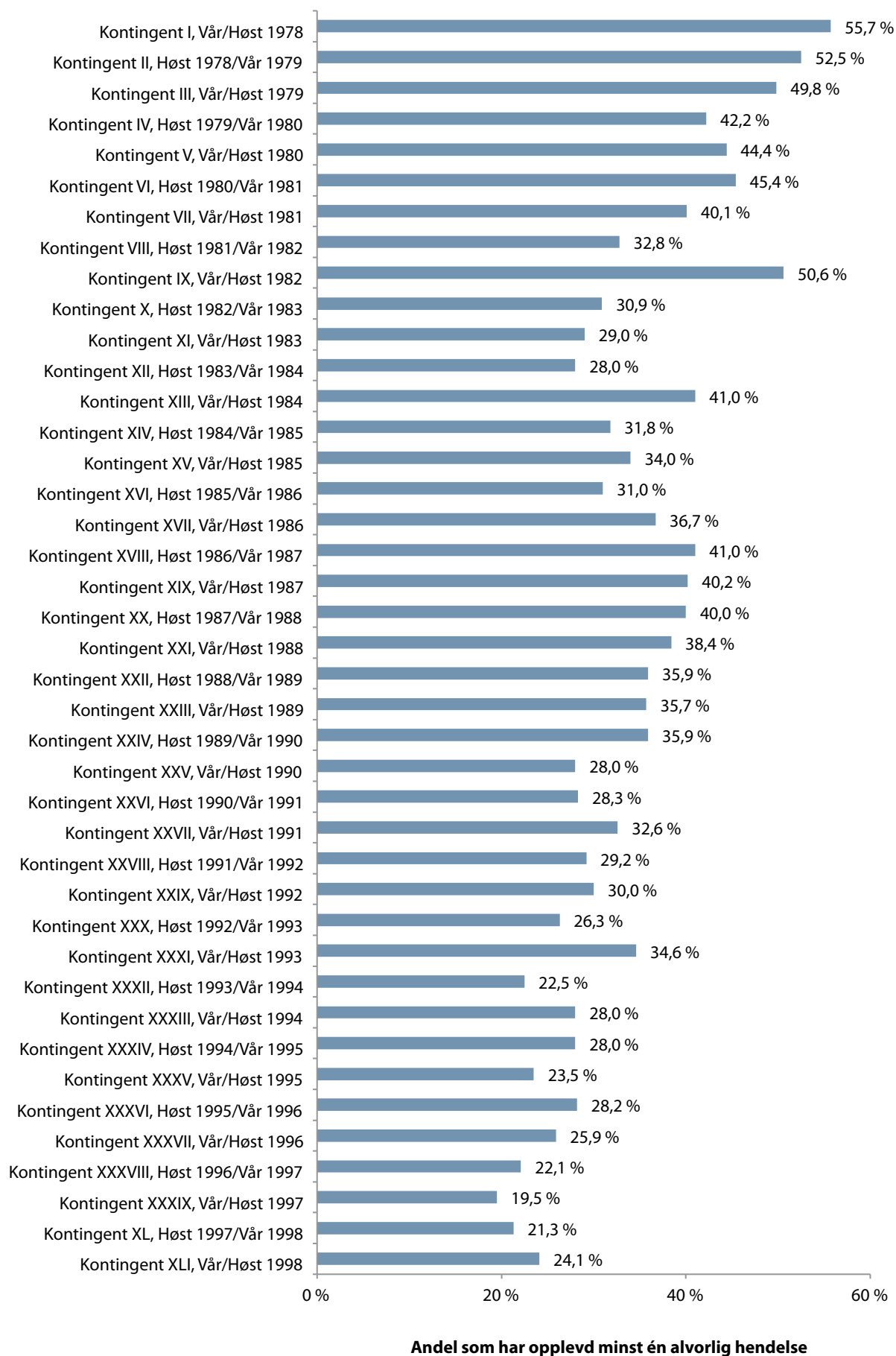
Figur 3.2.1 (neste side) gir en oversikt over hvor stor andel av veteranene som ble utsatt for minst én alvorlig hendelse i løpet av de ulike UNIFIL-kontingentene. Her har vi valgt å ta utgangspunkt i følgende alvorlige hendelser: 1) Jeg opplevde en situasjon/et øyeblikk trodde jeg skulle dø, 2) Jeg opplevde å bli omringet/tatt i bakhold, 3) Jeg opplevde å bli tatt til fange eller «hijacket» (hijacket beskriver en situasjon der noen ved hjelp av trusler om vold/våpenbruk tar kontroll over bilen du kjører eller er passasjer på), 4) Jeg opplevde at andre ble angrepet, mishandlet eller truet uten å ha mulighet til å stoppe det på grunn av FN-mandatets begrensninger, 5) Jeg opplevde å bli angrepet, truet eller provosert uten å ha mulighet til å gjengjelde på grunn av FN-mandatets begrensninger (militært ydmyket), 6) Jeg ble beskyttet med håndvåpen, artilleri, rakettvåpen eller andre våpen, 7) Jeg så en medsoldat bli alvorlig skadet eller drept, 8) Jeg havnet i kryssild mellom to stridende parter med håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter, etc.), 9) Jeg avfyrte skudd mot personer eller grupper av personer under utførelsen av tjenesten, 10) Jeg eller laget mitt ble rammet av en IED (improvised explosive device) eller veibombe, 11) Jeg tok liv mens jeg tjenestegjorde i UNIFIL, og 12) Jeg ble såret i tjenesten.

Vi ser at det er fire kontingenter der i hvert fall halvparten av deltakerne rapporterer om eksponering for minst én alvorlig hendelse. Dette er kontingent I vår/høst 1978 (55,7 %), kontingent II høst 1978/vår 1979 (52,5 %), kontingent III vår/høst 1979 (49,8 %) og kontingent IX vår/høst 1982 (50,6 %).

Et liknende mønster finner vi for enkelthendelsen *jeg opplevde en situasjon/et øyeblikk hvor jeg trodde jeg skulle dø*. Selv om det riktignok var en mindre andel som mente de hadde opplevd denne hendelsen, var andelen også her størst i de fire nevnte kontingentene. Vi kan dermed anta at det er disse fire kontingentene som var de mest «innholdsrike» med tanke på alvorlige hendelser.

Vi ser en tendens til at alvorlige hendelser var relativt hyppige mot slutten av 1970-tallet, før de avtok noe utover første halvdel av 80-tallet (med unntak av vår/høst 1982). Deretter tok de seg litt opp igjen på andre halvdel av 80-tallet, før det gradvis roet seg mer ned utover 90-tallet. Likevel ser vi at det er flere unntak. Sammenlikner vi de tre siste kontingentene (1997–98) med de tre første (1978–79), ser vi at andelen med eksponering for alvorlige hendelser er mer enn halvert. Dette tyder på at det var noe mer «farlig» å tjenestegjøre i de første kontingentene.

¹⁰ Det var kun mulig å svare "Nei" eller "Ja" på dette spørsmålet.

Figur 3.2.1. *Opplevd minst én alvorlig hendelse, per kontingent (n = 3788)*

Kommentar:

Ut fra det som er skrevet om norske styrker i UNIFIL (f.eks. Strømmen & Leraand, 2005), vet vi at noen av de mest dramatiske hendelsene fant sted i løpet av de første kontingentene. Krigsdagboken til den første kontingenten (vår/høst 1978), beskriver en mer eller mindre permanent spenning, der provokasjoner og beskytninger forekommer nesten daglig. Eksempler er slaget ved Kaoukaba 9. mai og slaget ved Tell Quezi 22. august, der PLO i begge tilfeller angriper den norske bataljonen. Disse sammenstøtene regnes som noen av de mest dramatiske enkelthendelsene i norsk UNIFIL-historie.

Større og mindre sammenstøt forekommer relativt hyppig også i de to neste kontingentene, og deretter i vekslende grad helt frem til kontingent IX og den israelske invasjonen 6. juni 1982. Invasjonen medfører en umiddelbar opptrapping av stridigheter og alvorlige hendelser, før man igjen ser en stabilisering av situasjonen. Selv om den norske bataljonen ligger innenfor den israelske sikkerhetssonen etter invasjonen, må de likevel forholde seg til provokasjoner og konfrontasjoner fra både israelske styrker og sør-libanesiske militsgrupper gjennom store deler av 1980-tallet. Utover på 1990-tallet roer forholdene seg betydelig ned, men også i denne perioden finner vi enkelte dramatiske hendelser (Strømmen & Leraand, 2005).

Vi ser at andelen veteraner per kontingent som rapporterer at de har opplevd alvorlige hendelser (figur 3.2.1), ser ut til å samsvare nokså greit med denne oversikten. Dette tyder på at veteranenes subjektive opplevelse av alvorlige hendelser gir et godt bilde av de faktiske sikkerhetsmessige forholdene i de ulike kontingentene.

Nesten**1 av 2**

**opplevde å bli beskutt med håndvåpen,
artilleri, rakettvåpen eller andre våpen**



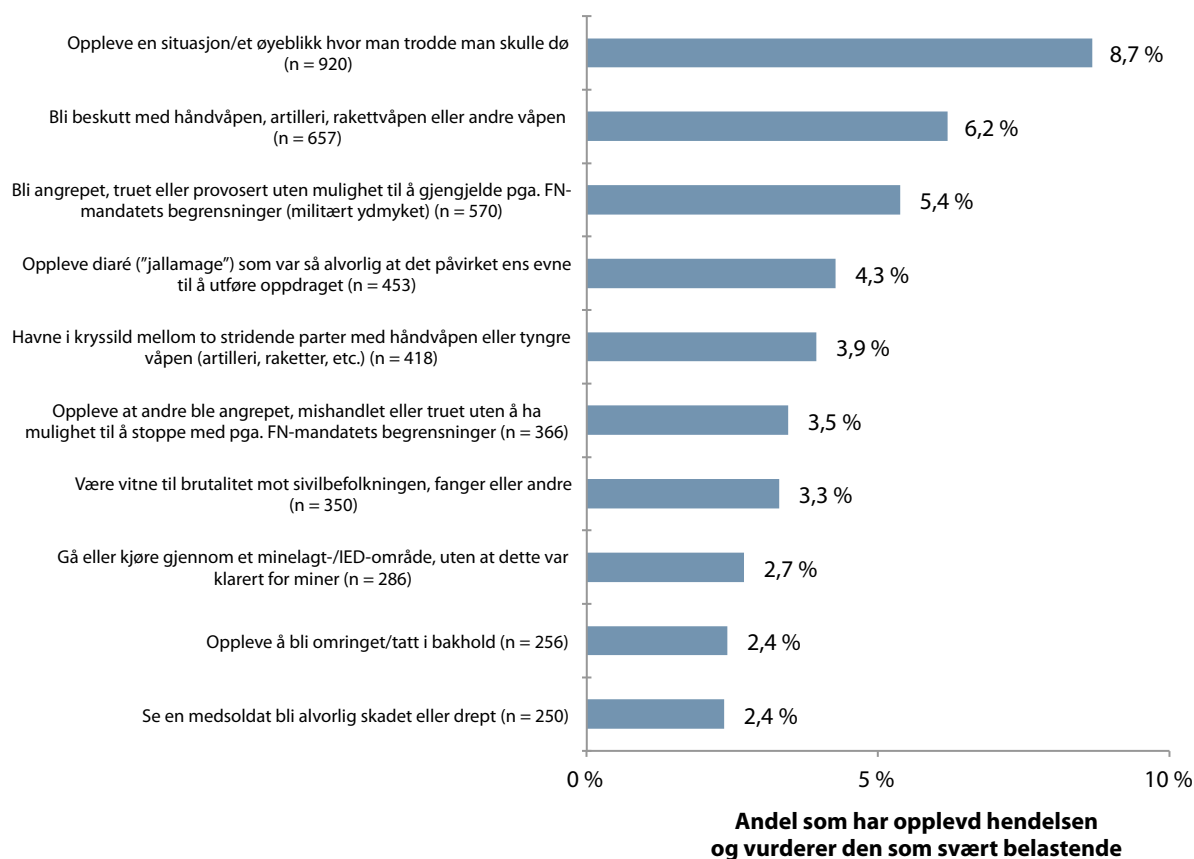
3.2.2 Belastning ved alvorlige hendelser

I tillegg til å kartlegge hvorvidt og hvor hyppig veteranene var eksponert for alvorlige hendelser, ønsket vi å finne ut hvor belastende disse hendelsene ble opplevd. Dersom man hadde vært utsatt for alvorlige hendelser i Libanon, ble man derfor bedt om å vurdere hvor belastende de var. Opplevd belastning ble rangert fra 1 til 4, der 1 = ikke belastende, 2 = noe belastende, 3 = ganske belastende og 4 = svært belastende.

Når vi presenterer disse resultatene, har vi valgt å gjøre noen avveininger med tanke på hva som synes å være de viktigste og mest belastende hendelsene for flertallet av UNIFIL-veteranene. Kort fortalt er det enkelte sjeldne hendelser, som for eksempel å ha vært utsatt for seksuelt overgrep/voldtekt, å ha vært utsatt for en selvmordsbomber, eller å gjøre feilvurderinger som førte til at medsoldater eller andre ble drept, som ble vurdert som svært belastende av nær sagt alle som har opplevd dem. Dette gjelder imidlertid kun for de svært få veteranene (under 1 %) som faktisk har opplevd slike hendelser. Ved å se nærmere på disse sjeldne, men svært belastende hendelsene, får vi kunnskap om hvilke hendelser som isolert sett er mest belastende. Vi får derimot lite informasjon om hvilke hendelser flertallet opplevde som belastende.

For å belyse flertallets opplevelser, har vi derfor valgt å ta utgangspunkt i den totale andelen veteraner som har opplevd en alvorlig hendelse og samtidig vurdert den som svært belastende. Vi finner da at de hendelsene som vurderes mest belastende av flest veteraner er: 1) å oppleve en situasjon/et øyeblikk hvor man trodde man skulle dø (8,7 %, 920 personer), 2) å bli beskyttet med håndvåpen, artilleri, rakettvåpen eller andre våpen (6,2 %, 657 personer), 3) å bli angrepet, truet eller provosert uten mulighet til å gjengjelde pga. FN-mandatets begrensninger (militært ydmyket) (5,4 %, 570 personer), 4) å oppleve diaré («jallamage») som var så alvorlig at det påvirket ens evne til å utføre oppdraget (4,3 %, 453 personer), samt 5) å havne i kryssild mellom to stridende parter med håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter, etc.) (3,9 %, 418 personer). Figur 3.2.2 viser den prosentvise andelen av alle veteranene i undersøkelsen som har opplevd en alvorlig hendelse og vurdert den som svært belastende.

Figur 3.2.2. Topp ti belastende hendelser (n = 10 605)



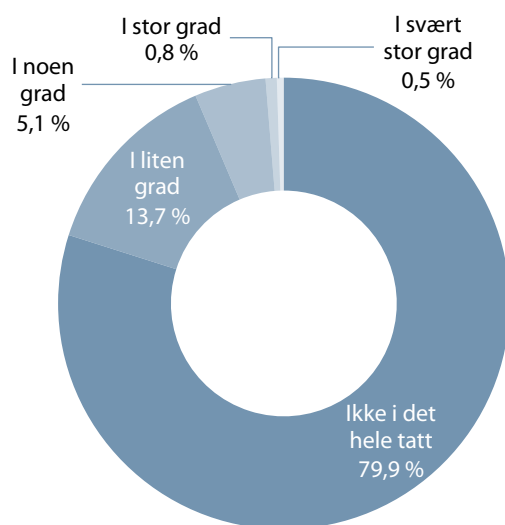
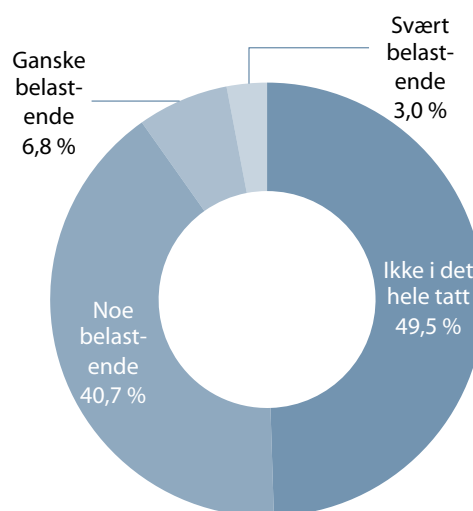
Kommentar:

I den første UNIFIL-undersøkelsen beskrev man noe man kalte for «UNIFIL-syndromet», som vil si å være vitne til overgrep mot hjelpeløse ofre samtidig som begrensninger i mandat medfører at man ikke kan gripe inn – en slags dobbel hjelpeløshet (FSAN, 1993, Weisæth & Sund, 1982). Vi observerer at de to alvorlige hendelsene som kan knyttes tettest opp mot dette UNIFIL-syndromet, nemlig «å bli angrepet, truet eller provosert uten mulighet til å gjengjelde pga. FN-mandatets begrensninger (militært ydmyket)» og «å oppleve at andre ble angrepet, mishandlet eller truet uten å ha mulighet til å stoppe med pga. FN-mandatets begrensninger», begge er på listen over de ti mest belastende hendelsene i denne undersøkelsen.

3.2.3 Dårlig samvittighet

Veteranene ble spurt om de har, eller har hatt, dårlig samvittighet for noe de gjorde eller var med på i Libanon. Flere enn ni av ti oppgir at de ikke i det hele tatt (79,9 %, 8322 personer) eller i liten grad (13,7 %, 1432 personer) har, eller har hatt, dårlig samvittighet. I underkant av én av ti mener dermed at de i noen (5,1 % 532 personer), stor (0,8 %, 80 personer) eller svært stor (0,5 %, 53 personer) grad har, eller har hatt, dårlig samvittighet, se figur 3.2.3.1.

Omtrent halvparten (49,5 %, 998 personer) av de som i en eller annen grad har eller har hatt dårlig samvittighet, opplever dette som ikke belastende i det hele tatt. Resten opplever den dårlige samvittigheten som belastende i noen (40,7 %, 820 personer), ganske (6,8 %, 137 personer) eller svært stor (3,0 %, 61 personer) grad, se figur 3.2.3.2.

Figur 3.2.3.1. Dårlig samvittighet (n = 10 419)**Figur 3.2.3.2. Belastning ved dårlig samvittighet (n = 2016)**

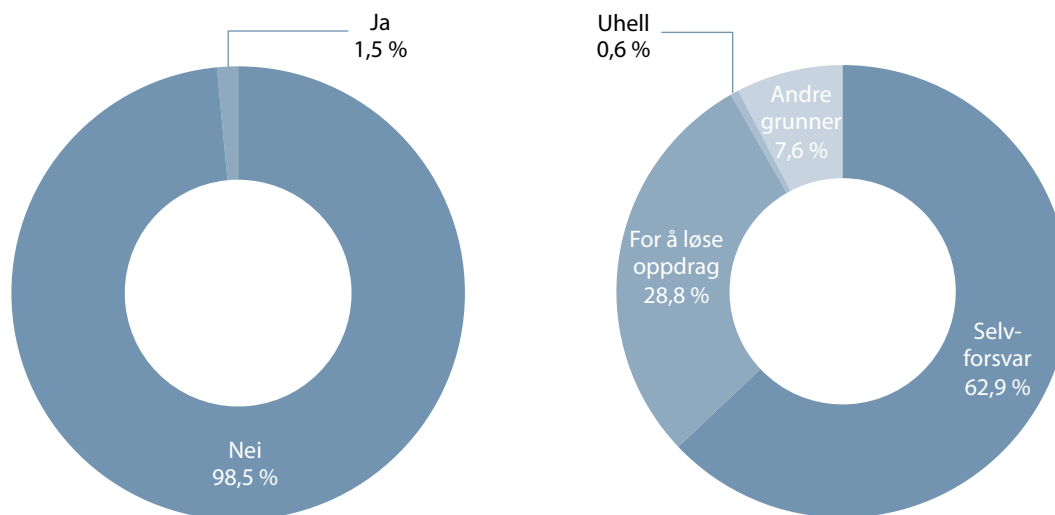
3.2.4 Å ta liv

Noen av spørsmålene veteranene ble bedt om å svare på, omhandlet det å ta liv mens man tjenestegjorde i UNIFIL. Som vist på figur 3.2.4.1, oppgir 1,5 prosent (152 personer) at de tok liv mens de tjenestegjorde i UNIFIL. Blant de som tok liv blir selvforsvar (62,9 %, 107 personer) oppgitt som den klart vanligste årsaken. Deretter kommer nødvendighet for å løse oppdraget (28,8 %, 49 personer). 0,6 prosent (1 person) mener de tok liv ved uhell, mens 7,6 prosent (13 personer) oppgir andre grunner til at de tok liv, se figur 3.2.4.2. På dette spørsmålet er det noen som har krysset av for flere ulike grunner, dermed overstiger antallet som har angitt en grunn for å ta liv (170 personer) det faktiske antallet som har tatt liv i tjenesten (152 personer).

Mer enn to tredeler av de som tok liv angret ikke i det hele tatt (41,8 %, 77 personer), eller i liten grad (27,7 %, 51 personer), på dette. Likevel er det altså nesten én tredel som i noen (14,1 %, 26 personer), stor (7,1 %, 13 personer) eller svært stor (9,2 %, 17 personer) grad angret på at de tok liv.

Blant de som tok liv, tok det store flertallet liv på avstandene 100–500 m (38,7 %, 67 personer) eller 20–100 m (37,6 %, 65 personer). 9,8 prosent (17 personer) tok liv på 5–20 m avstand, mens 8,1 prosent (14 personer) tok liv på 0–5 m avstand. Kun 5,8 prosent (10 personer) mener å ha tatt liv på over 500 m avstand.

Figur 3.2.4.1. Andel som tok liv i tjenesten (n = 10 320) **Figur 3.2.4.2.** Årsak til at man tok liv (n = 170)



3.2.5 Vurdering av risiko

På samme måte som veteranene ble spurt om de hadde vært utsatt for alvorlige hendelser i løpet av tjenesten, ble de også bedt om å vurdere risiko for slike hendelser. Tabell 3.2.5 gir en oversikt over hvorvidt, og i hvilken grad, veteranene vurderer at det var risiko for å bli utsatt for ulike typer av alvorlige hendelser i løpet av tjenesten i Libanon. Samlet sett viser resultatene at om lag tre av fire vurderer at det var enten ingen eller liten risiko for å bli utsatt for en alvorlig hendelse. Dette betyr samtidig at omtrent én av fire vurderer at det var enten moderat eller stor risiko for å oppleve en slik hendelse i løpet av tjenesten.

Nærmere halvparten av veteranene mener at det var enten moderat (37,0 %, 3922 personer) eller stor (8,4 %, 889 personer) risiko for å bli såret eller drept i eller utenfor tjenesten. Deretter følger å bli bitt/stukket av slange, skorpion eller andre giftige dyr. Mer enn én tredel mener det var moderat (30,3 %, 3213 personer) eller stor (6,1 %, 647 personer) risiko for dette. Nummer tre på listen er å bli utsatt for en ulykke i eller utenfor tjenesten. Også her er det nesten én tredel som mener det var enten moderat (26,9 %, 2853 personer) eller stor (3,3 %, 351 personer) risiko for dette.

Minst risiko var forbundet med å bli beskytt av egne styrker ved en feiltakelse («blue on blue») (ingen risiko = 71,8 %, 7610 personer; liten risiko = 23,3 %, 2466 personer), å bli utsatt for en selvmordsbomber (ingen risiko = 68,8 %, 7294 personer; liten risiko = 23,5 %, 2488 personer), samt å bli angrepet eller på andre måter utsatt for kjemiske og/eller biologisk stridsmidler (ingen risiko = 66,3 %, 7026 personer; liten risiko = 22,6 %, 2396 personer). I overkant av én av ti (12,2 %, 1296 personer) krysset av for at de hadde opplevd andre risikoer (utover dem det er spurt spesifikt etter) mens de tjenestegjorde i Libanon.

Tabell 3.2.5. Vurdering av risiko, sortert fra størst til minst risiko (n = 10 605), prosent

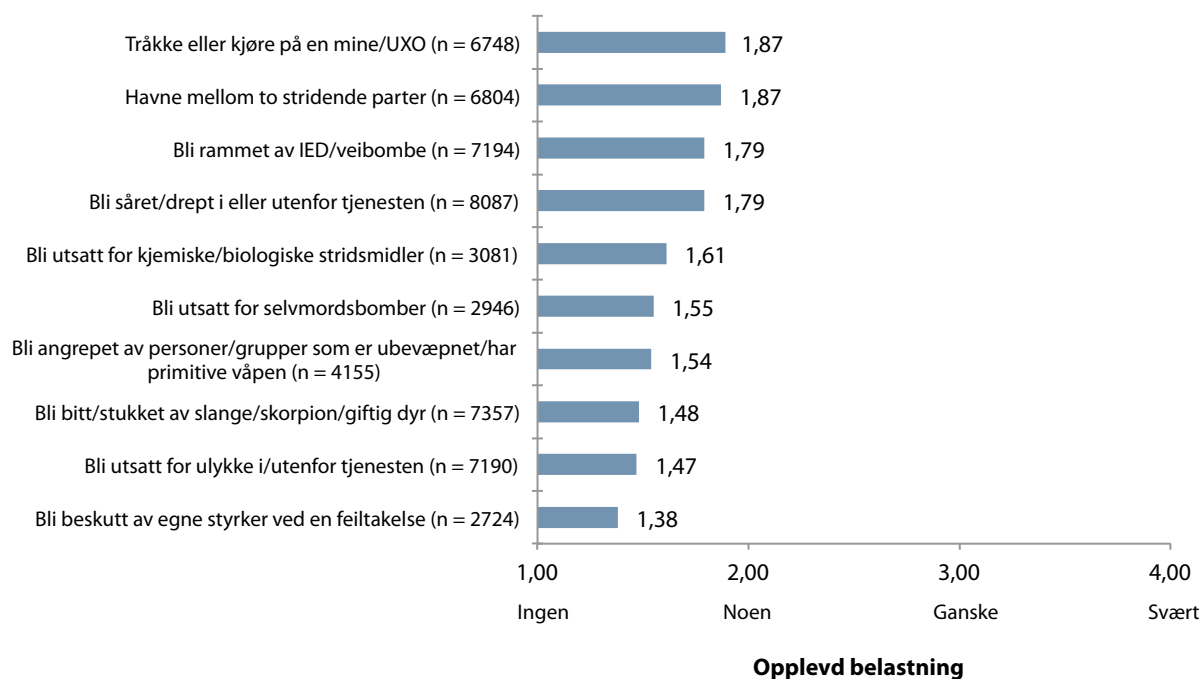
Var det en risiko for å ...	Nei	Ja, liten risiko	Ja, moderat risiko	Ja, stor risiko	Ikke svart
Bli såret eller drept i eller utenfor tjenesten?	11,1	41,3	37,0	8,4	2,3
Bli bitt/stukket av slange, skorpion eller andre giftige dyr?	19,1	42,1	30,3	6,1	2,4
Bli utsatt for en ulykke i eller utenfor tjenesten?	20,7	46,6	26,9	3,3	2,5
Bli rammet av en IED (Improvised explosive device) eller veibombe?	23,3	40,2	27,7	6,2	2,6
Havne mellom to stridende parter (kryssild) og således bli rammet av håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter, etc.)?	24,7	34,3	27,4	10,7	2,9
Trække eller kjøre på en mine/UXO?	24,9	40,3	24,1	7,2	3,5
Bli angrepet av personer eller grupper som var ubevæpnet eller som var bevæpnet med primitive våpen som steiner, stokker, etc.?	54,0	32,7	9,0	1,6	2,7
Bli angrepet, eller på andre måter utsatt for kjemiske og/eller biologiske stridsmidler?	66,3	22,6	6,7	1,6	2,9
Bli utsatt for en selvmordsbomber?	68,8	23,5	4,3	0,7	2,8
Bli beskytt av egne styrker ved en feiltakelse («blue on blue»)?	71,8	23,3	1,9	0,3	2,8
	Nei			Ja	Ikke svart
Var det andre konkrete risikoer ved å tjenestegjøre i Libanon som ikke er nevnt over? ¹¹	83,1			12,2	4,6

På samme måte som med eksponering for alvorlige hendelser, ble veteranene bedt om å ta stilling til hvor belastende de vurderte risikoene ble opplevd. Opplevd belastning ble rangert fra 1 til 4, der 1 = ikke belastende, 2 = noe belastende, 3 = ganske belastende og 4 = svært belastende.

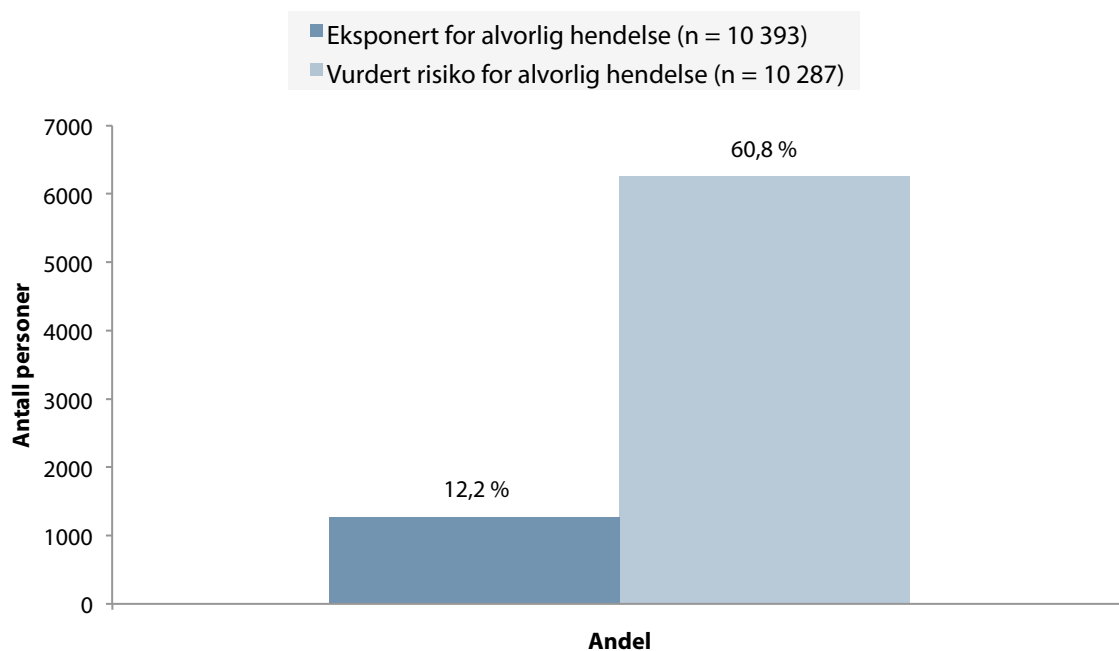
Vi ser at de risikoene som i gjennomsnitt ble opplevd som mest belastende var: 1) å trække eller kjøre på en mine/UXO, 2) å havne mellom to stridende parter (kryssild) og således bli rammet av håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter, etc.), 3) å bli såret eller drept i eller utenfor tjenesten, 4) å bli rammet av en IED (improvised explosive device) eller veibombe, samt 5) å bli angrepet eller på andre måter utsatt for kjemiske og/eller biologiske stridsmidler.

De minst belastende risikoene var: 1) å bli beskytt av egne styrker ved en feiltakelse («blue on blue»), 2) å bli utsatt for en ulykke i eller utenfor tjenesten, 3) å bli bitt/stukket av slange/skorpion/andre giftige dyr, 4) å bli angrepet av personer/grupper som var ubevæpnet eller bevæpnet med primitive våpen som steiner/stokker/etc., samt 5) å bli utsatt for en selvmordsbomber, se figur 3.2.5.1.

¹¹ Det var kun mulig å svare "Nei" eller "Ja" på dette spørsmålet.

Figur 3.2.5.1. Rangering av risikoer etter opplevd belastning, gjennomsnittsskåre

Det ble foretatt en sammenlikning av svarene på de ti spørsmålene om *vurdering av risiko* for alvorlige hendelser og tilsvarende ti spørsmål som ble stilt om *eksponering* for alvorlige hendelser¹². I gjennomsnitt vurderer godt over halvparten (60,8 %, 6257 personer) av veteranene at det var en risiko for å oppleve en av de nevnte alvorlige hendelsene i løpet av tjenesten. Til sammenlikning er det i gjennomsnitt kun én av åtte (12,2 %, 1273 personer) som faktisk har vært eksponert for en slik alvorlig hendelse, se figur 3.2.5.2.

Figur 3.2.5.2. Sammenlikning av eksponering og vurdering av risiko, gjennomsnitt

¹² Ordlyden i disse spørsmålene var enten identisk eller tilnærmet identisk.

Kommentar:

Den vurderte risikoen for å oppleve alvorlige hendelser er altså nesten fem ganger større enn den observerte sannsynligheten for å oppleve slike hendelser. Sagt på en annen måte er det relativt få som ble utsatt for en alvorlig hendelse, men det er samtidig ganske mange som vurderte risikoen for å oppleve en slik hendelse som stor. Dette kan virke noe selvmotsigende, men det er viktig å påpeke at det er forskjell på vurdert risiko og sannsynlighet. Ettersom vurdert risiko rommer både sannsynlighet for at en hendelse skal inntreffe og konsekvensen dersom hendelsen inntreffer, kan vurdert risiko altså være større enn observert sannsynlighet. En hendelse som er svært usannsynlig kan dermed vurderes å utgjøre en stor risiko, fordi konsekvensene dersom hendelsen inntreffer vil være katastrofale.

3.2.6 Sikkerhet og mestring

Tabell 3.2.6 gir en oversikt over veteranenes opplevelse av sikkerhet og mestring i Libanon. I følge tabellen, opplevde omtrent ni av ti at sikkerheten ble godt ivaretatt (i noen grad = 17,7 %, 1875 personer, i stor grad = 57,9 %, 6139 personer, i svært stor grad = 12,7 %, 1349 personer), at de følte seg trygg på sine lagkamerater (i noen grad = 11,6 %, 1234 personer, i stor grad = 58,4 %, 6190 personer, i svært stor grad = 23,0 %, 2441 personer), samt at de hadde tilstrekkelig ammunisjon/utstyr tilgjengelig for å løse oppdraget (i noen grad = 21,1 %, 2239 personer, i stor grad = 53,2 %, 5643 personer, i svært stor grad = 15,4 %, 1628 personer).

Om lag en tredel var urolig for at de skulle komme opp i en situasjon de ikke mestret (i noen grad = 29,5 %, 3125 personer, i stor grad = 6,7 %, 712 personer, i svært stor grad = 1,5 %, 164 personer), eller følte seg utrygg på at de ville mestre en vanskelig situasjon (i noen grad = 17,7 %, 1878 personer, i stor grad = 9,6 %, 1020 personer, i svært stor grad = 2,5 %, 261 personer). Videre var det omtrent en femtedel som var bekymret for at utstyr de brukte skulle svikte (i noen grad = 15,4 %, 1638 personer, i stor grad = 4,3 %, 457 personer, i svært stor grad = 1,1 %, 120 personer), eller som var urolig for å feile/svikte under press (i noen grad = 18,3 %, 1945 personer, i stor grad = 3,8 %, 398 personer, i svært stor grad = 1,1 %, 114 personer).

Tabell 3.2.6. Opplevelse av sikkerhet og mestring (n = 10 605), prosent

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke svart
Jeg opplevde at sikkerheten ble ivaretatt	4,4	4,1	17,7	57,9	12,7	3,2
Jeg følte meg trygg på mine lagkamerater	3,0	2,1	11,6	58,4	23,0	1,9
Jeg hadde tilstrekkelig tilgang til ammunisjon og det militære utstyret som var nødvendig for å løse oppdraget	3,3	5,4	21,1	53,2	15,4	1,7
Jeg var urolig for at vi skulle komme opp i en situasjon vi ikke mestret	15,6	45,0	29,5	6,7	1,5	1,7
Jeg følte meg utrygg på at jeg ville mestre vanskelige situasjoner	24,7	43,9	17,7	9,6	2,5	1,6
Jeg var bekymret for at utstyr jeg brukte skulle svikte (eks. sikkerhetsutstyr, kjøretøy eller våpen)	40,3	36,9	15,4	4,3	1,1	1,9
Jeg var urolig for å gjøre feil/svikte under press	27,0	48,0	18,3	3,8	1,1	1,8

Kommentar:

Deltakerne i vår undersøkelse hadde en nokså lik opplevelse av sikkerhet og mestring i tjenesteområdet som deltakerne i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012).

3.2.7 Forhold til familie og hendelser hjemme

Veteranene ble spurt om hvordan de opplevde forholdet til familien hjemme mens de var i tjeneste i Libanon. Tabell 3.2.7.1 viser at fire av fem mener at nærmeste familie/partner var en god støtte mens de var borte, i noen (21,6 %, 2294 personer), stor (39,4 %, 4180 personer) eller svært stor (19,4 %, 2058 personer) grad.

Omtrent én av fire opplevde det å være borte fra familien som belastende i noen (22,0 %, 2333 personer), stor (3,5 %, 376 personer) eller svært stor (0,7 %, 70 personer) grad, mens om lag én av ti så på situasjonen hjemme som en belastning i noen (8,4 %, 893 personer), stor (2,3 %, 248 personer) eller svært stor (0,7 %, 69 personer) grad. Én av fem opplevde så mye bekymring fra sine nærmeste at det ble en belastning i noen (17,2 %, 1821 personer), stor (3,0 %, 322 personer) eller svært stor (0,9 %, 92 personer) grad.

Tabell 3.2.7.1. Forhold til familien hjemme (n = 10 605), prosent

	Aldri/nei	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke svart
Min nærmeste familie/partner var en god støtte for meg	6,5	11,4	21,6	39,4	19,4	1,6
Jeg opplevde det å være borte fra familien som belastende	30,4	42,2	22,0	3,5	0,7	1,1
Situasjonen hjemme var en belastning for meg (eks. sykdom, barns reaksjoner, konflikter, alvorlige hendelser)	63,0	23,9	8,4	2,3	0,7	1,7
Bekymring fra mine nærmeste var en belastning for meg mens jeg var i Libanon	38,3	39,3	17,2	3,0	0,9	1,2

I overkant av én av ti (11,8 %, 1250 personer) fikk problemer i forholdet til partner hjemme, mens ca. halvparten av dette igjen (6,0 %, 633 personer) opplevde samlivsbrudd mens de var i Libanon. Relativt få fikk problemer i forholdet til øvrig familie (1,9 %, 200 personer), opplevde alvorlig sykdom/død i nær familie (9,6 %, 1023 personer), eller opplevde andre hendelser hjemme som påvirket dem mens de var i Libanon (4,8 %, 507 personer), se tabell 3.2.7.2.

Tabell 3.2.7.2. Hendelser hjemme som påvirket (n = 10 605), prosent

	Ja	Nei	Ikke svart
Fikk du problemer i forholdet til ektefelle/kjæreste/samboer/partner?	11,8	86,4	1,8
Opplevde du samlivsbrudd mens du var i Libanon?	6,0	91,3	2,7
Fikk du problemer i forholdet til øvrig familie hjemme?	1,9	95,9	2,2
Opplevde du alvorlig sykdom/død i nær familie?	9,6	88,1	2,2
Var det andre hendelser hjemme som påvirket deg mens du tjenestegjorde i Libanon?	4,8	91,8	3,5

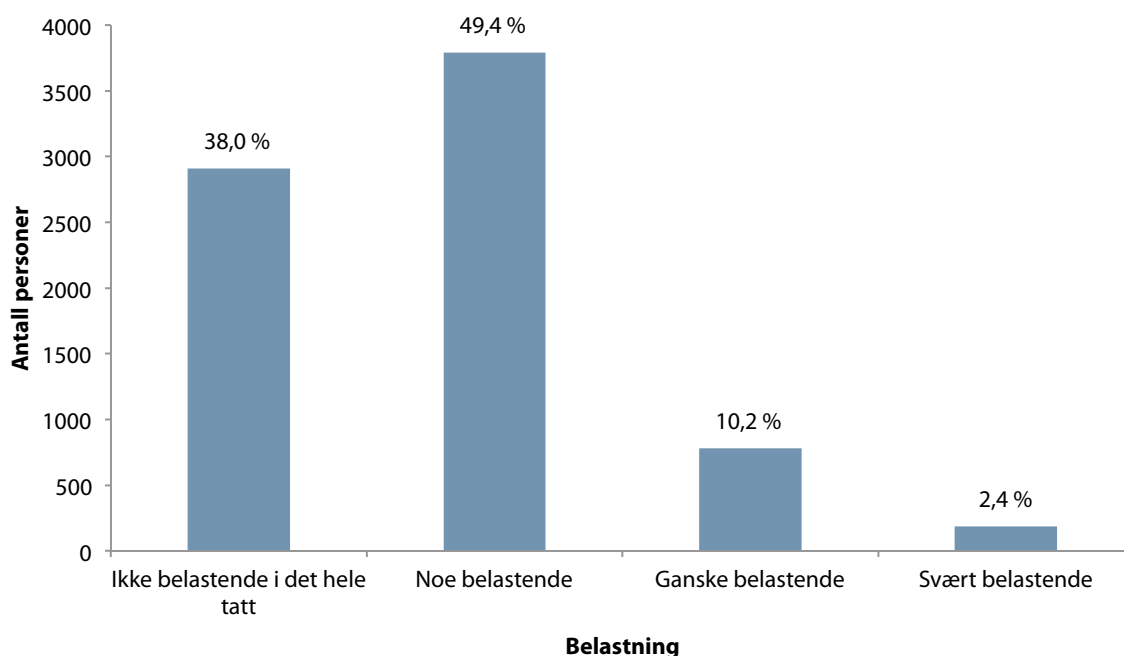
Kommentar:

Sammenliknet med Afghanistan-veteranene (FSAN, 2012), opplevde UNIFIL-veteranene forholdet til familien hjemme som vesentlig mindre belastende under tjenesten. I tillegg rapporterer de om færre hendelser på hjemmebane som påvirket dem mens de var i utenlandstjeneste.

3.2.8 Total belastning ved å tjenestegjøre i Libanon

Veteranene ble også bedt om å vurdere hvor belastende det totalt sett var å tjenestegjøre i Libanon. Blant de som har besvart dette spørsmålet¹³, oppgir 38,0 prosent (2911 personer) at de ikke opplevde tjenestegjøringen som belastende i det hele tatt. Nesten halvparten (49,4 %, 3791 personer) opplevde den som noe belastende, mens til sammen 12,6 prosent opplevd den som ganske (10,2 %, 780 personer) eller svært (2,4 %, 187 personer) belastende, se figur 3.2.8.

Figur 3.2.8. Total belastning ved å tjenestegjøre i Libanon (n = 7669)



¹³ En stor andel veteraner (2936 personer) fikk dessverre ikke besvart dette spørsmålet. Dette skyldes en teknisk feil i internettutgaven av spørreskjemaet.

3.3 Generelle livserfaringer

Ettersom det i gjennomsnitt har gått nesten tre tiår siden veteranene avsluttet sin UNIFIL-tjeneste, kan vi anta at de har gjort seg en rekke ulike livserfaringer også utenom tjenesten. For å kartlegge dette nærmere har vi bedt veteranene om å angi hvorvidt de har vært utsatt for ulike typer av generelle livserfaringer, både før, under og etter tjenesten.

Det er verdt å nevne at det før UNIFIL-tjenesten var en del som opplevde mobbing (18,7 %, 2001 personer), skilsmisse/separasjon hos foreldre (15,7 %, 1670 personer), samt rus-/alkoholproblemer i nær familie (12,4 %, 1480 personer). Under UNIFIL-tjenesten var det naturlig nok svært få som opplevde slike hendelser, ettersom tjenesteperioden var relativt kort (1/2 år–1 år) sammenliknet med tidsperiodene før og etter UNIFIL-tjenesten (mer enn 20 år).

I etterkant av UNIFIL-tjenesten er det derimot en betydelig andel som har opplevd å gå gjennom separasjon/skilsmisse (29,1 %, 3109 personer), å ha langvarige problemer i ekteskap/samliv (20,8 %, 2249 personer), traumatisk død i nær familie (18,9 %, 2046 personer), å være alvorlig syk (16,9 %, 1808 personer), å ha store økonomiske problemer (12,3 %, 1311 personer) eller å være arbeidsledig i lengre tid (12,2 %, 1305 personer). I overkant av én av ti (11,6 %, 1235 personer) mener de har vært psykisk syk etter UNIFIL-tjenesten, sammenliknet med omtrent én av hundre (0,7 %, 71 personer) før UNIFIL-tjenesten. I tillegg er det 6,2 prosent (664 personer) som mener de har hatt rus-/alkoholproblemer etter UNIFIL-tjenesten, sammenliknet med 0,7 prosent (72 personer) før UNIFIL-tjenesten. For de fleste er dette den absolutt lengste tidsperioden, og det er derfor forventet at forekomsten av livserfaringer er høyere enn før og under tjenesten.

Det bør imidlertid understrekes at flertallet av veteranene rapporterer at de ikke har opplevd noen av de nevnte livserfaringene, verken før, under eller etter UNIFIL-tjenesten. Se tabell 3.3.1 for utfyllende informasjon.

Tabell 3.3.1. Generelle livserfaringer før, under og etter tjenesten¹⁴, sortert fra mest til minst vanlig, prosent

	Ja, før UNIFIL	Ja, under UNIFIL	Ja, etter UNIFIL	Nei
Har du selv vært gjennom separasjon/skilsmisse? (n = 10 690)	3,9	0,9	29,1	66,0
Har noen i din nære familie hatt rus-/alkoholproblemer? (n = 11 959)	12,4	5,8	11,2	70,6
Har du opplevd traumatisk død i nær familie (foreldre/søsken/partner/barn)? (n = 10 828)	7,7	1,3	18,9	72,1
Har du hatt langvarige problemer i ditt ekteskap eller samliv? (n = 10 804)	2,7	1,6	20,8	74,9
Har du vært alvorlig syk? (n = 10 671)	3,3	1,2	16,9	78,5
Har du blitt mobbet? (n = 10 701)	18,7	0,9	1,5	78,9
Har du opplevd skilsmisse/separasjon hos foreldre? (n = 10 614)	15,7	0,7	4,3	79,3
Har du noen gang vært utsatt for en alvorlig ulykke? (n = 10 713)	6,3	1,4	9,0	83,2
Har du vært arbeidsledig i lengre tid? (n = 10 711)	2,8	0,2	12,2	84,9
Har du vært utsatt for vold/overfall/voldelig kriminalitet eller annen voldsutøvelse? (n = 10 832)	5,4	1,9	7,4	85,2
Har du hatt store økonomiske problemer? (n = 10 662)	1,6	0,4	12,3	85,7
Har du vært psykisk syk? (n = 10 632)	0,7	0,4	11,6	87,3
Har du hatt rus-/alkoholproblemer? (n = 10 684)	0,7	0,8	6,2	92,3
Har du noen gang vært utsatt for en alvorlig naturkatastrofe (ras, flom, tsunami, jordskjelv eller lignende)? (n = 10 574)	0,8	0	2,6	96,5
Har du vært utsatt for seksuelle overgrep? (n = 10 578)	2,5	0,1	0,4	97,0

¹⁴ Her var det mulig å krysse av for flere alternativer på samme linje, derav ulikt antall respondenter for hvert spørsmål.

Kommentar:

Som nevnt, er mobbing den livserfaringen som var vanligst blant deltakerne våre før UNIFIL-tjenesten. Nesten én av fem, ca. 19 prosent, husker å ha vært utsatt for dette. Hvis vi ser på forekomst av dette i befolkningen generelt, finner vi at 10 prosent av norske barn og unge i skolealder mener de ble mobbet en sjelden gang eller oftere i 2014. Forekomsten av mobbing har imidlertid sunket betydelig de siste årene. Går vi for eksempel tilbake til 2007, var tallet 15 prosent (Wendelborg, 2015). UNIFIL fant som kjent sted fra 1978 til 1998, noe som betyr at tiden «før UNIFIL» tilsvarer til og med 1998. Det finnes få konkrete tall på mobbing blant skoleungdom fra denne perioden, men det er sannsynlig at forekomsten var noe høyere enn i 2007. At omtrent 19 prosent av våre deltakere opplevde mobbing før tjenesten, er dermed ikke nødvendigvis mer enn det som var vanlig i den norske befolkningen på denne tiden.

For en del av livserfaringene deltakerne rapporterer om, er det vanskelig å finne noe godt sammenlikningsgrunnlag i befolkningen. Det er få studier som har spurt om disse erfaringene på samme måte som vi har gjort, nemlig om man noensinne i løpet av livet har opplevd en slik hendelse. De fleste studier tar i stedet for seg forekomst på et gitt tidspunkt, for eksempel antall skilsmisser per år, eller andelen i befolkningen som er arbeidsledig akkurat nå. Vi kan derfor ikke trekke noen definitive slutninger om hvorvidt UNIFIL-veteranene har opplevd mer eller mindre av for eksempel samlivsbrudd, dødsfall i familien, alvorlig sykdom, arbeidsledighet og økonomiske problemer enn resten av befolkningen.

Tabell 3.3.2 sammenlikner forekomst av generelle livserfaringer i denne undersøkelsen med tilsvarende tall fra den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993) og fra Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012). Fra den første UNIFIL-undersøkelsen har vi tall fra både før, under og etter tjenesten, mens fra Afghanistan-undersøkelsen har vi kun tall fra etter tjenesten.

Når det gjelder deltakerne i den første UNIFIL-undersøkelsen, var det en litt større andel av disse som rapporterte om nevnte livserfaringer før UNIFIL, sammenliknet med våre deltakere. Det var flere som hadde opplevd alvorlig sykdom, langvarige samlivsproblemer, samlivsbrudd, arbeidsledighet, økonomiske problemer eller alvorlige ulykker. Under UNIFIL-tjenesten var forskjellene mindre, men også her ser vi at litt flere av deltakerne i den første undersøkelsen opplevde disse livserfaringene, med unntak av samlivsbrudd. Den motsatte tendensen finner vi i tiden etter UNIFIL, der deltakerne i vår undersøkelse har betraktelig flere livserfaringer. Unntaket er arbeidsledighet, som rapporteres av vesentlig flere i den første undersøkelsen.

Sammenliknet med deltakerne i Afghanistan-undersøkelsen, har deltakerne i vår undersøkelse opplevd flere generelle livserfaringer etter tjenesten. Det er for eksempel en større andel som har vært alvorlig syk, opplevd samlivsbrudd, vært arbeidsledig eller hatt økonomiske problemer i etterkant av tjenesten.

Tabell 3.3.2. Oversikt over livserfaringer i undersøkelser av norske forsvarsveteraner, prosent

	Før tjenesten			Under tjenesten			Etter tjenesten		
	UN 1	UN 2	Afgh.	UN 1	UN 2	Afgh.	UN 1	UN 2	Afgh.
Alvorlig sykdom	4,8	3,3	-	1,9	1,2	-	4,0	16,9	6,0
Langvarige samlivsproblemer	5,1	2,7	-	1,7	1,6	-	10,8	20,8	-
Samlivsbrudd	4,6	3,9	-	0,7	0,9	-	10,9	29,1	16,6
Arbeidsledighet	5,2	2,8	-	0,3	0,2	-	20,3	12,2	7,4
Økonomiske problemer	4,7	1,6	-	1,9	0,4	-	16,3	12,3	6,4
Alvorlig ulykke	12,6	6,3	-	2,1	1,4	-	3,7	9,0	-

Kommentar:

For deltakerne i vår undersøkelse har det gått flere år siden tjenesten ble avsluttet enn det har gjort for deltakerne i de to andre norske veteranundersøkelsene. De har altså hatt lenger tid på å gjøre seg erfaringer etter tjenesten. I tillegg er gjennomsnittsalderen vesentlig høyere. Til sammen tilsier dette at det er naturlig at de har gjort seg flere livserfaringer, og at det vil være en større andel som rapporterer om dette siden hjemkomst.

Det er interessant at deltakerne i den første UNIFIL-undersøkelsen rapporterte om flere livserfaringer før og under UNIFIL, sammenliknet med våre deltakere. Til tross for at utvalgene i de to undersøkelsene er ulike, var utvalget i den første undersøkelsen ment å være et representativt utvalg for hele populasjonen av UNIFIL-veteraner. Man skulle derfor forvente at forekomsten av livserfaringer ville vært noenlunde lik i de to undersøkelsene. Det er den altså ikke, ettersom det var en større andel i den første undersøkelsen som rapporterte om nevnte livserfaringer.

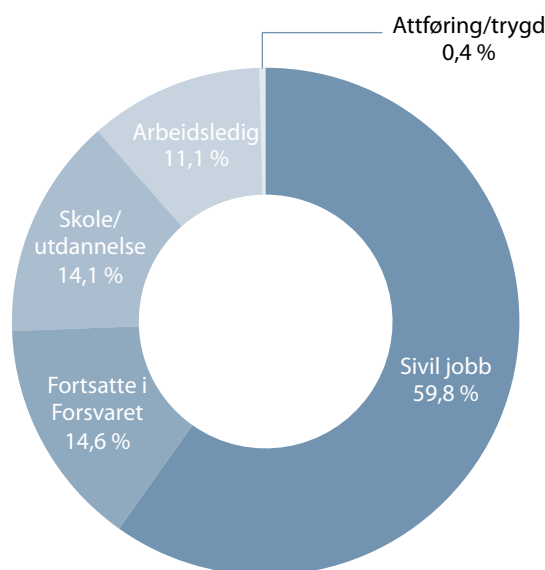
En mulig forklaring på dette, er at utvalgene likevel er såpass ulike at det er få av de samme personene som har svart på begge de to undersøkelsene. En annen mulighet, er at deltakerne i vår undersøkelse rett og slett har begrenset hukommelse for hvordan de hadde det for gjennomsnittlig 27 år siden. Det er et kjent fenomen at etter hvert som man blir eldre har man en tendens til å huske flere gode enn dårlige minner. Fenomenet kalles «positivitetseffekten», og medfører at minner fra negative livshendelser ofte nedprioriteres av hukommelsen (Mather & Carstensen, 2005). Dette gjøres bl.a. fordi det er lite adaptivt å bruke energi på å huske på hvor fælt man hadde det før i tiden. Om man ser tilbake på en hendelse som for eksempel alvorlig sykdom, samlivsproblemer eller arbeidsledighet etter lang tid, vil den både fremstå som mindre alvorlig og være mindre tilgjengelig i hukommelsen. Som konsekvens vil dagens UNIFIL-veteraner trolig huske færre slike hendelser fra før og under tjenesten enn det de gjorde i 1993.

3.4 Livet etter tjenesten

3.4.1 Arbeidsliv

Veteranene ble spurt om hva de gikk til da de kom hjem fra Libanon. Over halvparten (59,8 %, 6139 personer) oppgir at de begynte i sivil jobb. 14,6 prosent (1498 personer) fortsatte i Forsvaret, mens 14,1 prosent (1450 personer) begynte på skole/utdanning/studier. En mindre andel ble arbeidsledig (11,1 %, 1143 personer) eller gikk til attføring/trygd (0,4 %, 43 personer), se figur 3.4.1.

Figur 3.4.1. Arbeidsliv etter endt tjeneste (n = 10 273)



3.4.2 Sosial støtte, anerkjennelse og syn på egen tjeneste

Veteranene ble bedt om å ta stilling til hvorvidt de er enig eller uenig eller i en rekke utsagn knyttet til opplevelse av sosial støtte, anerkjennelse og syn på egen tjeneste. Tabell 3.4.2 (neste side) viser at flertallet er enig i at de har opplevd tilfredsstillende sosial støtte i form av interesse (58,9 %, 6240 personer), forståelse (50,4 %, 5337 personer) og samtalepartnere/støttespillere (61,2 %, 6494 personer) i tiden etter UNIFIL.

Når det gjelder anerkjennelse, velger en stor andel å svare at de «verken eller» opplever at innsatsen deres i Libanon har blitt anerkjent av regjeringen/det politiske etablissementet (35,8 %, 3798 personer), av media/samfunnsdebatten (41,1 %, 4355 personer), eller av samfunnet generelt (43,5 %, 4611 personer). Mange er imidlertid enig i at innsatsen deres har blitt anerkjent av familie og venner (56,5 %, 5986 personer) og av Forsvaret (45,5 %, 4828 personer).

Ni av ti (91,0 %, 9646 personer) svarer at de er stolt av å ha tjenestegjort i UNIFIL. De aller fleste ser tilbake på tjenesten som meningsfylt (87,2 %, 9246 personer) og angrep ikke på at de dro (91,2 %, 9675 personer). Faktisk vil svært mange anbefale tilsvarende tjeneste til en venn, bekjent eller familiemedlem i dag (67,2 %, 7127 personer). Mange er enig i at veteraner i regi av Forsvaret fortjener en spesiell oppmerksomhet (76,7 %, 8141 personer), men samtidig uenig i at de har fått den anerkjennelsen de fortjener per i dag (43,8 %, 4642 personer).

Tabell 3.4.2. Sosial støtte, anerkjennelse og syn på egen tjeneste (n = 10 605)¹⁵, prosent

	Uenig	Verken eller	Enig	Ikke svart
I tiden etter hjemkomst viste folk interesse for det jeg hadde opplevd i Libanon	18,7	20,2	58,9	2,3
Jeg har hatt noen som lyttet til meg og som har forstått det jeg har opplevd i Libanon	20,5	26,7	50,4	2,5
Jeg opplevde ting i Libanon som jeg ikke har kunnet fortelle om, selv ikke til mine nærmeste	64,8	13,9	18,8	2,5
I tiden etter hjemkomst hadde jeg noen jeg kunne støtte meg på dersom jeg skulle få problemer	17,7	18,3	61,2	2,7
Jeg har hatt/har problemer som er relatert til Libanon og som jeg ikke har kunnet diskutere med familie og venner	75,4	11,4	10,6	2,5
Det er ingen her hjemme som forstår hva jeg gikk gjennom	55,0	24,7	17,7	2,6
Jeg føler at innsatsen min har blitt verdsatt/anerkjent av:				
- Regjeringen/det politiske etablissementet	26,1	35,8	35,4	2,7
- Media/i samfunnsdebatten	25,6	41,1	30,4	2,9
- Familie og venner	8,7	32,1	56,5	2,9
- Samfunnet generelt	20,5	43,5	33,0	3,0
- Forsvaret	19,4	32,3	45,5	2,8
Jeg er stolt av å ha tjenestegjort i UNIFIL	1,1	5,5	91,0	2,5
Jeg er stolt av den personlige innsatsen jeg gjorde i Libanon	1,0	8,1	88,5	2,4
Jeg opplevde det å tjenestegjøre i Libanon som meningsfylt	2,7	7,2	87,2	2,9
Jeg angrer på at jeg dro til Libanon	91,2	3,5	2,7	2,6
Det hadde vært bedre for alle om Norge ikke hadde engasjert seg i UNIFIL	84,8	9,0	3,5	2,7
Gjennom sitt engasjement i UNIFIL var Norge med på å skape fred i Libanon	9,3	23,2	65,0	2,4
Norske veteraner i regi av det norske Forsvaret fortjener en spesiell oppmerksomhet	3,1	17,6	76,7	2,6
Norske veteraner i regi av det norske Forsvaret har fått den anerkjennelsen de fortjener	43,8	34,3	19,4	2,5
Jeg ville ha anbefalt tilsvarende tjeneste til en venn, bekjent eller familiemedlem i dag	10,9	19,2	67,2	2,7

Kommentar:

Det ser ut til at deltakerne våre har opplevd noe mindre sosial støtte og omsorg i tiden etter hjemkomst, sammenliknet med deltakerne i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012). Samtidig er det flere UNIFIL-veteraner som har opplevd at folk viste interesse for det de hadde opplevd, og det er færre som har opplevd ting i tjenesten som de ikke kunne fortelle om hjemme. Til tross for at mange av UNIFIL-veteranene svarte «verken eller» på opplevd anerkjennelse fra Regjeringen/det politiske etablissementet og fra media/i samfunnsdebatten, opplever de likevel mer slik anerkjennelse enn Afghanistan-veteranene gjorde. Det motsatte er tilfellet for anerkjennelse fra Forsvaret, der UNIFIL-veteranene opplever denne som dårligere enn Afghanistan-veteranene.

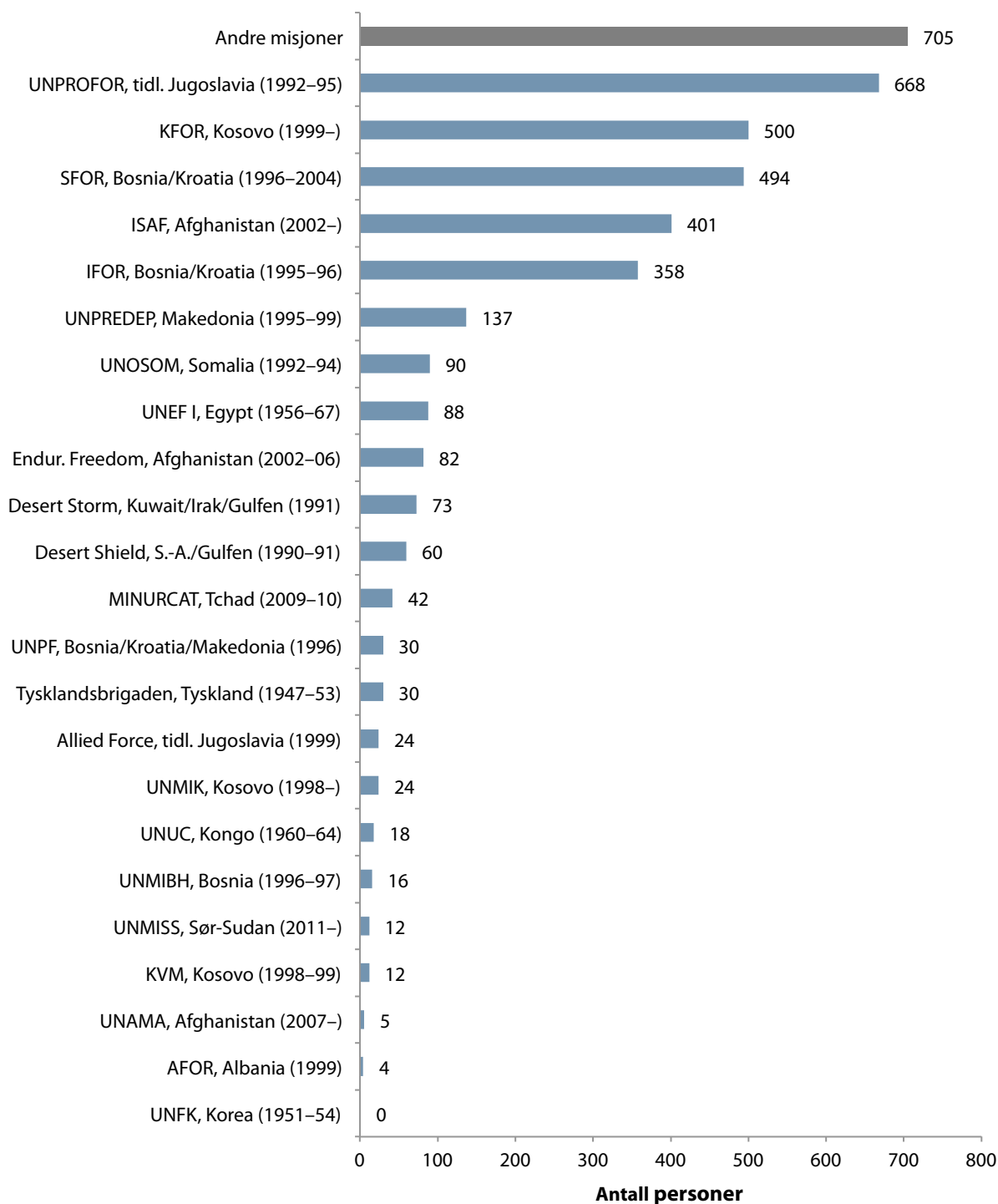
UNIFIL-veteranene er i større grad enn Afghanistan-veteranene enig i at det militære oppdraget/intervensjonen de deltok i var vellykket og bidro til positiv utvikling for vertslandet. Det er også flere UNIFIL-veteraner som vil anbefale tilsvarende tjeneste til venner eller bekjente. Til tross for dette, er andelen veteraner som er fornøyd med eller stolt av den personlige innsatsen de har bidratt med i tjenesten, omtrent like stor i begge undersøkelsene.

¹⁵ For å forenkle fremstillingen er kategoriene *helt uenig* og *ganske uenig* slått sammen til *uenig*. Det samme gjelder for *ganske enig* og *helt enig*, som er slått sammen til *enig*.

3.4.3 Andre misjoner

Totalt er det nesten én av fem (18,8 %, 1998 personer) UNIFIL-veteraner som oppgir at de har tjenestegjort i andre internasjonale operasjoner i regi av Det norske forsvaret (utenom UNIFIL). Figur 3.4.3 viser veteranenes fordeling på utvalgte sentrale operasjoner utenom UNIFIL. En del krysset av for å ha deltatt ved mer enn én operasjon utenom UNIFIL. 13,1 prosent (1396 personer) oppgir å ha blitt utsatt for én eller flere alvorlige hendelser i løpet av en slik annen internasjonal operasjon.

Figur 3.4.3. Tjenestegjøring ved internasjonale operasjoner utenom UNIFIL, sortert etter deltakelse¹⁶ (n = 3873)



¹⁶ Her hadde hver enkelt deltaker mulighet til å krysse av for flere ulike operasjoner.

Kommentar:

I Afghanistan-undersøkelsen var det ca. 40 prosent som hadde tjenestegjort i andre internasjonale operasjoner (FSAN, 2012). Det er mer enn dobbelt så stor andel som i vår undersøkelse (ca. 19 %). En mulig forklaring på dette er at det i tiden før UNIFIL var mindre vanlig for norske soldater å tjenestegjøre i internasjonale operasjoner. Forsvarets rolle var først og fremst å beskytte egne grenser og forberede seg på en eventuell invasjon fra Sovjetunionen. Et fåtall hadde derfor internasjonal erfaring før de reiste i UNIFIL-tjeneste. Ettersom kun 15 % fortsatte i Forsvaret etter hjemkomst fra Libanon, var det relativt få som fikk anledning til å delta i flere operasjoner. Utover på 1990- og 2000-tallet forandret imidlertid Forsvarets rolle seg, og deltakelse i internasjonale operasjoner økte. Som konsekvens ble internasjonal tjeneste mer vanlig. Ettersom flertallet av deltakerne i Afghanistan-undersøkelsen er født på 1980-tallet, har de hatt større mulighet til å delta i slike operasjoner enn flertallet av UNIFIL-veteranene, som er født på 1950- og 60-tallet.

9 av 10

**sier de er stolt av å ha tjenestegjort i UNIFIL,
og at de opplevde tjenesten som meningsfylt**



4. Helsemessige forhold og konsekvenser

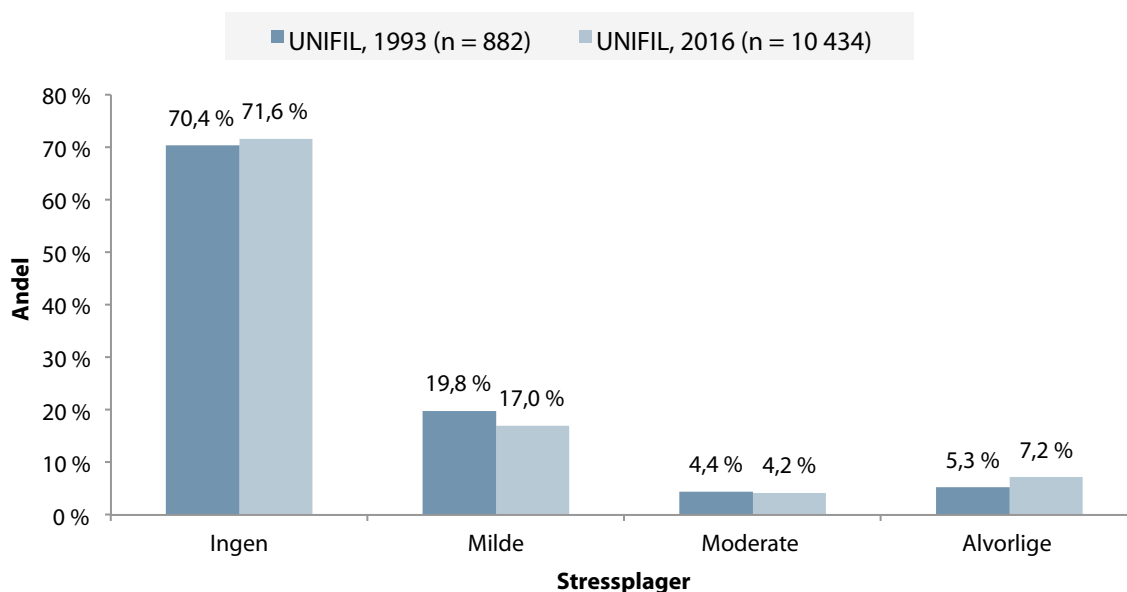
4.1 Psykiske plager og lidelser

4.1.1 Generelle stressplager

For å danne oss et bilde av veteranenes nivå av generelle stressplager, har vi benyttet instrumentet Posttraumatic Symptom Scale-10 (PTSS-10). Ved å ta et blikk på tabell 7.1.1 (vedlegg), ser vi at det store flertallet opplever få eller ingen stressreaksjoner i dag (siste syv dager). En del opplever likevel typiske aktiveringssymptomer i form av irritasjon, søvnproblemer, svingende følelser eller anspenthet.

For å beregne forekomst av stressplager mer nøyaktig, har vi tatt utgangspunkt i antall spørsmål på PTSS-10 som er skåret 4 eller høyere. Vi finner da at det er 71,6 prosent (7472 personer) av veteranene som ikke har noen stressplager i dag. 17,0 prosent (1778 personer) har milde plager, mens henholdsvis 4,2 prosent (437 personer) og 7,2 prosent (747 personer) har moderate og alvorlige plager, se figur 4.1.1.1. På figuren har vi også valgt å inkludere tilsvarende skårer fra den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993). Vi ser at utvalget fra 1993 og dagens utvalg har nokså lik forekomst av generelle stressplager, men at det tilsynelatende er en litt større andel (7,2 % vs. 5,3 %) med alvorlige stressplager i dag.

Figur 4.1.1.1. Forekomst av generelle stressplager, målt ved PTSS-10¹⁷



Kommentar:

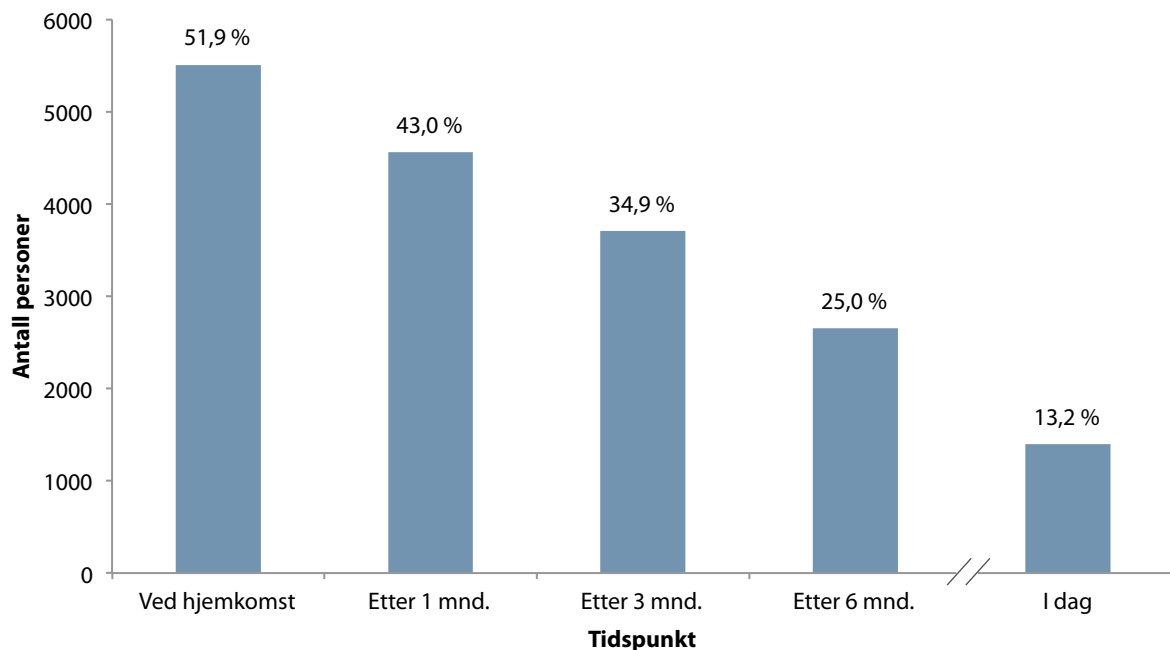
Vi vet ikke sikkert hva det skyldes at en større andel UNIFIL-veteraner rapporterer om generelle stressplager i dag enn i 1993. Det kan imidlertid tenkes at høyere alder kan forklare noe av økningen (dagens deltakere er gjennomsnittlig 53 år), ettersom man har funnet høyere forekomst av stressplager i denne aldersgruppen (f.eks. Reynolds et al., 2016). Det kan også være at utvalget som besvarte undersøkelsen i 1993 og utvalget som har besvart dagens undersøkelse har forskjeller som påvirker forekomsten av stressplager. Selv om vi kan anta at mange av de som besvarte undersøkelsen i 1993 også har besvart dagens undersøkelse, har vi ikke tall på akkurat hvor mange. I tillegg er dagens utvalg mer enn ti ganger større, og det består derfor av mange som ikke besvarte den første undersøkelsen. Det kan tenkes at dette har bidratt til å øke forekomsten blant dagens UNIFIL-veteraner.

¹⁷ PTSS-10: Ingen stressplager = 0 spørsmål med skåre 4 eller høyere. Milde stressplager = 1–3 spørsmål med skåre 4 eller høyere. Moderate stressplager = 4–5 spørsmål med skåre 4 eller høyere. Alvorlige stressplager = 6–10 spørsmål med skåre 4 eller høyere.

Også i Afghanistan-undersøkelsen gjorde man bruk av PTSS-10 (FSAN, 2012). Deltakerne ble den gang bedt om å anslå stressplager både rett etter hjemkomst og på svartidspunktet (i gjennomsnitt fire år etter). Etter hjemkomst var det 9,9 prosent med moderate plager og 4,8 prosent med alvorlige plager. På svartidspunktet var det derimot 6,2 prosent med moderate plager og 2,7 prosent med alvorlige plager. Andelen veteraner med stressplager hadde dermed sunket i løpet av årene, og endt opp på et nivå som var lavere enn det vi finner hos dagens UNIFIL-veteraner. Det ser altså ut til at UNIFIL-veteranene opplever flere stressplager i dag (i gjennomsnitt 27 år etter hjemkomst) enn det Afghanistan-veteranene gjorde i 2012 (i gjennomsnitt 4 år etter hjemkomst).

Veteranene ble også spurt om hvor lang tid det tok før eventuelle stressreaksjoner ble borte etter hjemkomst fra Libanon. Omtrent halvparten (51,9 %, 5508 personer) oppgir å ha hatt en eller annen form for stressreaksjon ved hjemkomst. Etter én måned var andelen sunket til 43,0 prosent (4564 personer), og da tre måneder var gått var den nede i 34,9 prosent (3706 personer). Etter et halvt år var det 25,0 prosent (2656 personer) igjen som fremdeles opplevde stressreaksjoner. 13,2 prosent (1395 personer) mener at stressreaksjonene aldri ble borte etter hjemkomst, og at de fortsatt er til stede den dag i dag, se figur 4.1.1.2.

Figur 4.1.1.2. Andel veteraner med egenrapporterte stressreaksjoner etter hjemkomst (n = 10 605)



Kommentar:

Figur 4.1.1.2 gir et godt bilde på hvor vanlig det er å oppleve stressreaksjoner den første tiden etter hjemkomst fra en internasjonal militæroperasjon. Vi ser at det faktisk er mer enn halvparten av veteranene som opplever slike reaksjoner umiddelbart etter hjemkomst, før de gradvis avtar i løpet av de neste seks månedene. Dette gjelder for de aller fleste, bortsett fra en liten andel som aldri helt blir kvitt reaksjonene. Resultatene stemmer godt overens med den kunnskapen vi har om hvordan folk flest håndterer og bearbeider denne typen stress.

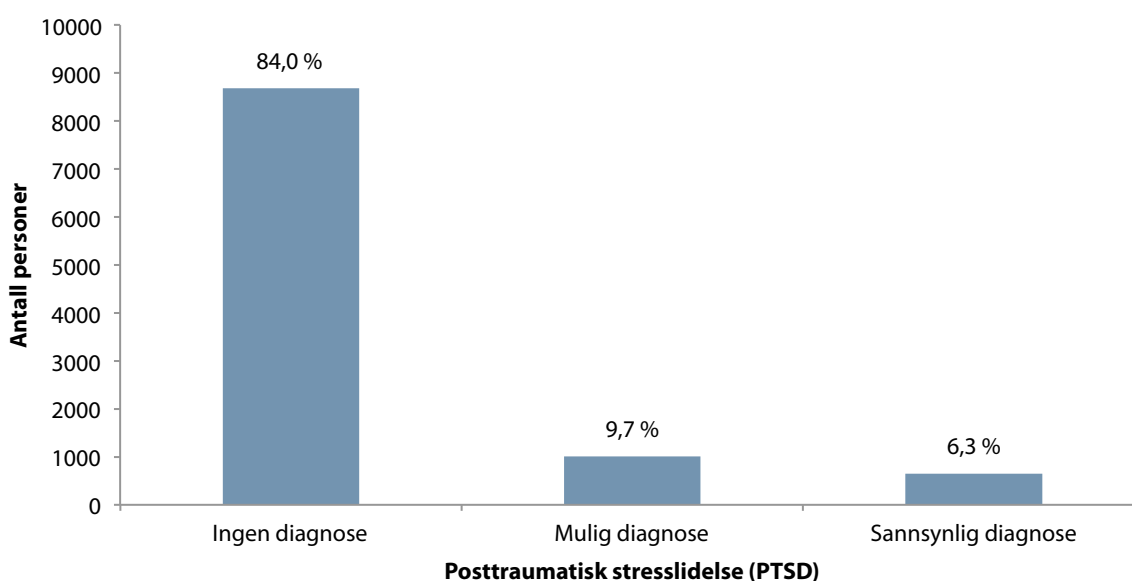
Det er normalt og hensiktsmessig med en viss psykologisk og kroppslig aktivering under operativ tjeneste, ettersom det sannsynligvis bidrar til situasjonsadekvat atferd og økt overlevelse. Utfordringen er at slik aktivering tar tid å «skru av» igjen etter hjemkomst til vårt relativt fredelige samfunn. Omstillingsprosessen, der den beredskapsrelevante aktiveringen gradvis skrur av igjen, anses som en normal tilpasningsreaksjon etter tjenesten.

4.1.2 Posttraumatisk stress

I motsetning til PTSS-10, som først og fremst gir et bilde av veteranenes generelle nivå av stressplager, er Posttraumatic Stress Disorder Checklist-17 (PCL-17-M) et mer spesialisert mål på posttraumatisk stress etter belastende militære hendelser. Tabell 7.1.2 (vedlegg) viser at flertallet ikke opplever noen posttraumatiske stresssymptomer i det hele tatt i dag (siste syv dager). Likevel er det noen som opplever aktiverings-symptomer som søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, årvåkenhet/vaktsomhet og irritabilitet/sinne.

Med utgangspunkt i veteranenes sumskåre på PCL-17-M, har vi beregnet sannsynlig forekomst av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i utvalget. Figur 4.1.2 viser at 84,0 prosent (8682 personer) ikke oppfyller kriterier for PTSD, 9,7 prosent (1003 personer) delvis oppfyller kriterier for PTSD, mens 6,3 prosent (647 personer) oppfyller kriterier for PTSD. Dette betyr at omtrent seks prosent av UNIFIL-veteranene sannsynligvis har en posttraumatisk stresslidelse i dag.

Figur 4.1.2. Forekomst av PTSD i dag (siste syv dager), basert på PCL-17-M-sumskåre (n = 10 332)¹⁸



Kommentar:

En annen måte å regne ut sannsynlig forekomst av PTSD på, er å avgjøre hvorvidt man oppfyller diagnose-kriteriene for PTSD slik de er beskrevet i den amerikanske diagnosemanualen DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). I følge denne, må en person oppleve minst ett symptom på gjenopplevelse, minst tre symptomer på unngåelse og minst to symptomer på kroppslig aktivering for å få diagnosen PTSD. Hvis vi legger disse kriteriene til grunn, finner vi at 6,1 prosent (627 personer) av veteranene har en sannsynlig PTSD-diagnose.

En tredje måte å beregne sannsynlig forekomst av PTSD på, er å kombinere sumskåren på PCL-17-M med kriteriene fra DSM-IV-TR. Dette er den «strengeste» målemetoden, fordi den sikrer at deltakerne både må ha et høyt totalt symptomtrykk og må oppleve symptomer fra hver av de tre symptomkategoriene. Ved å måle PTSD på denne måten, finner vi at sannsynlig forekomst av diagnose er på 5,3 prosent (552 personer).

Begge disse målemetodene legger listen litt høyere enn metoden vi har tatt utgangspunkt i over. En ulempe ved dette, er at vi da risikerer å miste en del av de som befinner seg i grenseland for PTSD. For å unngå dette, har vi valgt å ta utgangspunkt i metoden som kun baserer seg på PCM-M-17-sumskåre. Vi ser at det uansett ikke utgjør noen stor forskjell hvilken metode vi benytter, da andelen med sannsynlig diagnose varierer med maksimalt ett prosentpoeng.

¹⁸ PCL-17-M: Ingen diagnose = sumskåre 17–29. Mulig diagnose = sumskåre 30–43. Sannsynlig diagnose = sumskåre 44–85.

Også i Afghanistan-undersøkelsen ble forekomst av PTSD målt med PCL-17-M-sumskåre. Resultatene viste ca. 7 prosent med mulig diagnose og ca. 1 prosent med sannsynlig diagnose (FSAN, 2012). Afghanistan-veteranene var altså betydelig mindre plaget av posttraumatisk stress enn det UNIFIL-veteranene er. Vi har dessverre ikke et tilsvarende mål på PTSD fra den første UNIFIL-undersøkelsen.

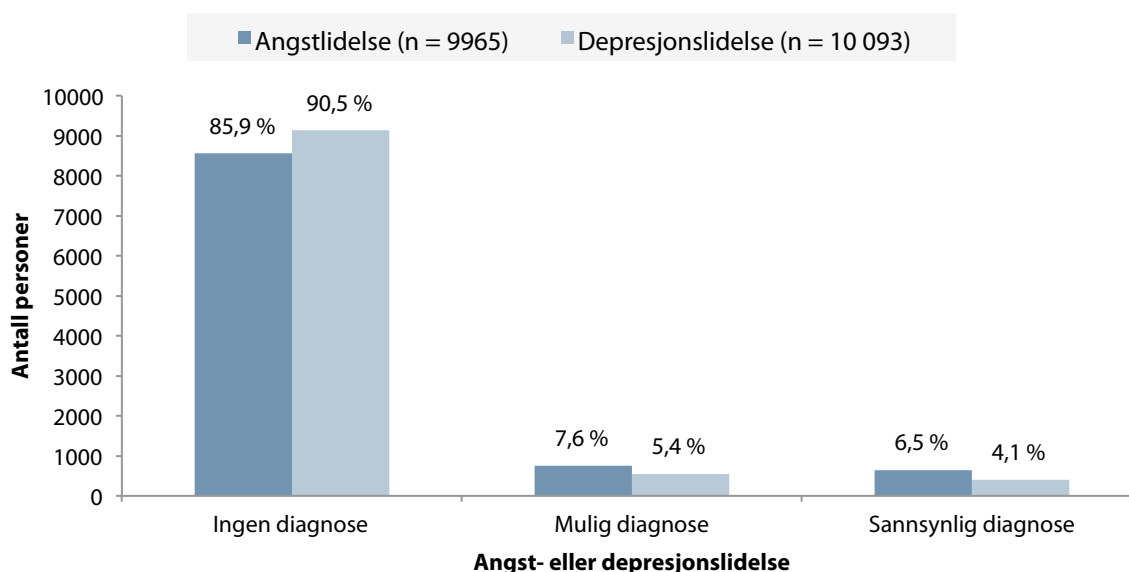
Det finnes begrenset med forskning på forekomst av PTSD i den generelle norske befolkningen. Et unntak er en undersøkelse fra 1995 (Ingebrigtsen, Sandanger, Sørensen & Dalgard), der man fant at sannsynligheten for å få PTSD i løpet av livet var omtrent 9 prosent for begge kjønn, fordelt på 4 prosent for menn og 14 prosent for kvinner. Tilsvarende tall fant man i en norsk tvillingstudie fra 2013 (Amstadter, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud & Kendler). Forutsatt at man var eksponert for en potensielt traumatisk hendelse, var livstidsforekomsten for PTSD på 10 prosent for begge kjønn, fordelt på 4 prosent for menn og 15 prosent for kvinner. Dette understreker at det er betydelige kjønnsforskjeller i forekomst av PTSD, og at menn generelt har lavere forekomst enn kvinner. Med tanke på at deltakerne i vår undersøkelse består av 97 prosent menn, er det mest naturlig å sammenlikne med menn. Gjør vi det, finner vi altså at UNIFIL-veteranene ser ut til å ha litt høyere forekomst av PTSD enn resten av befolkningen.

4.1.3 Angst og depresjon

Med utgangspunkt i veteranenes sumskårer på instrumentet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), har vi beregnet sannsynlig forekomst av angst- og depresjonslidelser. Figur 4.1.3 viser at 85,9 prosent (8562 personer) ikke oppfyller kriterier for angstlidelse, 7,6 prosent (754 personer) delvis oppfyller kriterier for angstlidelse, mens 6,5 prosent (649 personer) oppfyller kriterier for angstlidelse. For depresjon er det 90,5 prosent (9134 personer) som ikke oppfyller kriterier for lidelse, 5,4 prosent (550 personer) som delvis oppfyller kriterier for lidelse og 4,1 prosent (409 personer) som oppfyller kriterier for lidelse.

Det er altså nesten syv prosent av UNIFIL-veteranene som sannsynligvis oppfyller diagnosekriterier for en angstlidelse per i dag. For depresjonslidelser er tallet omtrent fire prosent.

Figur 4.1.3. Forekomst av angst og depresjon i dag (siste syv dager), basert på HADS-sumskåre¹⁹



Kommentar:

I Afghanistan-undersøkelsen ble angst og depresjon målt på samme måte. 6 prosent hadde mulig angstlidelse, mens 2 prosent hadde sannsynlig angstlidelse. For depresjon var det 3 prosent med mulig lidelse og 1 prosent med sannsynlig lidelse (FSAN, 2012). Afghanistan-veteranene var altså vesentlig mindre plaget med slike lidelser i 2012 enn UNIFIL-veteranene er i dag. Tilsvarende tall finnes ikke fra den første UNIFIL-undersøkelsen.

I den norske befolkningen generelt, er det vanlig at omtrent én av fire rammes av en angstlidelse i løpet av livet, mens 15 prosent får en slik lidelse i løpet av et år. For depresjon er det én av fem som får lidelsen i løpet av livet, mens 10 prosent får den i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2009). Ser vi i stedet på andelen norske menn i alderen 45–66 år som rapporterer om angst eller fobier i løpet av de siste tre månedene, er tallet 5 prosent. For nedstemthet eller depresjon er det 9 prosent (Statistisk sentralbyrå, 2012). Det kan dermed se ut som om UNIFIL-veteranene har en noe høyere forekomst av angstlidelser enn norske menn på samme alder. Samtidig har de lavere forekomst av depresjon.

¹⁹ HADS: Ingen diagnose = sumskåre 0–7. Mulig diagnose = sumskåre 8–10. Sannsynlig diagnose = sumskåre 11–21.

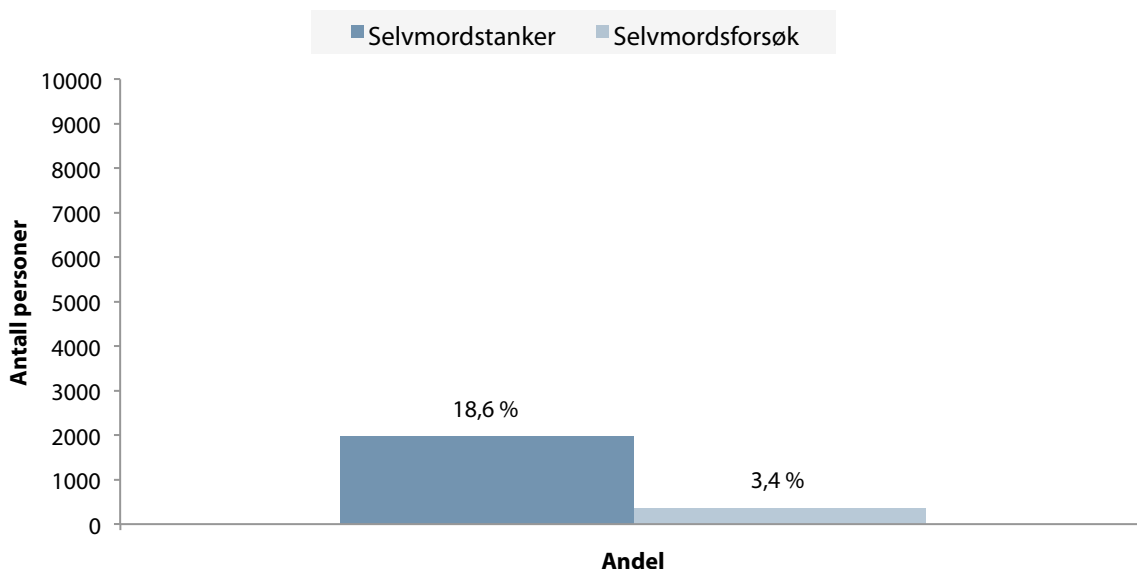
4.1.4 Selvmordstanker og selvmordsforsøk

Selv mord blant veteraner er et tema som svært mange har vært opptatt av, og som det tidligere har blitt forsket en del på. En egen del av spørreskjemaet ble derfor viet til dette. Veteranene ble stilt spørsmål om selvmordstanker og konkrete forsøk, om når disse tankene og forsøkene eventuelt forekom, samt om grunner til og konsekvenser av slik atferd.

På spørsmålet «*Har du noen gang tenkt på å ta livet ditt?*», svarer nesten én av fem (18,6 %, 1974 personer) bekreftende på dette. Det betyr samtidig at mer enn fire av fem (81,4 %, 8631 personer) mener de aldri noensinne har hatt slike tanker. Veteranene ble videre stilt spørsmålet «*Har du noen gang gjort forsøk på å ta ditt eget liv?*». Her svarer kun 3,4 prosent (365 personer) ja, mens 96,6 prosent (10 240 personer) svarer nei, se figur 4.1.4.1.

Forholdet mellom selvmordsforsøk og selvmordstanker er altså omtrent 1:6, hvilket innebærer at for hver person som ender opp med å forsøke å ta sitt eget liv, er det seks personer som har hatt selvmordstanker. Dette illustrerer godt at det er en betydelig forskjell på å *tenke* på å ta sitt eget liv og faktisk å *forsøke* å ta sitt eget liv.

Figur 4.1.4.1. Selvmordstanker og selvmordsforsøk, noensinne (n = 10 605)



Veteranene ble også spurt om hyppighet av selvmordstanker de siste to ukene. 7,4 prosent (789 personer) mener de «*har tenkt på muligheten for å gjøre slutt på livet*» mer eller mye mer enn vanlig. Tilsvarende er det 7,5 prosent (792 personer) som mener de har «*hatt det slik at tanken om å ta ditt eget liv stadig dukker opp i ditt sinn*» mer eller mye mer enn vanlig.

Vi ser av tabell 4.1.4.1 at de fleste selvmordstankene og -forsøkene har forekommet i perioden etter UNIFIL. Over halvparten (53,8 %, 1351 personer) av de som har *tenkt* på å ta livet sitt, og mer enn to tredeler (70,6 %, 281 personer) av de som har *forsøkt* å ta livet sitt, oppgir at det skjedde etter UNIFIL. Dette er som nevnt den klart lengste tidsperioden, og det er naturlig at de fleste rapporterer at selvmordsatferden har funnet sted i løpet av denne. Motsatt ser vi at det var svært få som hadde slike tanker eller forsøk under UNIFIL, en periode som for de fleste var på mellom 6 og 12 måneder. Det er verdt å bemerke at nesten én av fire (24,3 %, 610 personer) som har hatt selvmordstanker har hatt disse i løpet av det siste året.

Tabell 4.1.4.2 viser at de fleste av de som har gjort et selvmordsforsøk grunngir dette med at de ønsket å slippe en uutholdelig følelse (45,3 %, 253 personer). Deretter følger et ønske om å dø (33,8 %, 189 personer). Langt færre har valgt alternativet om at de ønsket hjelp fra noen (16,3 %, 91 personer).

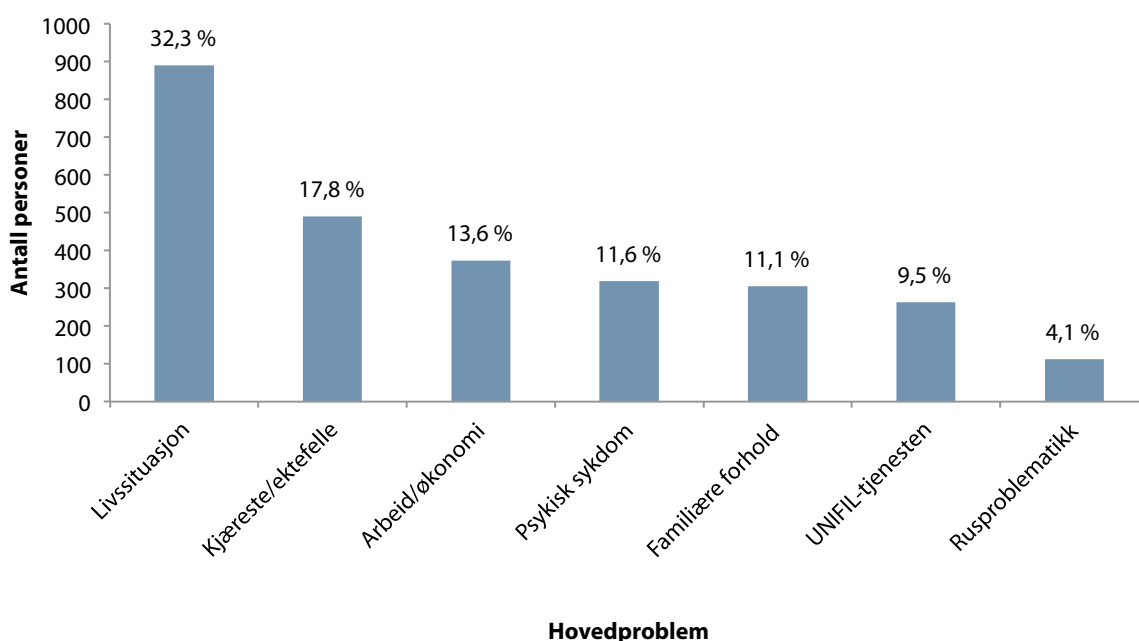
Tabell 4.1.4.1. Tidspunkt for selvmordsatferd²⁰, prosent

	Ja, før UNIFIL	Ja, under UNIFIL	Ja, etter UNIFIL	Ja, under 1 år siden
Har du noen gang tenkt på å ta livet ditt? (n = 2511)	19,7	2,2	53,8	24,3
Har du noen gang gjort forsøk på å ta livet ditt? (n = 398)	15,8	2,8	70,6	10,8

Tabell 4.1.4.2. Grunnlag for selvmordsforsøk, prosent

	Ønsket å dø	Ønsket hjelp	Ønsket å slippe en uutholdelig følelse	Annet
Hvilket av disse utsagnene passer best på ditt selvmordsforsøk? (n = 559)	33,8	16,3	45,3	4,7

Blant de veteranene som har hatt tanker om eller forsøk på å ta sitt eget liv, er det ca. én tredel (32,3 %, 891 personer) som svarer at hovedproblemet har vært forhold knyttet til livssituasjonen deres. Forhold knyttet til livssituasjonen er altså *den viktigste grunnen* til selvmordstanker eller -forsøk blant UNIFIL-veteranene. Deretter følger forhold knyttet til kjæreste/ektefelle (17,8 %, 491 personer) og arbeid/økonomi (13,6 %, 374 personer). Forhold knyttet til UNIFIL-tjenesten blir kun oppgitt som hovedproblem av mindre enn én tidel (9,5 %, 263 personer) av de som har hatt selvmordstanker eller -forsøk, se figur 4.1.4.2.

Figur 4.1.4.2. Hovedproblem ved selvmordstanker eller -forsøk (n = 2756)

Totalt har 5,0 prosent (530 personer) av UNIFIL-veteranene hatt kontakt med helsevesenet i forbindelse med sine selvmordstanker eller -forsøk. Blant disse, mener 27,8 prosent (147 personer) at de slett ikke eller i liten grad har fått den hjelpen de har hatt behov for. 21,3 prosent (113 personer) mener at de «både og» har fått den hjelpen de trengte, mens 50,9 prosent (270 personer) opplever at de enten i noen eller høy grad har fått den hjelpen de trengte.

²⁰ I begge disse tabellene var det mulig å krysse av for flere alternativer på samme linje. Antallet som har svart på hvert spørsmål overstiger dermed antallet som oppgir at de noensinne har hatt selvmordstanker eller -forsøk.

Kommentar:

I Afghanistan-undersøkelsen ble deltakerne spurt: «Har du etter hjemkomst fra Afghanistan vært deprimert/nedfor på en slik måte at du har hatt tanker om å ta ditt eget liv?» (FSAN, 2012). Dette spørsmålet dekket dermed en kortere tidsperiode enn spørsmålet vi stilte til UNIFIL-veteranene («Har du noensinne tenkt på å ta livet ditt?»). Kun 4 prosent av Afghanistan-veteranene svarte bekreftende på dette spørsmålet. Sammenliknet med andelen som svarer at de noensinne har hatt selvmordstanker blant UNIFIL-veteranene (ca. 19 %), er dette lavt. Det er vanskelig å avgjøre hvorvidt det er et resultat av ulik spørsmålsformulering, eller om det er andre faktorer som spiller inn. Det er uansett rimelig å anta at jo eldre man er, jo større er sannsynligheten for at man noensinne har hatt slike tanker.

Når det gjelder selvmordsforsøk, ble både Afghanistan- og UNIFIL-veteranene stilt samme spørsmål. Kun 0,6 prosent av Afghanistan-veteranene vedkjente å noen gang ha forsøkt å ta sitt eget liv. Det er mer enn fem ganger færre enn blant UNIFIL-veteranene (3,4 %). Likevel må vi også her ta forbehold om at det er en betydelig forskjell i aldersgjennomsnittet i de to utvalgene. I og med at UNIFIL-veteranene er gjennomsnittlig 18 år eldre, vil det være forventet at flere av disse noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv. Dette vet vi blant annet fra statistikk som viser at selvmordsraten øker i takt med alder (Folkehelseinstituttet, 2015).

I den første UNIFIL-undersøkelsen ble deltakerne spurt om de før tjenesten hadde hatt alvorlige tanker om, eller gjort forsøk på, selvmord. 2,3 prosent oppga å ha hatt tanker, mens 0,4 prosent mente de hadde gjort forsøk (FSAN, 1993). Igjen er det viktig å huske på at tidsperioden det ble spurt etter, altså før tjenesten, var vesentlig kortere enn i vår undersøkelse (noensinne). Det er dermed naturlig at de som har hatt selvmordstanker eller -forsøk i den første undersøkelsen, utgjør en mindre andel enn i vår undersøkelse.

Mer sammenliknbart er det at deltakerne i begge UNIFIL-undersøkelsene også ble spurt hvorvidt de de siste to ukene hadde «tenkt på muligheten for å gjøre slutt på livet?», eller hvorvidt de hadde «hatt det slik at tanken om å ta ditt eget liv stadig dukker opp i ditt sinn?». På begge disse spørsmålene svarte 4 prosent av deltakerne i den første undersøkelsen at de hadde hatt dette mer eller mye mer enn vanlig. I vår undersøkelse er det derimot 7–8 prosent som oppgir å ha slike tanker mer eller mye mer enn vanlig. Andelen UNIFIL-veteraner som har opplevd selvmordstanker i løpet av de siste to ukene har tilsynelatende doblet seg fra 1993 til i dag. Igjen er det rimelig å anta at alder kan forklare mye av økningen, ettersom depresjon og nedstemthet, og dermed selvmordstanker, er noe mer hyppig blant middelaldrende menn (Statistisk sentralbyrå, 2012).

Det finnes ingen offisiell nasjonal oversikt over selvmordstanker og selvmordsforsøk i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette gjør det utfordrende å bedømme hvorvidt UNIFIL-veteranene har hatt mer eller mindre av dette enn nordmenn flest. I en stor undersøkelse av selvmordstanker i en rekke europeiske land, deriblant Norge, fant man imidlertid at mellom 7 og 11 prosent av norske menn mellom 18 og 64 år rapporterte om selvmordstanker i løpet av de siste to ukene (Casey et al., 2008). At 7–8 prosent av UNIFIL-veteranene oppgir at de i løpet av de siste to ukene har hatt selvmordstanker, fremstår dermed som normalt. Det ser altså ikke ut til å være noen overhyppighet av selvmordstanker blant UNIFIL-veteranene i dag.

I denne undersøkelsen har vi ikke sett på forekomst av faktiske selvmord i UNIFIL-populasjonen, da dette har blitt studert flere ganger tidligere. Blant annet har Thoresen, Mehlum & Møller (2003) funnet en moderat økt risiko for selvmord blant UNIFIL-veteraner. Denne effekten ble imidlertid borte dersom man kontrollerte for samlivsstatus, som er en kjent risikofaktor for selvmord. I en undersøkelse utført av Forsvarets helseregister fant man at det var 15 flere selvmord i UNIFIL-gruppen enn forventet i en tilsvarende gruppe i den generelle befolkningen (FSAN, 2014). Forskjellen var riktignok ikke statistisk signifikant, noe som betyr at man ikke kan utelukke at den var forårsaket av tilfeldigheter. Selv om det ble observert en tendens til flere selvmord blant UNIFIL-veteranene, kan det altså være at dette var tilfeldig. Man kan dermed ikke konkludere med at UNIFIL-veteranene har en overhyppighet av selvmord.

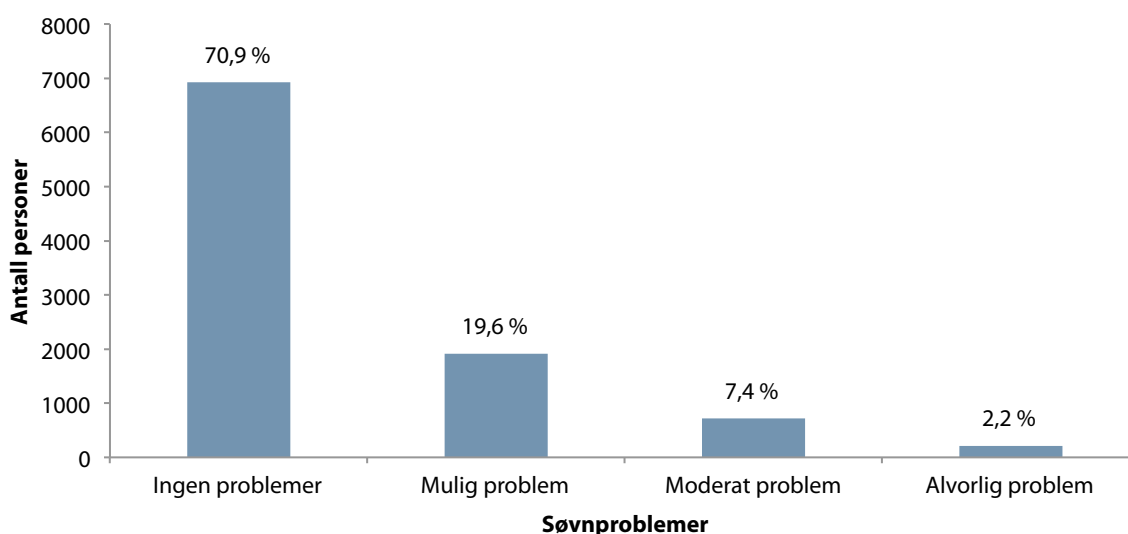
Et svært viktig poeng som fremkommer av figur 4.1.4.2, er at det er faktorer knyttet til veteranenes livssituasjon, heller enn faktorer knyttet til tjenesten, som oppgis som hovedproblem ved selvmordstanker eller -forsøk. For veteranene, som for resten av befolkningen, er det altså vanlige livshendelser slik som fysisk eller psykisk sykdom, tap av ektefelle eller andre nære personer, samlivsbrudd, tap av arbeid eller sosial posisjon, økonomiske problemer, ensomhet og rusproblemer som er de største risikofaktorene for selvmord (Folkehelseinstituttet, 2015).

4.1.5 Søvnp problemer

Søvnp problemer ble målt ved hjelp av Insomnia Severity Index (ISI). Figur 4.1.5 viser at majoriteten av veteranene (70,9 %, 6922 personer) har fått en skåre som antyder at de har få eller ingen søvnp problemer. Omtrent én av fem (19,6 %, 1910 personer) ligger i grenseland, som vil si at de muligens har søvnp problemer, men ikke så alvorlig at det gir vesentlige problemer eller at behandling er påkrevd. 7,4 prosent (720 personer) og 2,2 prosent (211 personer) rapporterer om henholdsvis moderate og alvorlige søvnp problemer.

Til sammen er det dermed omtrent ti prosent av UNIFIL-veteranene som fremstår med sannsynlige søvnp problemer i dag.

Figur 4.1.5. Forekomst av søvnp problemer i dag (siste to uker), basert på ISI-sumskåre (n = 9763)²¹



Kommentar:

I Afghanistan-undersøkelsen ble søvnp problemer målt på samme måte. Der fant man at 13 prosent hadde et mulig problem, mens henholdsvis 2 prosent og 0 prosent hadde et moderat eller alvorlig problem (FSAN, 2012). Forekomsten av søvnp problemer er dermed noe høyere blant UNIFIL-veteranene enn den var blant Afghanistan-veteranene.

I den første UNIFIL-undersøkelsen benyttet man ikke noe eget instrument for å måle søvn. Man benyttet imidlertid instrumentet GHQ-28, som inneholder et par spørsmål om søvn. Sammenlikner vi deltakerne i de to undersøkelsene med tanke på disse, finner vi at det i dag er flere som ligger våken pga. bekymringer (11 % vs. 8 %) eller har lett for å våkne etter man har sovnet (14 % vs. 7 %). Andelen UNIFIL-veteraner med søvnp problemer har tilsynelatende økt fra 1993 og frem til i dag.

Dagens UNIFIL-veteraner har altså høyere forekomst av søvnp plager enn både deltakerne i Afghanistan-undersøkelsen og deltakerne i den opprinnelige UNIFIL-undersøkelsen. De er samtidig eldre, og vi vet at forekomst av søvnp problemer øker med alderen (Statistisk sentralbyrå, 2012). Sammenlikner vi med menn i alderen 45–66 år i den generelle norske befolkningen, viser det seg at 15 prosent av disse har hatt symptomer på søvnp problemer i løpet av de siste tre månedene (Statistisk sentralbyrå, 2012). Tar vi utgangspunkt i de som har et moderat eller alvorlig problem (ca. 10 %), finner vi dermed at UNIFIL-veteranene har en noe lavere forekomst av søvnp problemer enn norske menn i samme alder.

²¹ ISI: Ingen problemer = sumskåre 0–7. Mulig problem = sumskåre 8–14. Moderat problem = sumskåre 15–21. Alvorlig problem = sumskåre 22–28.

4.1.6 Rus- og avhengighetsproblematikk

4.1.6.1 Forhold til alkohol og rusmidler i Libanon

Av tabell 4.1.6.1 ser vi at det kun er én av ti (9,9 %, 1050 personer) som mener de aldri drakk alkohol mens de tjenestegjorde i Libanon. Én tredel (33,6 %, 3567 personer) oppgir at de drakk alkohol to til tre ganger per måned. Samtidig er det nesten to av fem som sier de drakk alkohol to til tre ganger per uke (30,9 %, 3273 personer) eller oftere (8,6 %, 907 personer).

På spørsmål om hvor mange alkoholenheter man kunne drikke på en dag eller kveld, svarer de fleste at de kunne drikke én til to (28,3 %, 3004 personer) eller tre til fire (30,2 %, 3205 personer) enheter. Over halvparten av veteranene mener de aldri (18,9 %, 2007 personer) eller sjelden (38,6 %, 4090 personer) drakk seks alkoholenheter eller mer, mens nesten én av tre (31,1 %, 3298 personer) mener dette skjedde noen ganger i måneden eller oftere. De aller fleste har svart at de aldri (64,1 %, 6794 personer) eller sjelden (21,4 %, 2266 personer) drakk så mye at det gikk ut over deres evne til å utføre tjenesten.

Tabell 4.1.6.1. Forhold til alkohol i Libanon (n = 10 605), prosent

	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2–3 gng. per mnd.	2–3 gng. per uke	4+ gng. per uke	Ikke svart
Da du tjenestegjorde i Libanon, hvor ofte drakk du alkohol? Ikke inkluder «60-timer» og «leave-perioder» eller andre ferier/permisjoner utenfor Libanon.	9,9	15,0	33,6	30,9	8,6	2,0
	1–2 enheter	3–4 enheter	5–6 enheter	7–9 enheter	10+ enheter	Ikke svart
Da du tjenestegjorde i Libanon, hvor mange alkoholenheter kunne du drikke på en dag eller kveld?	28,3	30,2	18,9	7,1	3,5	11,9
	Aldri	Sjelden	Noen gng. per mnd.	Noen gng. per uke	Nesten daglig	Ikke svart
Hvor ofte drakk du seks alkoholenheter eller mer? Ikke inkluder «60-timer» og «leave-perioder» eller andre ferier/permisjoner utenfor Libanon.	18,9	38,6	23,1	6,7	1,3	11,4
Da du tjenestegjorde i Libanon, hvor ofte drakk du så mye at det gikk ut over din evne til å utføre tjenesten?	64,1	21,4	2,8	0,5	0,1	11,2

13,6 prosent (1447 personer) mener at tjenesten i Libanon endret alkoholvanene deres. Blant disse opplevde om lag tre firedeler at de begynte å drikke mer, mens ca. én firedel opplevde at de begynte å drikke mindre. 8,2 prosent (869 personer) mener at endringen i alkoholvaner består den dag i dag.

Kun 1,7 prosent (183 personer) oppgir at de benyttet seg av beroligende medisiner eller sovemedisiner mens de tjenestegjorde i Libanon. Tilsvarende lave tall finner vi også for bruk av anabole steroider (0,6 %, 61 personer) og narkotiske stoffer (2,1 %, 227 personer). Blant de som rapporterer at de har benyttet seg av narkotiske stoffer i løpet av tjenesten, mener de fleste at de kun benyttet seg av det én gang (56,4 %, 128 personer).

Kommentar:

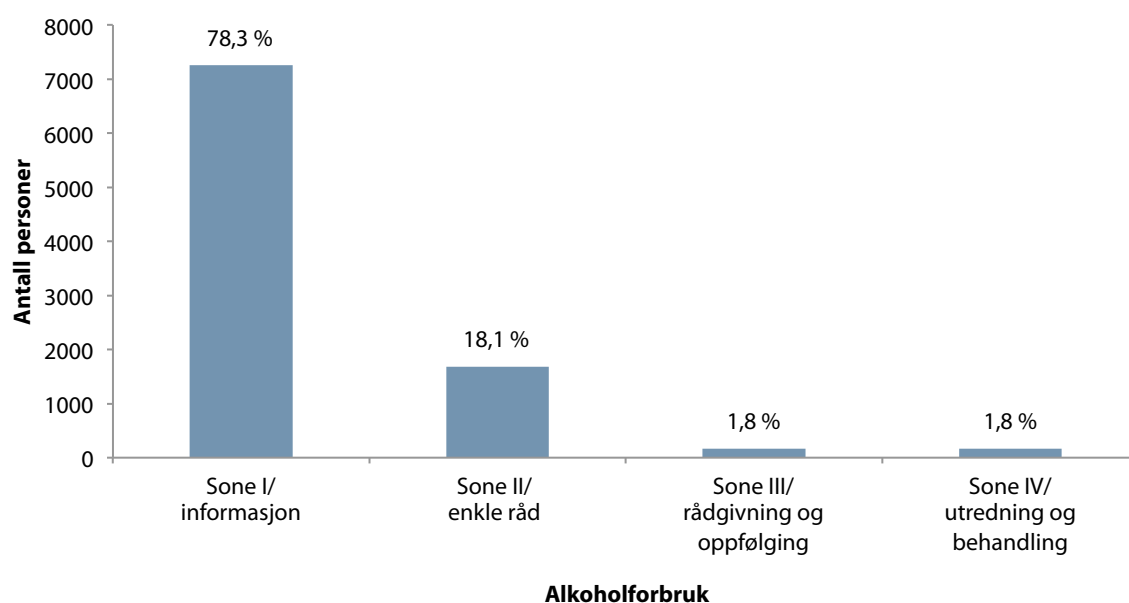
I Afghanistan-undersøkelsen fant man at så mange som 39 prosent rapporterte om endrede alkoholvaner etter tjenesten. Av disse var det mindre enn én av fem som hadde begynt å drikke mer, mens mer enn fire av fem faktisk hadde begynt å drikke mindre (FSAN, 2012). Sammenliknet med i vår undersøkelse var det altså en større andel som opplevde endring i alkoholvaner. Samtidig var fordelingen mellom de som drakk mer og de som drakk mindre motsatt av hva den var blant UNIFIL-veteranene. Mens de fleste UNIFIL-veteranene med endring i alkoholkonsum begynte å drikke mer, begynte de fleste Afghanistan-veteranene med endring i alkoholkonsum å drikke mindre.

Dette har muligens sin forklaring i at alkoholkulturen i de to utenlandsoperasjonene var vidt forskjellige. I Libanon ble det stort sett praktisert en nokså liberal alkoholkultur, der soldatene til tider drakk mer enn de gjorde hjemme i Norge (Strømmen & Leraand, 2005). I den første UNIFIL-undersøkelsen kom det bl.a. frem at «alkoholkonsumet økes betydelig under tjenesten, men ikke som uttrykk for stress eller søvnmangel. Tilgjengelighet, kultur og mangel på attraktive alkoholfrie alternativ synes å være avgjørende» (FSAN, 1993, s. 112). Man fant den gang at hele 44 prosent av UNIFIL-veteranene rapporterte om økning i alkoholkonsum fra før til under tjenesten (Mehlum, 1999). Dette illustreres dessuten godt i resultatene over, som viser at to av fem mener de drakk alkohol 2–3 ganger per uke eller oftere mens de var i tjeneste i Libanon. De aller fleste som tjenestegjorde i Afghanistan måtte derimot forholde seg til et totalforbud mot å nyte alkohol, noe som for svært mange innebar at de drakk mindre enn de vanligvis gjorde hjemme i Norge. At en del har «tatt med» seg de ulike alkoholkulturene hjem, på godt og vondt, er ikke utenkelig. Det er samtidig viktig å påpeke at det store flertallet av UNIFIL-veteranene ikke opplever at tjenesten har endret alkoholvanene deres. Dette tyder på at til tross for at mange drakk mer under tjenesten, har de fleste returnert til sitt opprinnelige drikkemønster etter hjemkomst.

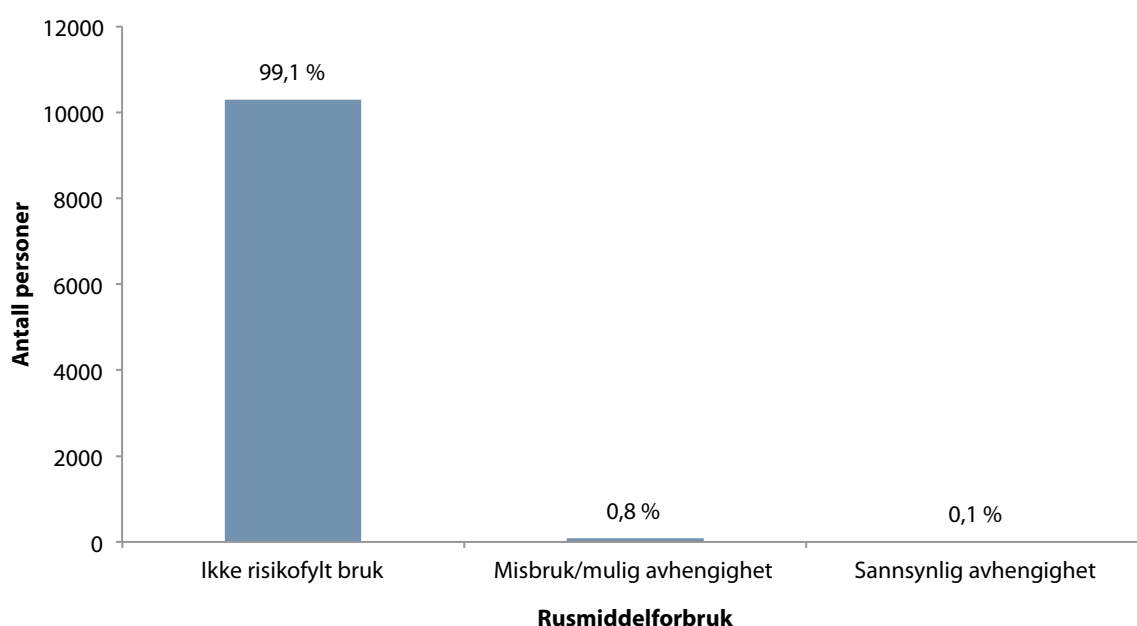
4.1.6.2 Forhold til alkohol og rusmidler i dag

For å anslå sannsynlig forekomst av alkoholavhengighet i dag, har vi tatt utgangspunkt i veteranenes sumskårer på instrumentet Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), se tabell 7.1.3 (vedlegg). Figur 4.1.6.2.1 viser at nesten fire av fem (78,3 %, 7254 personer) skårer i sone I, som vil si at de har et uproblematisk forhold til alkohol. 18,1 prosent (1680 personer) skårer i sone II, som indikerer at de har et forhold til alkohol som tilsier at man kan ha bruk for enkle råd om hvordan man kan redusere drikking. 1,8 prosent (170 personer) skårer i sone III, hvilket betyr at de har et problematisk forhold til alkohol og vil ha godt av rådgivning og oppfølging. Til slutt er det 1,8 prosent (165 personer) som skårer i sone IV. En slik skåre innebærer at man har et sannsynlig alkoholproblem, og at man bør utredes og behandles for alkoholavhengighet.

Oppsummert er det i dag ca. fire prosent av UNIFIL-veteranene som sannsynligvis har et problematisk forhold til alkohol eller bør behandles for alkoholavhengighet.

Figur 4.1.6.2.1. Forbruksmønster for alkohol i dag, basert på AUDIT-sumskåre (n = 9269)²²

For å anslå sannsynlig forekomst av rusmiddelavhengighet i dag, har vi tatt utgangspunkt i veteranenes sumskårer på instrumentet Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT), se tabell 7.1.4 (vedlegg). Figur 4.1.6.2.2 viser at et overveiende flertall (99,1 %, 10 302 personer) har fått en skåre som indikerer at de ikke har et risikofylt forbruk av rusmidler. 0,8 prosent (86 personer) skårer i sonen for misbruk/mulig avhengighet, mens kun 0,1 prosent (8 personer) skårer i sonen for sannsynlig avhengighet. Til sammen er det altså omtrent én prosent av UNIFIL-veteranene som i en eller annen grad er avhengig av rusmidler (utenom alkohol) i dag.

Figur 4.1.6.2.2. Forbruksmønster for rusmidler i dag, basert på DUDIT-sumskåre (n = 10 396)²³

²² AUDIT: Sone I/informasjon = sumskåre 0–7. Sone II/enkle råd = sumskåre 8–15. Sone III/rådgivning og oppfølging = sumskåre 16–19. Sone IV/diagnostisk utredning og behandling = sumskåre 20–40.

²³ DUDIT: Ikke risikofylt bruk = sumskåre 0–5. Misbruk/avhengighet = sumskåre 6–24. Sannsynlig avhengighet = sumskåre 25–44.

Kommentar:

Også i Afghanistan-undersøkelsen ble deltakernes forhold til alkohol i dag kartlagt ved hjelp av AUDIT. Man fant da at 25,3 prosent befant seg i sone II, 1,9 prosent i sone III og 0,6 prosent i sone IV. Sammenliknet med i vår undersøkelse, var det dermed ca. ett prosentpoeng færre veteraner med et problematisk drikkemønster (sone III og IV), men samtidig syv prosentpoeng flere som befant seg i risikosonen (sone II).

Det antas at dette i noen grad skyldes at aldersgjennomsnittet blant Afghanistan-veteranene var 35 år, og at det derfor var en del som praktiserte den såkalte «helgefylla», dvs. høyt alkoholinntak i forbindelse med sosiale sammenkomster. Et slikt drikkemønster kan gi utslag i sone II. At det kun er ett prosentpoeng flere i sone III og IV blant UNIFIL-veteranene, er imidlertid noe overraskende. Det faktum at alkoholkonsumet i Libanon var vesentlig høyere enn i Afghanistan, kombinert med at UNIFIL-veteranene har høyere gjennomsnittsalder, gjør at vi ville forventet en større andel UNIFIL-veteraner med et problematisk forhold til alkohol i dag. Dette er altså ikke tilfellet. Når det gjelder andre rusmidler enn alkohol, ble det funnet tilsvarende lave tall i Afghanistan-undersøkelsen som i vår undersøkelse.

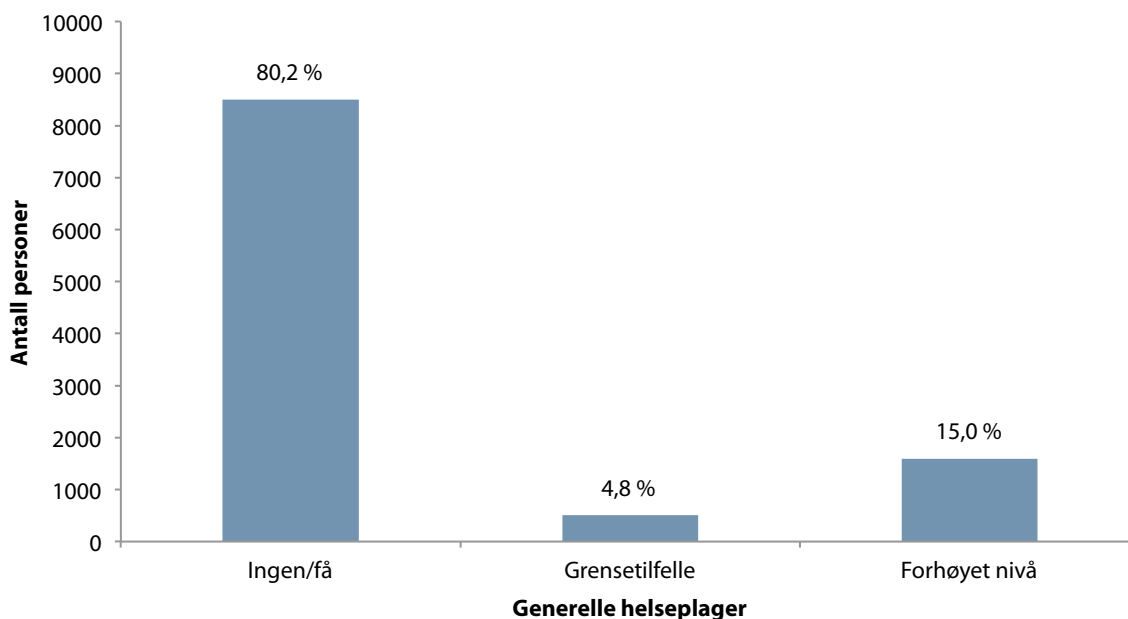
Sammenlikner vi UNIFIL-veteranene med resten av befolkningen, finner vi at de ser ut til å ha lavere forekomst av alkoholavhengighet. Anslagene varierer noe, men undersøkelser viser at opptil 10 prosent av norske menn og kvinner vil få en alkoholmisbruk/-avhengighetsdiagnose i løpet av ett år. Samtidig vet vi at forekomsten er mer enn dobbelt så hyppig blant menn som blant kvinner, og at den øker i takt med alder (Folkehelseinstituttet, 2014). For 53 år gamle menn (som er gjennomsnittet for våre deltakere) er det dermed sannsynlig at den vil være noe høyere enn 10 prosent. At omtrent 4 prosent av UNIFIL-veteranene fremstår med et sannsynlig alkoholproblem i dag, fremstår således som relativt lavt. Det samme gjelder for øvrig rusmiddelavhengighet, der veteranenes forekomst ligger på et tilsvarende lavt nivå som normtallene (Folkehelseinstituttet, 2014).

4.1.7 Generelle helseplager

For å anslå sannsynlig forekomst av generelle helseplager i dag, har vi tatt utgangspunkt i veteranenes sumskårer på instrumentet General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), se tabell 7.1.5 (vedlegg). Generelle helseplager er riktignok ingen konkret diagnose, men gir likevel en indikasjon på veteranenes generelle helsestatus. Figur 4.1.7 viser at fire av fem (80,2 %, 8504 personer) opplever få eller ingen generelle helseplager. 4,8 prosent (508 personer) opplever plager av et slikt omfang at det blir definert som et grensetilfelle, mens 15,0 prosent (1593 personer) har så omfattende plager at det utgjør et forhøyet nivå av generelle helseplager.

Det er altså 15 prosent av UNIFIL-veteranene som fremstår med sannsynlige generelle helseplager i dag.

Figur 4.1.7. Forekomst av generelle helseplager i dag (siste to uker), basert på GHQ-skåre (n = 10 605)²⁴



Kommentar:

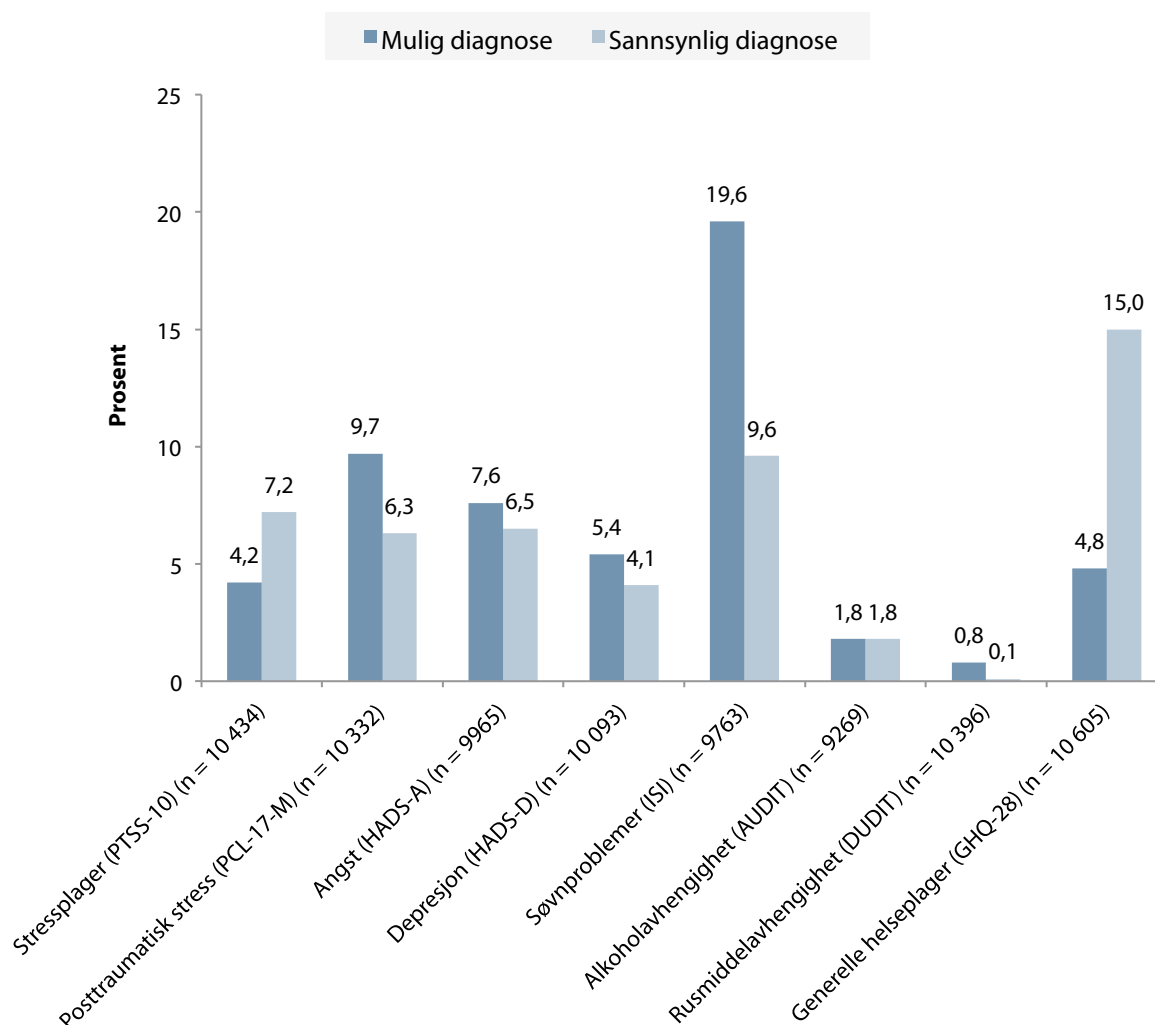
GHQ-28 ble også benyttet i den første UNIFIL-undersøkelsen (FSAN, 1993), hvor man fant at ca. 5 prosent var grensetilfeller og ca. 11 prosent hadde et forhøyet nivå av generelle helseplager. Andelen UNIFIL-veteraner med forhøyet nivå av generelle helseplager har dermed økt med ca. fire prosent siden 1993. I likhet med det som ble nevnt i kommentarfeltet til 4.1.1 Generelle stressplager, kan mulige forklaringer på økningen i helseplager være at dagens veteraner er betydelig eldre, samt at de to utvalgene er ulike med henhold til sammensetning av deltakere.

²⁴ GHQ: Ingen/få helseplager = sumskåre 0–3. Grensetilfelle = sumskåre 4–5. Forhøyet nivå av helseplager = sumskåre 6–28.

4.1.8 Oppsummering av psykiske plager og lidelser

Figur 4.1.8.1 oppsummerer forekomst av psykiske plager og lidelser blant UNIFIL-veteranene i dag. Som vi ser, strekker forekomst av sannsynlige diagnoser seg fra 0,1 til 15,0 prosent. Forekomsten av generelle helseplager²⁵ (15,0 %) er høyest, deretter følger søvnproblemer²⁶ (9,6 %), stressplager (7,2 %), angst (6,5 %), posttraumatisk stress (6,3 %), depresjon (4,1 %), alkoholavhengighet (1,8 %) og rusmiddelavhengighet (0,1 %). Andelen som defineres som grensetilfeller, eller mulige diagnoser, spenner fra 0,8 prosent (rusmiddelavhengighet) til 19,6 prosent (søvnproblemer).

Figur 4.1.8.1. Oversikt over psykiske plager og lidelser blant UNIFIL-veteranene i dag



Ettersom det er en viss grad av overlapp mellom symptomene på de ulike psykiske plagene og lidelsene, vil det være en del veteraner som oppfyller kriterier for flere diagnoser samtidig. I et forsøk på å lage et totalmål for psykisk «uhelse», har vi identifisert alle veteranene som har minst én sannsynlig diagnose. Totalmålet inkluderer følgende måleinstrumenter: PTSS-10 (alvorlige plager), PCL-17-M (sannsynlig diagnose), HADS-A (sannsynlig diagnose), HADS-D (sannsynlig diagnose), ISI (alvorlig problem) og AUDIT (sone III + sone IV).

Vi finner da at i alt én av åtte (12,4 prosent, 1315 personer) UNIFIL-veteraner sannsynligvis har en psykisk plage eller lidelse i dag.

²⁵ Generelle helseplager er ingen konkret diagnose, det er kun en indikasjon på veteranenes generelle helsestatus.

²⁶ Tallet er basert på en sammenslåing av kategoriene *moderat problem* og *alvorlig problem*.

Kommentar:

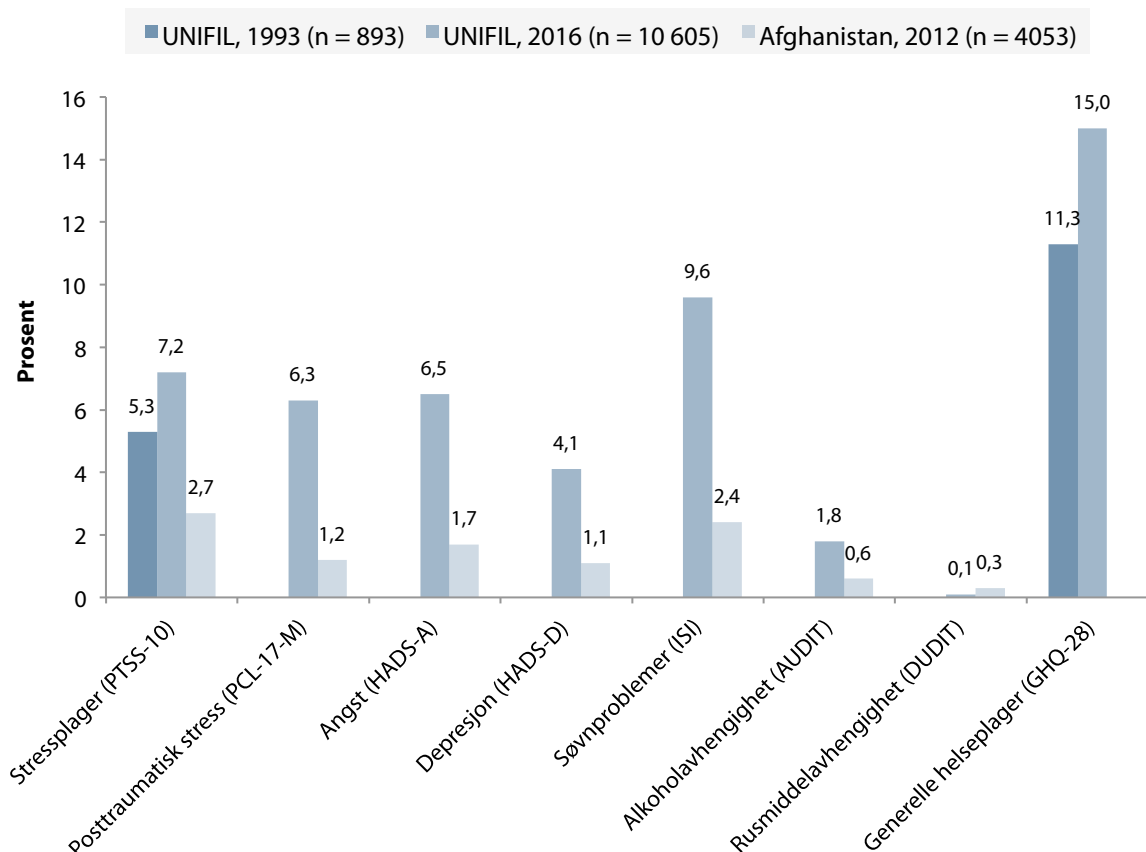
Interessant nok, stemmer dette tallet (12,4 %) godt overens med flere av de mer «indirekte» målene vi har på psykisk uhelse. For eksempel er det 12,6 prosent som opplevde det som ganske eller svært belastende å tjenestegjøre i Libanon, det er 11,6 prosent som mener at de selv har vært psykisk syke etter UNIFIL, det er 13,2 prosent som mener at de fremdeles opplever stressreaksjoner, det er 11,2 prosent som opplever at de har fått psykiske helseplager som følger av tjenesten, og det er 12,8 prosent som har blitt oppfordret til å søke hjelp for psykiske helseplager. Dette tyder på rimelig godt samsvar mellom de standardiserte måleinstrumentene for psykiske helseplager og de mer subjektive målene på psykisk uhelse.

I Afghanistan-undersøkelsen laget man et tilsvarende totalmål for psykisk uhelse, og fant da at i alt 4,4 prosent fremstod med en sannsynlig psykisk plage eller lidelse (FSAN, 2012). Det er altså nesten tre ganger flere UNIFIL-veteraner (12,4 %) som fremstår med indikasjon på psykisk uhelse i dag enn det var blant Afghanistan-veteranene i 2012. I levekårsundersøkelsen blant veteraner fant man imidlertid at i alt én av ti (10 %) hadde indikasjoner på svekket psykisk helse (Statistisk sentralbyrå, 2013). Måleinstrumentet som ble benyttet i undersøkelsen kartla hovedsakelig symptomer på angst og depresjon. I vår undersøkelse har vi som nevnt kartlagt symptomer utover dette. At vi finner en forekomst av sannsynlige psykiske plager og lidelser på ca. 12 prosent, er dermed ikke overraskende.

Mellom 10 og 30 prosent av den voksne norske befolkningen vil i løpet av et år ha plager som oppfyller kriterier for minst én psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2014). Ser vi dette i forhold til resultatene i denne undersøkelsen, som viser at ca. 12 prosent av UNIFIL-veteranene har minst én sannsynlig psykisk plage eller lidelse, fremstår UNIFIL-veteranene med et nivå av psykisk uhelse som befinner seg i nedre del av normalområdet.

Figur 4.1.8.2 oppsummerer forekomst av psykiske plager og lidelser i undersøkelser av norske veteraner. Se delkapitlene for de ulike plagene og lidelsene for utfyllende kommentarer.

Figur 4.1.8.2. Forekomst av psykiske plager og lidelser i undersøkelser av norske veteraner



1 av 8

har sannsynligvis en psykisk plage eller lidelse i dag

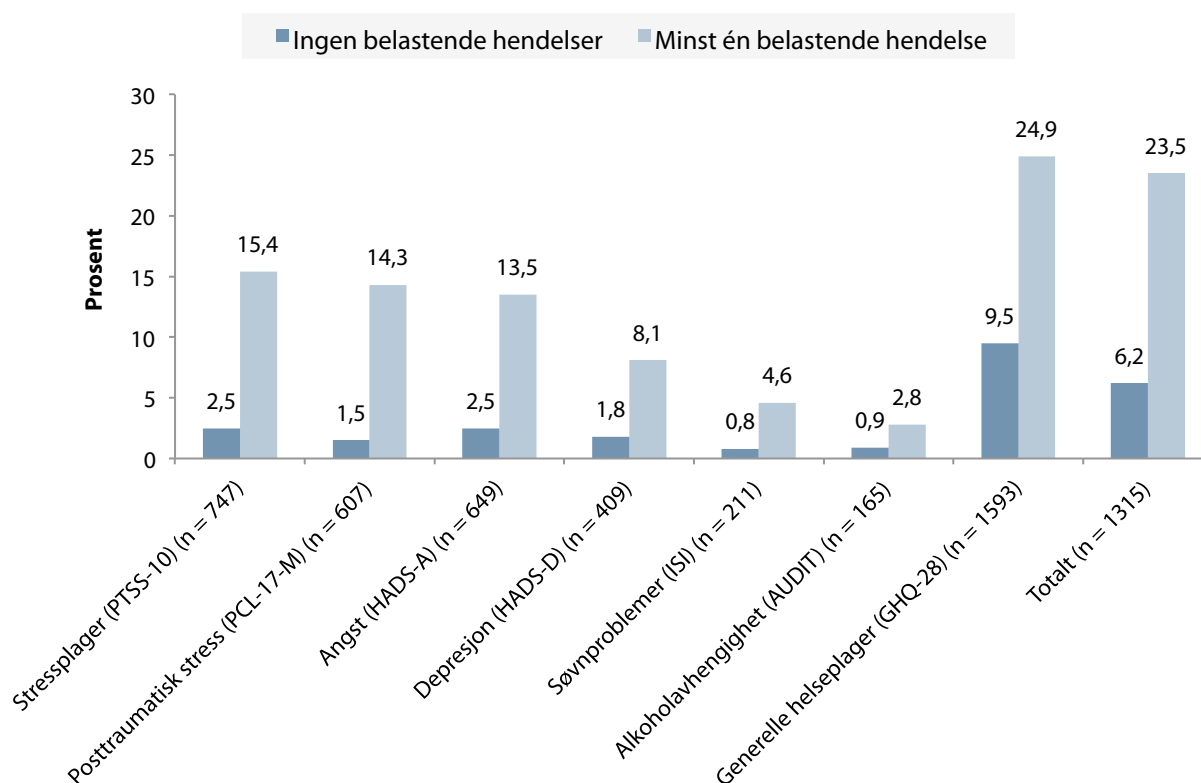


4.1.9 Sammenheng mellom opplevd belastning og psykisk helse

Figur 4.1.9 illustrerer forskjeller i forekomst av psykiske plager og lidelser mellom de som har, og de som ikke har, opplevd minst én alvorlig og belastende hendelse i løpet av tjenesten²⁷. Vi ser at det er en tydelig sammenheng mellom opplevd belastning og forekomst av plager og lidelser. For samtlige plager og lidelser har de som har opplevd minst én alvorlig og belastende hendelse høyere forekomst. Tendensen er sterkest for stressplager og posttraumatisk stress, som kan sies å være de mest belastningsavhengige lidelsene.

Samlet sett er det nesten fire ganger så mange (23,5 % vs. 6,2 %) med psykisk uhelse blant de som har opplevd minst én alvorlig og belastende hendelse i løpet av tjenesten.

Figur 4.1.9. Sammenheng mellom opplevd belastning og psykisk uhelse²⁸



En tilsvarende sammenheng mellom opplevd belastning og psykiske helse ble funnet for repatriering. De som oppgir en negativ (sannsynlig belastende) årsak til repatriering, har tre ganger høyere forekomst av psykiske plager og lidelser enn de som oppgir en positiv (sannsynlig lite belastende) årsak. Alt i alt er det 27,6 prosent med en sannsynlig plage eller lidelse blant de med negativ årsak til repatriering, mens det kun er 9,1 prosent blant de med positiv årsak til repatriering.

Kommentar:

En liknende, men noe svakere, sammenheng mellom opplevelse av belastende hendelser og psykisk uhelse ble dokumentert i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012). Også i levekårsundersøkelsen blant veteraner fant man at de som hadde opplevd å bli skadet, vært i akutt livsfare, sett død eller skade blant kollegaer eller vært vitne til sivil lidelse oftere rapporterte om psykiske vansker og langvarig sykdom (Statistisk sentralbyrå, 2013).

²⁷ Her har vi valgt å ta utgangspunkt i de samme 12 alvorlige hendelsene som vi gjorde i forbindelse med figur 3.2.1. Se kapittel 3.2.1 Eksponering for alvorlige hendelser i Libanon for nærmere beskrivelse av disse hendelsene.

²⁸ For søvnproblemer har vi kun tatt utgangspunkt i de med et alvorlig søvnproblem.

4.2 Livskvalitet, funksjonsnivå og syn på egen helse

4.2.1 Livskvalitet

Tabell 4.2.1.1 og 4.2.1.2 viser at flertallet av veteranene opplever god livskvalitet og gode livsbetingelser, og at de er tilfreds med tilværelsen i dag. Likevel er det en del som skulle ønske at de kunne forandret på noe dersom de fikk muligheten til å leve livet sitt på nytt.

Tabell 4.2.1.1. Opplevd livskvalitet i dag (n = 10 605), prosent

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken eller	Ganske enig	Helt enig	Ikke svart
På mange måter er livet mitt nær idealet mitt	4,9	7,6	27,7	46,5	11,2	2,1
Livsbetingelsene mine er svært gode	2,9	5,1	15,0	50,1	24,9	2,1
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	3,1	6,7	17,8	50,4	19,9	2,2
Hadde jeg kunnet levd på nytt ville jeg nesten ikke forandret på noe	7,6	18,3	21,9	38,3	11,8	2,1

Tabell 4.2.1.2. Tilfredshet med tilværelsen i dag (n = 10 605), prosent

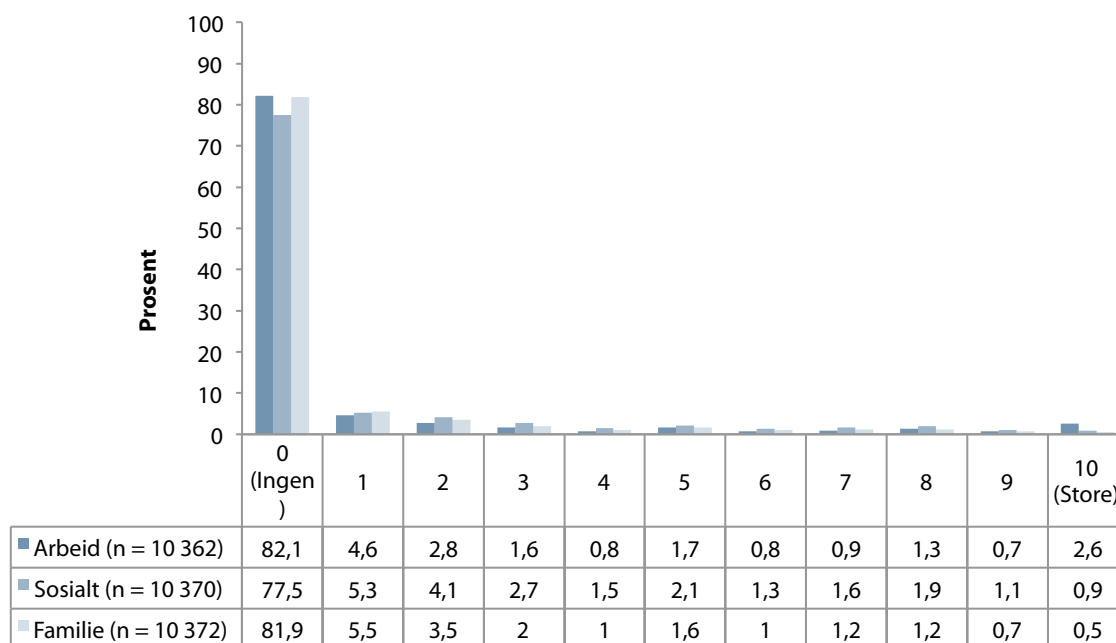
	Svært misfornøyd	Meget misfornøyd	Nokså misfornøyd	Både og	Nokså fornøyd	Meget fornøyd	Svært fornøyd	Ikke svart
Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd eller misfornøyd med tilværelsen?	2,4	3,4	4,4	10,0	25,8	38,5	13,4	2,0

Kommentar:

I levekårsundersøkelsen blant veteraner ble deltakerne spurt hvor fornøyd de var, på en skala fra 1–10, med livet i alminnelighet. Veteranenes gjennomsnittssvar var 8. Det samme gjennomsnittsvaret fant man da man stilte tilsvarende spørsmål til den øvrige norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2013). Selv om dette ikke er direkte sammenliknbart med spørsmålene vi har stilt i denne undersøkelsen, ser vi at andelen som er tilfreds med tilværelsen blant UNIFIL-veteranene tilsvarer ca. åtte av ti. Dette kan tolkes som at UNIFIL-veteranene er omtrent like fornøyd med livet som andre veteraner og som resten av befolkningen.

4.2.2 Funksjonsnivå

For å anslå veteranenes funksjonsnivå har vi tatt utgangspunkt i skårene deres på instrumentet Sheehan Disability Scale (SDS). Figur 4.2.2 (neste side) viser at mer enn fire av fem rapporterer ingen (skåre = 0) eller svært få (skåre = 1) begrensninger på de tre områdene arbeidsevne (86,7 %, 8986 personer), sosialt liv (82,8 %, 8587 personer) og familieliv (87,4 %, 9060 personer). De har dermed et funksjonsnivå som defineres som innenfor normalområdet, uten vesentlige begrensninger. Oppsummert betyr dette at majoriteten av UNIFIL-veteranene mener de har et svært godt funksjonsnivå i dag, gjennomsnittlig 27 år etter tjenesten i Libanon.

Figur 4.2.2. Begrensninger på ulike funksjonsområder, basert på SDS-skåre²⁹

4.2.3 Syn på egen helse

For å få frem veteranenes syn på sin egen helse, har vi blant annet tatt utgangspunkt i skårene deres på instrumentet RAND 36-item Short Form Health Survey (RAND-SF-36). Tabell 4.2.3 gir en oversikt over veteranenes syn på egen helse på de åtte domenene fysisk funksjonsevne, sosial funksjonsevne, rollebegrensninger pga. emosjonelle problemer, rollebegrensninger pga. fysiske problemer, mental helse (emosjonell velvære), kroppslig smerte, generell helse og energi og vitalitet. For hvert domene var det mulig å oppnå en skåre mellom 0 og 100, der 0 tilsvarer omfattende plager og 100 tilsvarer ingen plager.

Første kolonne i tabellen viser UNIFIL-veteranenes gjennomsnittsskårer for de ulike domenene. Sammenlikner vi med normalskårene fra den norske befolkningen i andre kolonne, ser vi at veteranene stort sett vurderer sin egen helse på samme nivå som, eller litt bedre enn, den øvrige norske befolkningen. Unntaket er domenet generell helse, der det kan se ut til at veteranene opplever noen flere begrensninger enn folk flest.

Tabell 4.2.3. Syn på egen helse, basert på RAND SF-36-skåre, sortert fra best til dårligst funksjon, prosent

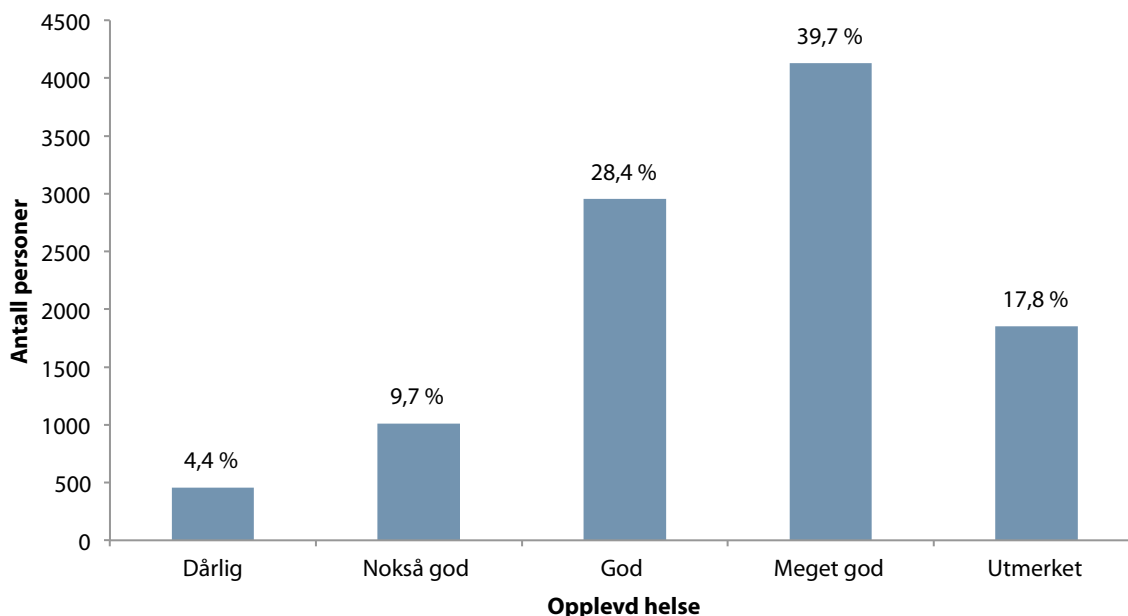
	UNIFIL-skårer	Normal-skårer ³⁰
Fysisk funksjonsevne	92,1	91,5
Sosial funksjonsevne	88,4	86,3
Emosjonell rollebegrensning	87,6	84,3
Fysisk rollebegrensning	83,4	84,3
Mental helse (emosjonell velvære)	80,8	78,4
Kroppslig smerte	79,4	77,5
Generell helse	76,2	79,9
Energi og vitalitet	63,3	59,6

²⁹ SDS: ingen begrensninger = skåre 0, meget alvorlige begrensninger = skåre 10.

³⁰ Normtallene er basert på et tilfeldig utvalg norske kvinner og menn i alderen 19–80 år (Loge & Kaasa, 1998).

På spørsmål om hvordan man vil vurdere sin egen helse i dag, svarer nesten ni av ti at de stort sett opplever å ha god (28,4 %, 2954 personer), meget god (39,7 %, 4127 personer) eller utmerket (17,8 %, 1854 personer) helse, se figur 4.2.3.1.

Figur 4.2.3.1. Vurdering av egen helse i dag (n = 10 403)

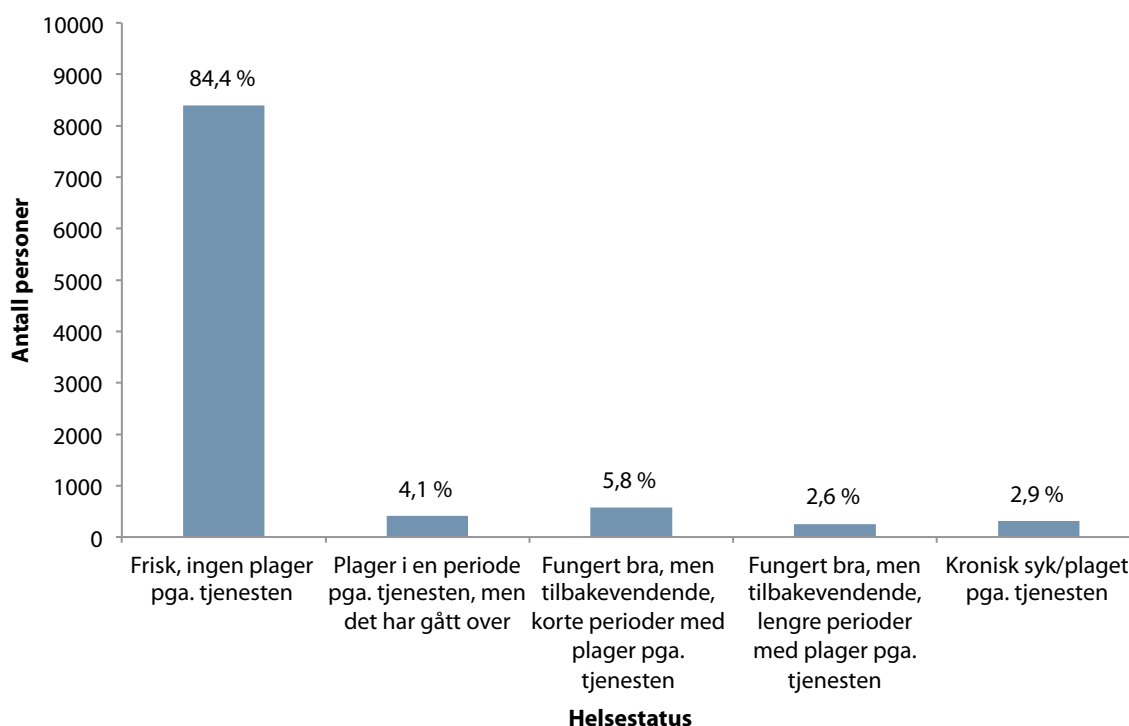


Kommentar:

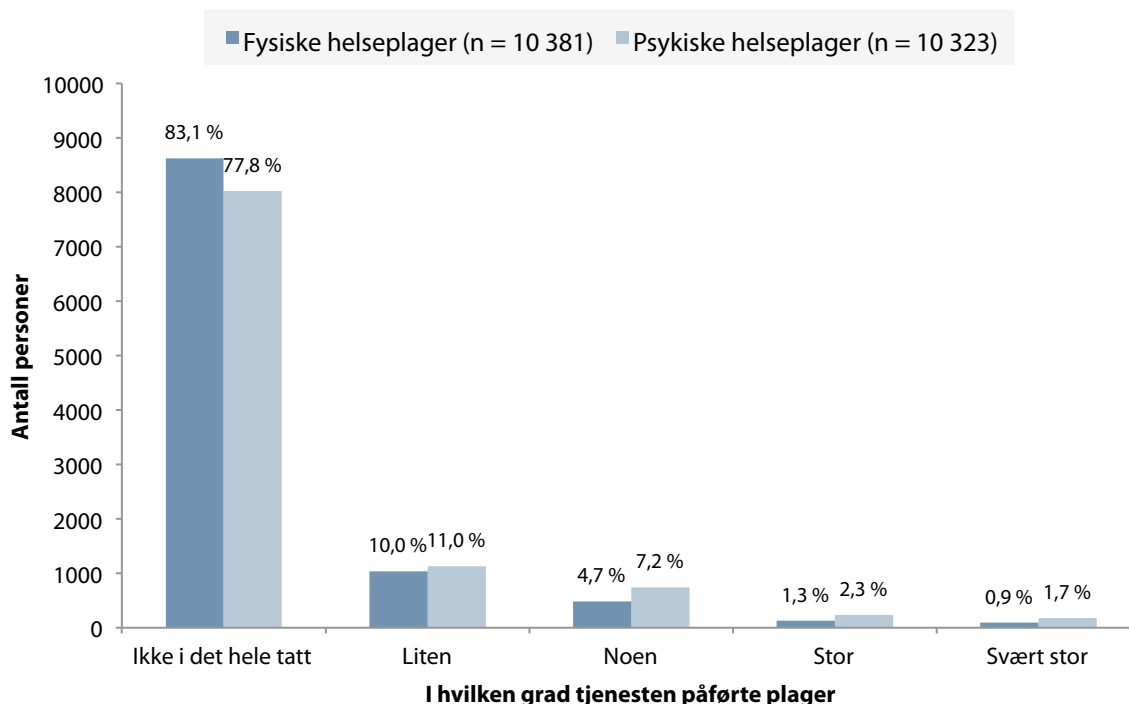
I levekårsundersøkelsen blant veteraner ble deltakerne på liknende måte bedt om å vurdere sin egen helse. Resultatene viste at åtte av ti (81 %) veteraner vurderte sin helse som god eller meget god (Statistisk sentralbyrå, 2013). Dette samsvarer godt med våre funn, som viser at nesten ni av ti (ca. 86 %) mener de har god, meget god eller utmerket helse i dag. Sammenlikner vi med norske menn i alderen 45–66 år fra den øvrige befolkningen, ser vi at om lag syv av ti (72 prosent) opplever sin helse som god eller meget god (Statistisk sentralbyrå, 2012). UNIFIL-veteranene vurderer altså sin egen helse som minst like god som det resten av befolkningen gjør.

På spørsmål om hvordan man har hatt det siden man tjenestegjorde i Libanon, svarer mer enn fire av fem (84,4 %, 8396 personer) at de har følt seg friske og uten stressplager eller psykiske problemer relatert til tjenesten. 4,1 prosent (406 personer) mener de har vært syke eller hatt plager relatert til tjenesten i en periode, men at de i dag er friske. 5,8 prosent (573 personer) og 2,6 prosent (255 personer) oppgir at de har fungert bra, men at de har hatt henholdsvis tilbakevendende, korte perioder og tilbakevendende, lengre perioder med stressplager relatert til tjenesten. Kun 2,9 prosent (312 personer) mener de har blitt kronisk syke eller plaget som følger av tjenesten, se figur 4.2.3.2.

Alt i alt er det dermed 15,4 prosent av UNIFIL-veteranene som mener de har utviklet en eller annen form for plage eller sykdom på grunn av tjenesten i Libanon.

Figur 4.2.3.2. *Selvopplevd helsestatus siden siste tjenesteperiode i Libanon (n = 9942)*

Videre ble det spurt spesifikt om veteranene opplever at de har fått fysiske eller psykiske helseplager som følger av tjenesten i Libanon. 6,9 prosent opplever at de har fått fysiske helseplager i noen (4,7 %, 489 personer), stor (1,3 %, 133 personer) eller svært stor (0,9 %, 92 personer) grad. Når det gjelder psykiske helseplager, så er det 11,2 prosent som mener de i noen (7,2 %, 747 personer), stor (2,3 %, 236 personer) eller svært stor (1,7 %, 177 personer) grad har fått dette som følger av tjenesten, se figur 4.2.3.3.

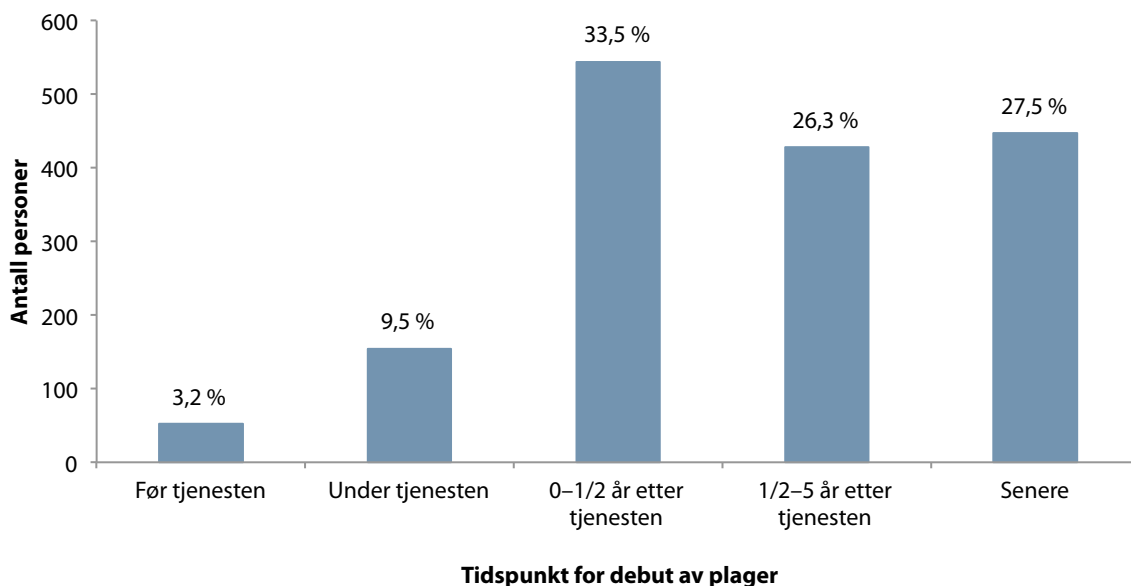
Figur 4.2.3.3. *Fysiske og psykiske helseplager som følger av tjenesten*

Kommentar:

I Afghanistan-undersøkelsen var det i alt ca. 7 prosent som mente at tjenesten hadde påført dem psykiske plager i noen, stor eller svært stor grad (FSAN, 2012). Andelen var dermed litt mindre enn blant UNIFIL-veteranene i denne undersøkelsen (11,2 %). I levekårsundersøkelsen blant veteraner var det derimot litt flere, 13 prosent, som vurderte at deres psykiske helse ble svekket som følger av at de hadde vært på internasjonalt oppdrag (Statistisk sentralbyrå, 2013). På tvers av ulike norske veteranundersøkelser ser det altså ut til at pluss/minus 10 prosent opplever at tjenesten har påført dem psykiske plager i en eller annen grad.

De veteranene som opplever at de har fått psykiske helseplager som følger av tjenesten, ble i tillegg bedt om å svare på når de først la merke til plagene. Blant disse, mener 3,2 prosent (52 personer) at de hadde plager allerede før de dro til Libanon, mens 9,5 prosent (154 personer) oppgir at plagene debuterte i løpet av tjenesten. Omtrent én tredel (33,5 %, 544 personer) mener de debuterte med plager i løpet av de første seks månedene etter hjemkomst, mens 26,3 prosent (428 personer) husker å ha oppdaget plagene et halvt til fem år etter de hadde kommet hjem fra Libanon. Til slutt er det 27,5 prosent (447 personer) som sier de først la merke til de psykiske helseplagene sine senere enn fem år etter at tjenesten var avsluttet, se figur 4.2.3.4.

Figur 4.2.3.4. Tidspunkt for debut av psykiske helseplager (n = 1625)

**Kommentar:**

Figuren over viser at «0–1/2 år etter tjenesten» er det tidsintervallet hvor flest veteraner la merke til tjeneste-relaterte psykiske helseplager. Dette er i tråd med den tradisjonelle forståelsen av belastningslidelser, der det er forventet at plagene kommer til syne innen seks måneder etter at belastningen har funnet sted. Et eksempel på dette finner vi i retningslinjene for posttraumatisk stresslidelse i en av de mest brukte diagnosemanualene for psykiske lidelser, der man kan lese følgende: «Lidelsen skal vanligvis ikke diagnostiseres hvis det ikke er beviser for at den oppstod innen 6 måneder etter en uvanlig traumatisk hendelse.» (WHO, 1992, s. 146).

Vi ser imidlertid at en vesentlig andel UNIFIL-veteraner opplever at plagene deres debuterte senere enn seks måneder etter hjemkomst fra Libanon. Faktisk er det en del som opplever at plagene først kom til syne mange år etter tjenesten, til tross for at de mener plagene kan knyttes direkte til tjenesten. Dette kan muligens forklares med den såkalte senskadehypotesen, som går ut på at psykiske belastningsskader kan ligge «latent» en stund før de omsider kommer til overflaten. I fagfeltet har det lenge vært debattert hvorvidt et slikt sykdomsforløp er sannsynlig eller mulig. Motstanderne av hypotesen vil hevde at det er lite realistisk at plager kan ligge fullstendig skjult over

lang tid uten å påvirke den det gjelder på noen som helst måte. Er man psykisk skadet som følger av en belastning, er det altså usannsynlig at man ikke har merket noe til disse skadene, på en eller annen måte, i løpet av den første tiden etter at belastningen har funnet sted. Andre vil derimot hevde at man kan fungere relativt greit den første tiden etter en belastning, kanskje bare med en uvesentlig grad av plager, men at det så skjer et eller annet som gjør en mer sårbar og medfører at plagene kommer sterkere til uttrykk.

Uavhengig av hvilken forklaring for sykdomsforløp som er den mest «riktige», kommer vi ikke utenom det faktum at en vesentlig andel av UNIFIL-veteranene opplever at deres tjenesterelaterte psykiske plager debuterte lenge etter tjenesten. Selv om det tok lang tid før plagene kom til syne, har de like fullt en opplevelse av at plagene skyldes tjenesten i Libanon. Hvorvidt disse plagene med rette kan knyttes til belastninger under tjenesten, vet vi ikke. Samtidig vet vi at jo lenger tid det har gått siden en belastning fant sted, jo vanskeligere er det å påvise en årsakssammenheng mellom belastningen og senere debut av psykiske plager.

Til slutt er det også litt interessant at en liten andel veteraner la merke til sine psykiske plager, som de fikk på grunn av tjenesten, allerede før tjenesten hadde begynt. Her kan det tenkes at de har misforstått spørsmålet og for eksempel tatt utgangspunkt i allerede eksisterende plager som ble forverret i løpet av tjenesten.

Nesten

9 av 10

**mener de stort sett har god,
meget god eller utmerket helse i dag**

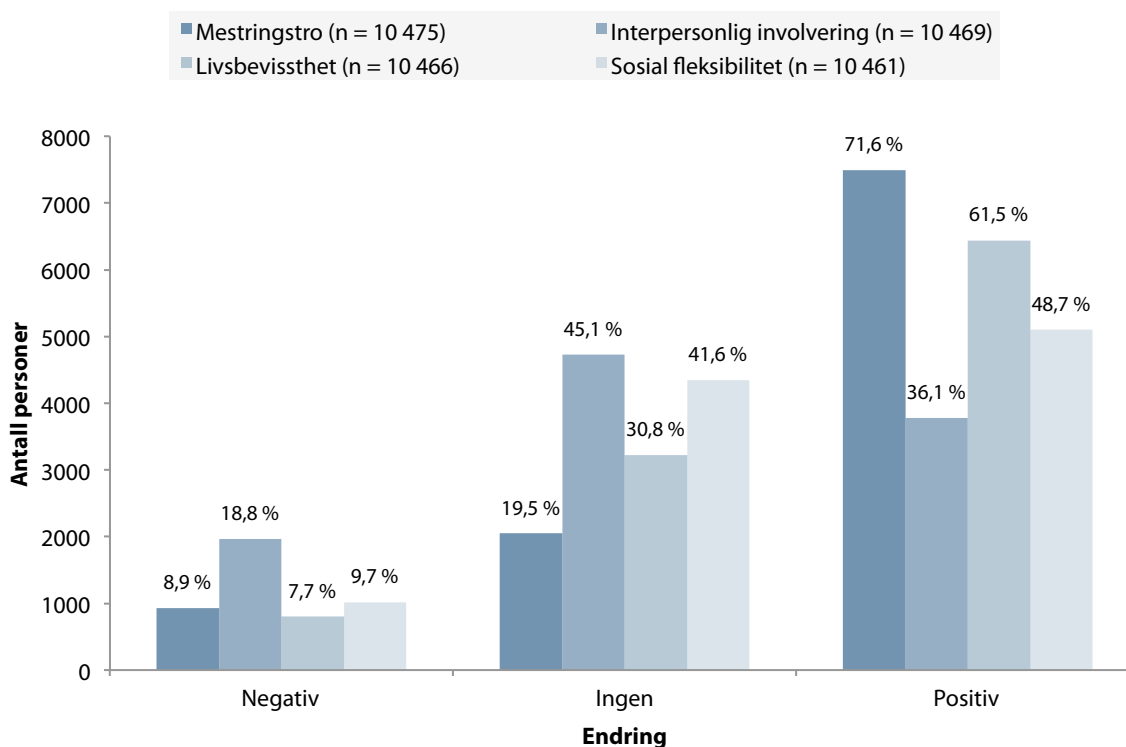


4.3 Psykologisk endring

Krig, katastrofer og andre ekstreme hendelser er opplevelser som for mange av oss kan sette i gang endringer på det personlige, eller psykologiske, plan. Disse endringene kan være negative, og medføre at vi fungerer dårligere enn før, eller de kan være positive, og resultere i at vi «vokser» som følger av erfaringene vi har gjort oss. For å kartlegge dette nærmere har vi stilt UNIFIL-veteranene en rekke spørsmål om eventuelle psykologiske endringer etter tjenesten i Libanon.

Figur 4.3 viser veteranenes gjennomsnittlige psykologiske endring etter tjenestegjøring, innenfor de fire områdene mestringstro, interpersonlig involvering, livsbevissthet og sosial fleksibilitet. Vi ser at for områdene mestringstro, livsbevissthet og sosial fleksibilitet, så opplever en stor andel endring i positiv retning. Henholdsvis 71,6 prosent (7495 personer), 61,5 prosent (6440 personer) og 48,7 prosent (5098 personer) opplever at de har fått økt tro på egen mestringsevne, har blitt mer bevisst på egen livsførsel og har blitt mer fleksibel i sosiale sammenhenger. På området interpersonlig involvering, som representerer evnen til å involvere seg i andre menneskers liv, er det derimot mange som opplever ingen endring (45,1 %, 4725 personer). Likevel er det også her en vesentlig andel som opplever positiv endring (36,1 %, 3776 personer). Det er samtidig verdt å merke seg at nesten én av fem (18,8 %, 1968 personer) opplever at de har blitt dårligere til å involvere seg i andre menneskers liv etter å ha tjenestegjort i Libanon.

Figur 4.3. Psykologisk endring etter tjenestegjøring i Libanon



Kommentar:

Psykologiske endringer etter tjenestegjøring ble også målt i Afghanistan-undersøkelsen. På samme måte som i vår undersøkelse, fant man at mange opplevde positive endringer på områder som omhandlet tro på egen mestring og bevissthet omkring egen livsførsel. Interessant nok, fant man også her at interpersonlig involvering var det området der flest opplevde negativ endring (FSAN, 2012). Oppsummert ser det altså ut til at mange veteraner opplever at deltakelse i internasjonale militære operasjoner medfører positive endringer, først og fremst i form av styrket selvtillit og økt evne til å mestre nye utfordringer. Samtidig er det en liten andel som opplever at det faktisk blir vanskeligere å involvere seg i og stole på andre mennesker etter tjenesten.

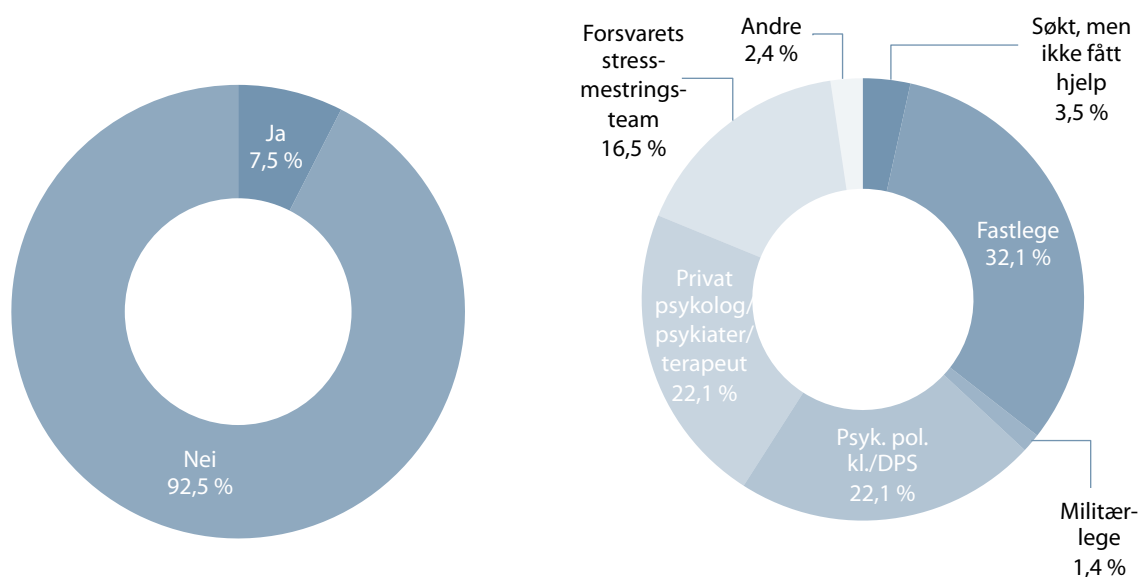
4.4 Oppfølging og kontakt med helseapparatet

Veteranene ble spurt om hvor mange personer som stod så nær at man kunne ha regnet med dem hvis man skulle ha fått store personlige problemer etter hjemkomst. De fleste svarer at de hadde tre til fem nærstående (41,4 %, 4293 personer) eller flere enn seks nærstående (22,6 %, 2343 personer). 18,0 prosent (1863 personer), 9,0 prosent (937 personer) og 8,9 prosent (923 personer) svarer at de hadde henholdsvis to, én og ingen nærstående å støtte seg på.

På spørsmål om det er noen i ens nære krets som har hentydet eller oppfordret til at man burde søke hjelp for psykiske helseplager, er det 12,8 prosent (1302 personer) som svarer ja på dette. Likevel er det kun 7,5 % (800 personer) som oppgir at de faktisk har søkt helsehjelp for slike plager, se figur 4.4.1.

For de som svarer at de har søkt helsehjelp for sine psykiske plager, er fastlegen (32,1 %, 232 personer), privatpraktiserende psykolog/psykiater/terapeut (22,1 %, 160 personer) og psykiatrisk poliklinikk/DPS (22,1 %, 160 personer) de vanligste hjelpeinstansene. Kun 3,5 prosent (25 personer) av disse rapporterer å ha søkt hjelp uten å ha mottatt dette, se figur 4.4.2.

Figur 4.4.1. Andel som har søkt helsehjelp (n = 10 605) **Figur 4.4.2.** Hjelpeinstanser (n = 723)



Blant de som har mottatt behandling, har de mest brukte behandlingsformene vært psykoterapi/samtalebehandling (51,5 %, 704 personer) og medisiner/medikamentell behandling (38,5 %, 526 personer). Innleggelse i psykisk helsevern (10,0 %, 136 personer) har vært mindre vanlig.

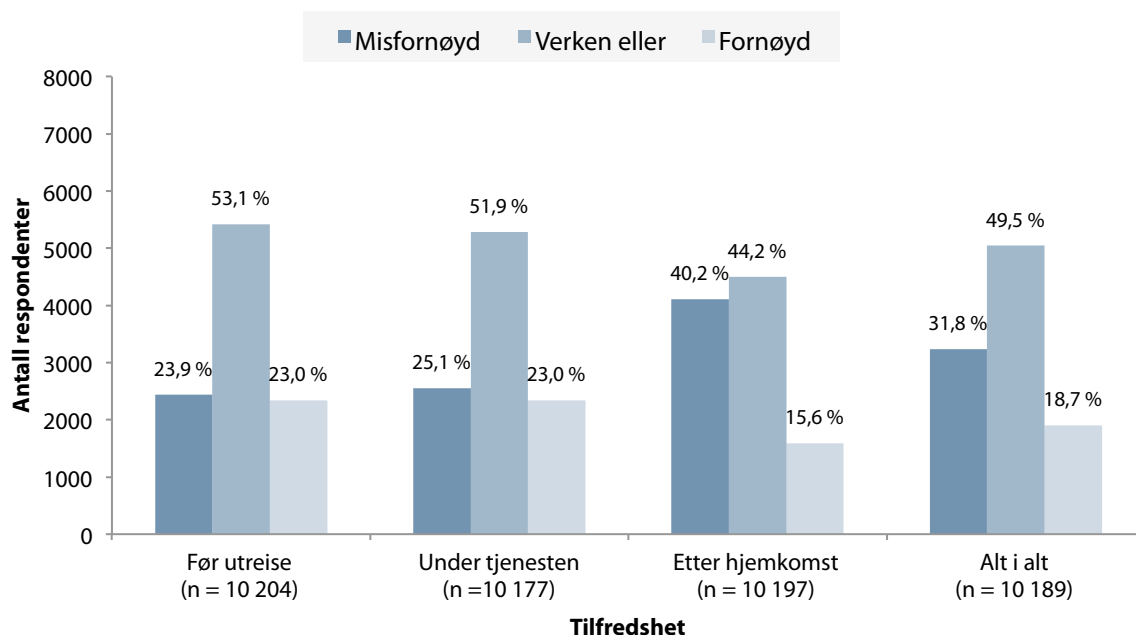
Flertallet av de som har hatt kontakt med behandlingsapparatet, opplever at det har hjulpet for deres psykiske helseplager, enten i noen grad (41,2 %, 418 personer), i stor grad (20,6 %, 209 personer), eller slik at de har blitt kvitt plagene fullstendig (8,9 %, 90 personer). 29,4 prosent (298 personer) opplever ingen positiv effekt av kontakten med behandlingsapparatet. Da de samme personene ble spurt om hvilken hjelpeinstans de i ettertid ville ha foretrukket å få hjelp av, svarer de fleste Forsvarets stressmestringsteam/Kontor for psykiatri og stressmestring (34,6 %, 330 personer), fastlegen (22,2 %, 212 personer) eller privatpraktiserende psykolog/psykiater/terapeut (17,8 %, 170 personer).

Blant de som oppgir å ha psykiske helseplager, men likevel ikke har valgt å oppsøke hjelp (9,9 %, 1052 personer), er de vanligste grunnene til dette at ens problemer er av en slik karakter at man ikke har sett det nødvendig å søke helsehjelp, eller at man har ønsket å håndtere problemene selv.

Omtrent én av ti (9,2 %, 980 personer) svarer at de har søkt om kompensasjon eller erstatning for psykiske belastningsskader etter tjenesten i Libanon, men kun 1,2 prosent (126 personer) oppgir å ha fått innvilget slik erstatning. Dette vil si at 12,9 prosent av de som har søkt erstatning har fått innvilget dette.

Alt i alt svarer nesten halvparten av veteranene (49,5 %, 5045 personer) at de verken er fornøyd eller misfornøyd med Forsvarets oppfølging og arbeid for å avhjelpe psykiske stressvansker. Nesten en tredel (31,8 %, 3237 personer) er direkte misfornøyd med oppfølgingen, mens mindre enn én av fem (18,7 %, 1907 personer) er fornøyd. Den negative tendensen er sterkest etter hjemkomst, der hele 40,2 prosent (4104 personer) har svart at de er misfornøyd med Forsvarets oppfølging. Se figur 4.4.3 for utfyllende informasjon.

Figur 4.4.3. Tilfredshet med Forsvarets oppfølging



Tabell 4.4.4 viser at veteranene samlet sett har flest positive holdninger til å oppsøke helsehjelp i fremtiden, men at det likevel er nesten én tredel (31,8 %, 3367 personer) som er enig i påstanden om at de ønsker å håndtere vanskene sine selv.

Tabell 4.4.4. Holdninger til fremtidig helsehjelp (n = 10 605), prosent³¹

	Uenig	Verken eller	Enig	Ikke svart
Jeg ønsker å håndtere mine vansker selv	44,8	20,1	31,8	3,3
Mine sjefer ville behandlet meg annerledes	63,1	18,9	13,9	4,1
Jeg vet ikke hvor jeg skulle ha søkt hjelp	71,4	12,0	13,0	3,6
Jeg ville ha blitt sett på som svak	65,3	18,5	12,3	3,9
Kolleger ville få svekket tillit til meg	69,5	15,6	11,2	3,7
Det ville vært for flaut	73,3	12,6	10,4	3,7
Jeg tror ikke en slik behandling ville ha hjulpet meg	61,1	25,2	10,1	3,6
Det ville kunne ødelegge karrieren min	73,4	13,1	9,9	3,6
Jeg stoler ikke på helsevesenet	71,0	15,9	9,8	3,3

³¹ For å forenkle fremstillingen er kategoriene *helt uenig* og *ganske uenig* slått sammen til *uenig*. Det samme gjelder for *ganske enig* og *helt enig*, som er slått sammen til *enig*.

Kommentar:

Sammenlikner vi resultatene i kapitlet om oppfølging og kontakt med helsevesenet med det som ble funnet i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012), finner vi følgende: Flertallet av veteranene i begge undersøkelsene rapporterer om tre til fem nærstående støttepersoner. I begge undersøkelsene har de fleste av de som har oppsøkt hjelp for psykiske plager fått dette hos fastlegen eller hos privatpraktiserende psykolog/psykiater/terapeut. Blant Afghanistan-veteranene som oppsøkte hjelp, var det i tillegg en betydelig andel som hadde fått hjelp hos Forsvarets stressmestringsteam eller hos militærlege. Dette ser vi i mindre grad blant UNIFIL-veteranene, som hovedsakelig har fått hjelp av det sivile helsevesenet.

På spørsmål om hvilken hjelpeinstans man helst ville fått hjelp av i fremtiden, er Forsvarets stressmestringsteam det foretrukne valget i begge undersøkelsene. Et mer tilgjengelig militært helsevesen står altså høyt på ønskelisten, både blant de som allerede har benyttet seg av et slikt tilbud og blant de som i større grad har måtte støtte seg på det sivile tilbudet. Når det gjelder de som ikke har oppsøkt hjelp til tross for plager, synes både UNIFIL-veteraner og Afghanistan-veteraner å være samstemte i at de ikke har sett det nødvendig eller hatt behov for å søke helsehjelp, eller at de har ønsket å håndtere problemene sine selv.

Blant Afghanistan-veteranene fant man at det alt i alt var flere som var fornøyd enn misfornøyd med Forsvarets oppfølging. Som nevnt, har vi i denne undersøkelsen funnet den motsatte tendensen, nemlig at det samlet sett er flere UNIFIL-veteraner som er misfornøyd enn fornøyd med Forsvarets oppfølging. Også i leveårsundersøkelsen blant veteraner fant man at veteraner fra Libanon var mindre fornøyd med oppfølgingen de hadde fått, samt at de i større grad enn andre veteraner rapporterte om manglende oppfølging (Statistisk sentralbyrå, 2013). Det er en kjent sak at Forsvarets psykososiale oppfølgingstilbud ikke alltid har vært på samme nivå som i dag. Resultatene våre tyder på at en del UNIFIL-veteraner dessverre har måttet lide som følger av dette, og at de i dag sitter igjen med et lite fordelaktig inntrykk av Forsvarets evne til å ivareta sine egne soldater. Dette er synd, ettersom undersøkelser har vist at et oppfølgingstilbud fra Forsvaret, spesielt dersom veteranene er tilfredse med tilbudet, reduserer risiko for psykiske vansker og langvarig sykdom (Statistisk sentralbyrå, 2013).

5. Diskusjon

5.1 Oppsummering av hovedfunn

Hovedformålet med denne undersøkelsen har vært å kartlegge psykisk helse blant norsk personell som tjenestegjorde i United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL) i perioden 1978 til 1998. Hele 10 605 veteraner har besvart undersøkelsen, hvilket utgjør mer enn halvparten (51,3 %) av de 20 678 som ble invitert til å delta. Veteranene er undersøkt gjennomsnittlig 27 år etter endt tjeneste, ved bruk av spørreskjema-metode.

Vi har funnet at i alt én av åtte (12,4 %) veteraner har minst én sannsynlig psykisk plage eller lidelse i dag. Ser vi nærmere på de enkelte plagene og lidelsene, finner vi følgende: 11,4 prosent har symptomer på generelle stressplager (4,2 % moderate og 7,2 % alvorlige), mens 6,3 prosent har en sannsynlig posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Videre er det 6,5 prosent som har en sannsynlig angstlidelse, 4,1 prosent som har en sannsynlig depresjonslidelse og ca. 7,5 prosent som rapporterer om selvmordstanker ila. de siste to ukene. I alt 9,6 prosent har søvnproblemer i enten moderat (7,4 %) eller alvorlig (2,2 %) grad. 3,6 prosent har et problematisk (1,8 %) eller avhengig (1,8 %) forhold til alkohol, mens 0,9 prosent kvalifiserer for misbruk (0,8 %) eller sannsynlig avhengighet (0,1 %) av andre rusmidler. Til slutt er det 15 prosent som har et forhøyet nivå generelle helseplager. Det er riktignok noe overlapp mellom de ulike plagene og lidelsene, hvilket betyr at det er en del veteraner som oppfyller kriterier for flere plager eller lidelser samtidig.

Vi har også undersøkt veteranenes opplevelse av tjenesteforhold og belastninger i Libanon. Her har vi blant annet funnet at fire av fem veteraner opplevde opplæring og forberedelser før tjenesten som tilstrekkelig, og at ni av ti mener de hadde tilfredsstillende muligheter for hvile og rekreasjon under tjenesten. Samtidig oppgir omtrent halvparten at de opplevde arbeidsbelastningen som for høy. Videre rapporterer de fleste om tilfredshet med psykososiale forhold og ledelse i Libanon, men det er likevel om lag en femtedel som mener de ikke hadde en støttende sjef eller noen de kunne være fortrolig med blant sine medsoldater. Majoriteten av veteranene rapporterer at de hadde et godt og støttende forhold til familien hjemme under utenlandsoppholdet.

Ni av ti veteraner har en opplevelse av at sikkerheten ble godt ivaretatt og at de kunne føle seg trygge på sine lagkamerater i løpet av tjenesten, samtidig som om lag en tredel var urolig for å havne i situasjoner de ikke skulle mestre. Selv om mange rapporterer å ha opplevd én eller flere alvorlige hendelser ila. tjenesten, er det under én prosent som har vært utsatt for de absolutt mest belastende hendelsene, som for eksempel å oppleve seksuelt overgrep/voldtekt, å bli eksponert for selvmordsbombere, eller å gjøre feilvurderinger som førte til at medsoldater eller andre ble drept. Likevel mener nesten én av fire å ha opplevd en situasjon eller et øyeblikk der de trodde de skulle dø, og nærmere halvparten sier de har vært utsatt for beskytning fra fienden. Disse to hendelsene var dessuten de alvorlige hendelsene som flest veteraner opplevde belastende i løpet av tjenesten. Én av åtte veteraner oppgir at det totalt sett var ganske eller svært belastende å tjenestegjøre i Libanon, mens flertallet opplevde tjenestegjøringen som noe belastende (4 av 8) eller ikke belastende i det hele tatt (3 av 8). Hoveddelen av veteranene forbinder altså tjenestegjøringen med liten grad av belastning.

I tillegg har vi funnet en tydelig sammenheng mellom psykisk uhelse og eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten. Veteraner som har opplevd minst én alvorlig og belastende hendelse i løpet av tjenesten, har nesten fire ganger så høy forekomst av psykiske plager og lidelser som de som ikke har opplevd noen slike hendelser. Vi har også funnet at det er store forskjeller mellom de ulike kontingentene med tanke på hvor stor andel som har vært utsatt for alvorlige, belastende hendelser. Det er spesielt de tre første kontingentene, samt kontingenten som tjenestegjorde under invasjonen i 1982, der flest veteraner rapporterer om slike hendelser. Til sammenlikning er det en relativt liten andel som rapporterer om slike hendelser i de siste kontingentene. Disse observasjonene understøttes dessuten av uavhengige, historiske beretninger om Norges engasjement i UNIFIL (f.eks. Strømmen & Leraand, 2005). At det er såpass store forskjeller mellom de ulike kontingentene, medfører at vi må være noe forsiktig med å beskrive UNIFIL-tjenesten som en ensartet opplevelse.

Etter UNIFIL-tjenesten reiste de fleste veteranene hjem til sivil jobb, og kun en liten andel på 15 prosent fortsatte i Forsvaret. Ni av ti sier seg enig i at de i ettertid er stolt av tjenestegjøringen og av sin personlige innsats, og at de opplevde tjenesten som meningsfylt. En del savner likevel bedre anerkjennelse av innsatsen sin, først og fremst fra regjeringen/det politiske etablissementet og fra media/i samfunnsdebatten. Når det gjelder endringer på det personlige eller psykologiske plan, er det tydelig at flertallet opplever at UNIFIL-tjenesten har medført positive endringer i form av styrket selvtillit og økt evne til å mestre utfordringer og stress. Samtidig er det nesten én av fem veteraner som opplever at de har blitt dårligere til å involvere seg i andre menneskers liv etter tjenesten. Det er således et sammensatt bilde av hvordan veteranene opplever å ha blitt påvirket av tjenesten, men de fleste beskriver altså at de har kommet styrket, heller enn svekket, ut av UNIFIL-tjenesten.

Et stort flertall av veteranene rapporterer i dag om tilfredsstillende livskvalitet og gode livsbetingelser, og vurderer at de har et godt funksjonsnivå på de fleste områder. Nesten ni av ti mener de stort sett har god, meget god eller utmerket helse. Mer enn fire av fem mener de har følt seg friske og uten stressplager eller psykiske plager relatert til tjenesten, mens henholdsvis 7 og 11 prosent opplever selv å ha fått fysiske eller psykiske helseplager som følger av tjenesten. En tredel av de som opplever å ha fått psykiske helseplager på grunn av tjenesten, har lagt merke til disse plagene innen et halvt år etter hjemkomst fra Libanon. Samtidig er det en betydelig andel som først har blitt klar over plagene flere år etter tjenesten. Blant de som har oppsøkt hjelp for sine psykiske helseplager, har de fleste mottatt hjelp i det sivile helsevesen, hovedsakelig hos fastlegen sin. Mange sier imidlertid at de ville ha foretrukket et bedre helsetilbud og tettere oppfølging fra Forsvaret sin side.

5.2 Sammenlikning med norske populasjoner

I den første UNIFIL-undersøkelsen benyttet man i mindre omfang standardiserte psykometriske instrumenter for å anslå forekomst av psykiske plager og lidelser (FSAN, 1993). Sammenlikningsgrunnlaget er dermed noe mindre enn for Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012), der man stort sett benyttet de samme instrumentene som i denne undersøkelsen. Vi har likevel konkrete tall på generelle stressplager og generelle helseplager, som viser en liten økning fra 1993 til i dag. Trolig kan dette best forklares med at UNIFIL-veteranene nå er nesten 20 år eldre enn de var i 1993, og at forekomst av slike plager er noe mer hyppig i denne aldersgruppen (Reynolds et al., 2016). Tar vi dette med i betraktningen, er det generelle inntrykket at forekomsten av helseplager hos UNIFIL-veteranene har holdt seg nokså stabil de siste 20 årene.

Sammenlikner vi i stedet med veteranene i Afghanistan-undersøkelsen (FSAN, 2012), finner vi at UNIFIL-veteranene har omtrent tre ganger høyere samlet forekomst av psykiske plager og lidelser. De har høyere forekomst av generelle stressplager, PTSD, angstlidelser, depresjonslidelser, søvnproblemer og alkohol-avhengighet. Det er riktignok flere faktorer som kan være med på å forklare disse forskjellene. For det første, er utdanningsnivået (både sivilt og militært) lavere blant UNIFIL-veteranene enn blant Afghanistan-veteranene. Gjennom mange år med forskning er det godt etablert at utdanningsnivå korrelerer positivt med psykisk helse. Dette betyr at jo høyere utdanning man har, jo mindre sannsynlighet har man for å få psykiske plager og lidelser. At Afghanistan-veteranene har mindre forekomst av psykiske plager og lidelser enn UNIFIL-veteranene, er dermed forventet. For det andre, er den gjennomsnittlige UNIFIL-veteranen 53 år gammel, mens gjennomsnittet blant Afghanistan-veteranene var 35 år. For menn i den generelle befolkningen finner man litt høyere forekomst av psykisk uhelse i aldersgruppen 45–66 år enn i aldersgruppen 25–44 år (Statistisk sentralbyrå, 2012). Aldersforskjellen kan således være med på å forklare at UNIFIL-veteranene har høyere forekomst av psykisk uhelse enn Afghanistan-veteranene.

Et tredje aspekt som trolig har bidratt til ulikt nivå av psykisk uhelse i de to utvalgene, er forskjeller i forberedelser og forventninger. I Afghanistan var det i større grad allerede eksisterende avdelinger som ble sendt ut på beordring, som en del av en rotasjonsordning. Dette medførte at oppsettingsperiodene hjemme i Norge var lengre og mer omfattende, og at det var en høyere andel spesialisert og militært utdannet personell enn det var i Libanon. Selv om vi har funnet at en stor andel UNIFIL-veteraner opplevde at de fikk god opplæring og var godt forberedt på tjenesten, er det nok riktig å si at Afghanistan-veteranene på flere måter var bedre forberedt. Det kan tenkes at dette i større grad har bidratt til opplevelse av *mestring* og *kontroll* hos personellet, faktorer som er vist å forebygge utvikling av psykiske plager og lidelser (f.eks. Maddi, 2013).

Til sist er det rimelig å anta at forskjeller i oppfølging og ivaretagelse før, under og etter tjenesten har virket inn på forekomst av psykiske lidelser og plager. Resultatene i denne undersøkelsen viser at UNIFIL-veteranene samlet sett er mer misfornøyd enn fornøyd med Forsvarets oppfølging, mens det motsatte var tilfellet for Afghanistan-veteranene. Det er mulig at forekomsten av psykisk uhelse blant UNIFIL-veteranene kunne vært noe mindre, dersom de fra begynnelsen av hadde hatt et mer tilgjengelig og tilfredsstillende oppfølgingstilbud, på lik linje med det tilbudet Afghanistan-veteranene har hatt. De fleste Afghanistan-veteranene har fått undervisning om stressmestring før utreise, individuelle samtaler med psykolog eller psykiater under tjenesten, oppfølging det første året etter hjemkomst, samt tilbud om fremtidig helsehjelp ved behov. Dette har i mindre grad vært tilfellet for UNIFIL-veteranene, som hovedsakelig har vært avhengig av å oppsøke hjelp på egenhånd.

Både i den første UNIFIL-undersøkelsen og i Afghanistan-undersøkelsen konkluderes det med at veteranene samlet sett har god helse og relativt lav forekomst av psykiske plager og lidelser, sammenliknet med resten av befolkningen. Dette inntrykket bekreftes også i dagens undersøkelse av UNIFIL-veteranene. Sammenlikning med normtall fra den norske befolkningen, viser at UNIFIL-veteranene generelt sett er minst like friske som nordmenn flest. Det finnes likevel visse unntak for enkelte plager og lidelser. Blant annet ser forekomst av PTSD og angstlidelser ut til å være noe høyere blant UNIFIL-veteranene enn blant norske menn på samme alder. Sannsynligheten for å få PTSD, og til en viss grad også angst, øker ved eksponering for belastninger og alvorlige hendelser. Det er rimelig å anta at veteranene har vært eksponert for flere potensielt traumatiske hendelser enn den øvrige befolkningen. Som konsekvens er det naturlig at en noe større andel av veteranene har utviklet belastningsrelaterte lidelser som PTSD og angst. Samtidig er det tilsynelatende færre UNIFIL-veteraner som har en depresjonslidelse, som sliter med søvnproblemer eller som er avhengige av alkohol. Resultatene våre tyder på at de heller ikke har noen overhyppighet av selvmordstanker.

5.3 Sammenlikning med utenlandske populasjoner

Internasjonalt er det gjennomført en rekke undersøkelser av psykisk helse i veteranpopulasjoner. Sammenlikning med slike undersøkelser er imidlertid utfordrende, ettersom forekomsttallene varierer betraktelig ut fra hvilken militærpopulasjon som er undersøkt, hvor de har tjenestegjort, hvilke målemetoder man har benyttet og hvor lang oppfølgingstiden er. Vi vet også at det eksisterer visse kulturelle forskjeller mellom ulike lands militærorganisasjoner, bl.a. når det gjelder grad av seleksjon og forberedelser før tjenesten, eksponering for strid og belastninger i tjenesteområdet, varighet av tjenesten, samt oppfølging og ivaretagelse etter hjemkomst. Slike faktorer er det viktig å ta hensyn til dersom man skal foreta sammenlikninger. Til tross for at det er gjennomført mye forskning på veteranpopulasjoner, er det relativt få undersøkelser som har undersøkt psykisk helse like «bredt» og hos like mange veteraner som vi har gjort i denne undersøkelsen. Mange undersøkelser har i stedet tatt for seg mindre populasjoner eller fokusert på forekomst av enkeltlidelser. Vi har her valgt å ta for oss noen av undersøkelsene vi anser som mest sammenliknbare med vår undersøkelse med henhold til omfang og undersøkelsesmetode.

I en stor kanadisk undersøkelse av over 16 000 personell som hadde tjenestegjort i Afghanistan i 2009–2012, fant man at 10,2 prosent hadde én eller flere psykiske helseplager (Zamorski, Rusu & Garber, 2014). Det var 6,5 prosent som oppfylte kriterier for en depresjonsdiagnose, 3,7 prosent som oppfylte kriterier for en angstdiagnose og 2,8 prosent som oppfylte kriterier for PTSD. Man fant dessuten at de sterkeste risikofaktorene for utvikling av psykiske lidelser var tidligere psykiske problemer og høy grad av eksponering for alvorlige stridshandlinger. Den samlede forekomsten på 10,2 prosent samsvarer nokså godt med de 12,4 prosentene vi fant hos UNIFIL-veteranene, men i den kanadiske undersøkelsen var det altså litt flere med depresjon og litt færre med angst og PTSD. Mulige forklaringer på dette, er at det ble benyttet andre måleinstrumenter og litt strengere kriterier og terskelverdier for psykiske lidelser enn i vår undersøkelse. I tillegg var ikke deltakerne anonymiserte da de besvarte undersøkelsen, noe som innebærer økt risiko for underrapportering. At høy grad av eksponering for alvorlige stridshandlinger ble vist å øke risiko for utvikling av psykiske helseplager, stemmer imidlertid godt med vårt funn om at forekomst av psykiske plager og lidelser var fire ganger høyere hos de som var eksponert for alvorlige hendelser.

I det australske forsvaret gjennomførte man i 2010–2011 en svært omfattende undersøkelse av psykisk helse i hele den australske militærpopulasjonen på over 50 000 personer (Van Hooff et al., 2014). Her fant man at det i løpet av de siste 12 månedene var 22,0 prosent som oppfylte kriterier for én eller flere psykiske

lidelser. 14,8 prosent hadde en angstlidelse, 9,5 prosent hadde en depresjonslidelse og 5,2 prosent hadde en alkohollidelse. Selv om disse tallene umiddelbart fremstår høyere enn våre tall, er det viktig å huske på at de representerer forekomst av psykiske lidelser i løpet av de siste 12 månedene, mens vi hovedsakelig har målt forekomst innenfor den siste måneden. Direkte sammenlikning blir dermed vanskelig, men det er sannsynlig at de australske tallene ville vært noe lavere dersom de hadde målt forekomst i løpet av siste måned. Et interessant aspekt ved denne undersøkelsen, er at deltakerne bestod av en stor andel personell som aldri hadde deltatt i internasjonal tjeneste. Likevel fant man ingen forskjell i forekomst av psykiske helseplager når man korrigerte for dette. De som hadde deltatt i internasjonale militæroperasjoner var altså like «friske» som de som ikke hadde gjort det. Dette antyder at grad av eksponering for strid og alvorlige hendelser hadde mindre innvirkning på psykisk helse enn det man fant blant de kanadiske veteranene og blant våre UNIFIL-veteraner.

En liknende undersøkelse, The Millennium Cohort Study, ble gjennomført i det amerikanske forsvaret (Riddle et al., 2007). Her undersøkte man nesten 80 000 personell fra hele organisasjonen, og fant at 18,3 prosent oppfylte kriterier for en psykisk lidelse. 12,6 prosent hadde alkoholmisbruk, 3,3 prosent hadde alvorlig depresjon og 3,3 prosent hadde en angstlidelse. Forekomst av PTSD var 7,6 prosent for de som hadde deltatt i internasjonal tjeneste og vært eksponert for strid og 1,4 prosent for de som hadde deltatt i internasjonal tjeneste, men ikke vært eksponert for strid (Pinder et al., 2012). Kriteriene for PTSD-diagnose var riktignok strengere enn i vår undersøkelse, noe som nok en gang gjør direkte sammenlikning utfordrende. Vi ser likevel at den samlede forekomsten av psykiske lidelser var høyere enn for UNIFIL-veteranene, og at det var en vesentlig større andel med alkoholmisbruk. Sammenhengen mellom eksponering og psykisk uhelse var imidlertid tilsvarende som i både den kanadiske undersøkelsen og i vår undersøkelse.

Også i det britiske forsvaret har man utført en slik undersøkelse, The King's Cohort Study. Deltakerne bestod av over 10 000 britiske tjenestegjørende, hovedsakelig fra Irak-krigen. Forekomsttallene viste at omtrent 28,9 prosent kvalifiserte for minst én psykisk lidelse. 18 prosent hadde alkoholmisbruk, 3,7 prosent hadde alvorlig depresjon og 3,7 prosent hadde PTSD (Iversen et al., 2009; Jones et al., 2013). Opprinnelig fant man få forskjeller mellom de som hadde deltatt i internasjonal tjeneste og de som ikke hadde det. Senere analyser avslørte likevel høyere forekomst av PTSD blant de som hadde deltatt i internasjonal tjeneste og vært eksponert for strid. Blant disse var det ca. 7 prosent som hadde PTSD (Pinder et al., 2012). Også i denne undersøkelsen var kriteriene for PTSD-diagnose strengere enn i vår undersøkelse. Igjen ser vi at den samlede forekomsten av psykiske lidelser var høyere enn for UNIFIL-veteranene, og at det var en vesentlig større andel med alkoholmisbruk.

En militærkultur som trolig er mer lik vår egen, og derfor enklere å sammenlikne med, er den danske. I perioden 2009–2013 gjennomførte Videncentret ved det danske Veterancentret en prospektiv undersøkelse av psykisk helse blant 749 danske soldater som tjenestegjorde i Afghanistan. Soldatene ble undersøkt på flere ulike tidspunkt både før, under og etter tjenesten. På siste måletidspunkt, som var 3 år etter utreise, fant man en sannsynlig forekomst av PTSD på 9,7 prosent. Målemetoden og kriteriene for PTSD var identiske med dem vi har benyttet i denne undersøkelsen. Videre fant man (med litt andre målemetoder) sannsynlig forekomst av depresjon på 9,2 prosent, selvmordstanker på 8,0 prosent og alkoholmisbruk på 4,1 prosent. Sammenlikner vi disse tallene med dem vi fant for UNIFIL-veteranene, har de danske veteranene tilsynelatende høyere forekomst av både PTSD, depresjon og alkoholmisbruk. Andelen med selvmordstanker er omtrent den samme som blant UNIFIL-veteranene. Vi må imidlertid være klar over at oppfølgingstiden i vår undersøkelse var mye lengre enn i den danske undersøkelsen (27 år vs. 3 år). Dette kan ha virket inn på forekomsten av psykiske helseplager. I tillegg er det mye som tyder på at den gjennomsnittlige danske soldat i Afghanistan har vært utsatt for flere belastninger enn den gjennomsnittlige norske soldat i Libanon. Dette har sannsynligvis bidratt til økte forekomsttall blant danske soldater.

Oppsummert er det en del variasjon mellom forekomsttallene i de ulike utenlandske undersøkelsene, og som nevnt er det en rekke faktorer som kompliserer direkte sammenlikning med vår undersøkelse. Det generelle inntrykket er likevel at UNIFIL-veteranene befinner seg i det nedre sjiktet når det gjelder forekomst av psykiske helseplager: de har stort sett lavere forekomst av psykiske helseplager enn militært personell fra andre nasjoner. I likhet med vår undersøkelse, har flere av de utenlandske undersøkelsene avdekket en tydelig sammenheng mellom psykiske helseplager og eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten.

5.4 Begrensninger ved undersøkelsen

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. Blant annet kan det anses problematisk at deler av undersøkelsen er retrospektiv, hvilket innebærer at vi har bedt veteranene om å anslå hvordan de hadde det i tjenesten for gjennomsnittlig 27 år siden. Sannsynligheten er stor for at det har hendt ting i løpet av disse årene som kan ha påvirket hukommelsen for det man opplevde under tjenesten. I tillegg har vi kun ett måletidspunkt, hvilket medfører at vi kan si svært lite om utviklingen i veteranenes plager. Vi vet for eksempel lite om hvordan forekomsten av psykiske helseplager i populasjonen var før veteranene ble sendt til Libanon. Dersom vi hadde gjennomført en såkalt prospektiv undersøkelse, med flere ulike måletidspunkt, kunne vi uttalt oss mer tydelig om eventuelle årsaksmekanismer for utvikling av plager³².

Det kan også anses problematisk at vi har basert oss utelukkende på bruk av selvrappport, ettersom veteranenes besvarelser dermed kan ha blitt påvirket av et ønske om å fremstå som enten mer eller mindre fungerende enn det de egentlig er. Samtidig var bruk av selvrappport hensiktsmessig for undersøkelsen, da det tillot kartlegging av et stort antall deltakere i løpet av kort tid. Vi vet dessuten at risikoen for feilrapportering ved bruk av selvrappport ofte overvurderes (Bramsen, Dirkzwager, Van Esch, & van der Ploeg, 2001). At deltakelse i undersøkelsen var frivillig, kombinert med at deltakerne ble informert om at besvarelsene deres ville bli håndtert på en måte som ivaretok anonymitet, har trolig bidratt til å redusere slik risiko.

Til slutt må vi huske på at de UNIFIL-veteranene som har besvart undersøkelsen fremstår noe friskere enn de som ikke har besvart undersøkelsen, når vi sammenlikner dem på utvalgte NAV-data. Som nevnt i *kapittel 2.4 Frafallsanalyse og representativitet*, medfører denne skjevheten i verste fall en økning i samlet forekomst av psykiske plager og lidelser på 2,4 prosentpoeng, dersom alle UNIFIL-veteranene hadde besvart undersøkelsen. Vi må dermed generalisere våre funn med forsiktighet og forbehold til hele populasjonen av UNIFIL-veteraner.

5.5 Konklusjoner og implikasjoner

Hva har vi så lært om hvordan UNIFIL-veteranene har det i dag? Vi har først og fremst lært at det store flertallet fremstår med få eller ingen tegn på psykiske helseplager i dag, gjennomsnittlig 27 år etter tjenesten. Majoriteten opplever at helsetilstanden deres er god, og at de har et godt funksjonsnivå på de fleste livsområder. Samtidig har vi identifisert en liten, men viktig andel på 12–13 prosent som fremstår med sannsynlige psykiske helseplager.

Sammenliknet med den øvrige norske befolkningen fremstår UNIFIL-veteranene som minst like friske, med en samlet forekomst av psykiske helseplager i nedre del av normalområdet. Likevel ser de ut til å ha en litt høyere forekomst av belastningsrelaterte plager som PTSD og angst. Det er rimelig å anta at dette til en viss grad henger sammen med høyere grad av eksponering for belastninger. I forhold til Afghanistan-veteranene, som ble undersøkt i 2012, har UNIFIL-veteranene omtrent tre ganger høyere samlet forekomst av psykiske helseplager. Vi har imidlertid pekt på en rekke faktorer som kan forklare dette, blant annet forskjeller i utdanningsnivå, alder, forberedelser og oppfølging. Økning i alder kan sannsynligvis også forklare at vi hos UNIFIL-veteranene har funnet en liten økning i stressplager og generelle helseplager fra 1993 til i dag. Med forbehold om at det er komplisert å sammenlikne med utenlandske undersøkelser, ser vi en antydning til at UNIFIL-veteranene har mindre psykiske helseplager enn veteranpopulasjoner fra en rekke andre land.

Vi har også lært at det ser ut til å være en sammenheng mellom eksponering for belastende hendelser i tjenesten og forekomst av psykiske helseplager i dag, ettersom det er fire ganger så mange veteraner med psykisk uhelse blant de som har opplevd minst én alvorlig, belastende hendelse. Vi må likevel huske på at flertallet av de som har opplevd slike hendelser *ikke* har psykiske helseplager i dag. Samtidig har vi gjort funn som tyder på at det kan være andre faktorer, utenom de som er direkte knyttet til tjenesten, som har påvirket utvikling av helseplager hos UNIFIL-veteranene. Et eksempel er at forhold knyttet til livssituasjon, fremfor forhold knyttet til tjenesten, oppgis som de vanligste årsakene til selvmordsatferd blant veteraner som

³² Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) gjennomfører for tiden en prospektiv undersøkelse av personell som har tjenestegjort i Afghanistan.

rapporterer om dette. I tillegg er det en relativt stor andel veteraner som har opplevd potensielt belastende livserfaringer *i etterkant av* UNIFIL-tjenesten. Som konsekvens er det vanskelig å si noe sikkert om hvorvidt det er opplevelser knyttet til tjenesten, eller andre forhold i løpet av de gjennomsnittlig 27 årene etterpå, som har bidratt sterkest til at en liten andel UNIFIL-veteraner i dag fremstår med psykiske helseplager. Sannsynligheten er imidlertid stor for at det er en kombinasjon av flere ulike faktorer. Uavhengig av hva plagene skyldes, utgjør de 12–13 prosentene like fullt en viktig minoritet. Vi bør være klar over at disse veteranene kan ha behov for oppfølging eller behandling i tiden fremover.

6. Referanser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revidert 4. utgave)*. Washington, DC: Author.
- Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, S. K. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and axis I and II comorbidity in a population based study of Norwegian young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 48(2), 215–223.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care*. World Health Organization.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.*, 2, 297–307.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007). *DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) manual*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A. J., van Esch, S. C., & van der Ploeg, H. M. (2001). Consistency of self-reports of traumatic events in a population of Dutch peacekeepers: reason for optimism? *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 733–740.
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2008). *The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 43(4), 299–304.
- Departementene. (2011). *I tjeneste for Norge. Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste (2011–2013)*.
- FN. (2015). *UNIFIL facts and figures*. Hentet 18.8.2015, fra <http://www.un.org/en/peacekeeping/missions/unifil/facts.shtml>.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Selv mord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet 1.5.2016, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70808>.
- Forsvaret. (2015). *UN Interim Force in Lebanon (UNIFIL)*. Hentet 18.8.2015, fra <https://itjenestefornorge.no/operasjoner/un-interim-force-in-lebanon-unifil>.
- Forsvarets sanitet. (1993). *UNFIL-undersøkelsen. Rapport del 1 – 25.02.93. Resultater og anbefalinger*. Oslo: Kontor for psykiatri.
- Forsvarets sanitet. (2012). *Afghanistan-undersøkelsen 2012. Undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001–2011*. Oslo: Kontor for psykiatri og stressmestring.
- Forsvarets sanitet. (2014). *Helse for stridsevne 2014 – Nøkkeltall fra Forsvarets Helseregister*. Sessvollmoen: Forsvarets helseregister.
- Forsvarsdepartementet. (2010). *Iverksetting av foreslåtte forskningsprosjekter*.
- Forsvarsstaben. (2011). *Iverksetting av forskningsprosjekter i 2011*.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: National Foundation for Educational Research.
- Holen, A., Sund, A., & Weisæth, L. (1983). *Alexander L. Kielland-katastrofen 27. mars 1980: Psykiske reaksjoner hos overlevende: foreløpig sluttrapport*. Oslo: Kontoret for katastrofepsykiatri.

- Ingebrigtsen, G., Sandanger, I., Sørensen, T., & Dalgard, O. S. (1995). Når ulykken rammer; Posttraumatiske stressforstyrrelser i Norge, forekomst og relasjon til sosialt nettverk. I O. S. Dalgard, E. Døhlle, & M. Ystgaard (Red.), *Sosialt nettverk, helse og samfunn* (ss. 64–85). Oslo: Universitetsforlaget.
- Iversen, A. C., Van Staden, L., Hughes, J. H., Browne, T., Hull, L., Hall, J., et al. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*, 9, 68.
- Jones, M., Sundin, J., Goodwill, L., Hull, L., Fear, N. T., Wessely, S., et al. (2013). What explains post-traumatic stress disorder (PTSD) in UK service personnel: deployment or something else? *Psychological Medicine*, 43(8), 1703–1712.
- Loge, J. H., & Kaasa, S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med*, 26, 250–258.
- Maddi, S. R. (2013). *Hardiness: Turning stressful circumstances into resilient growth*. New York, NY: Springer Science + Business media; U.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(10), 496–502.
- Mehlum, L. (1999). Alcohol and stress in Norwegian United Nations peacekeepers. *Military Medicine*, 164(10), 720–724.
- Mehlum, L., & Weisæth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 17–26.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608.
- Nordstrand, A.E., Bøe, H.J., Hjemdal, O., & Holen, A. (upublisert). *Measuring psychological change after trauma and adversity: psychometric properties of an integrated psychological growth and problems scale*. Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, Forsvarets sanitet.
- Pinder, R. J., Greenberg, N., Boyko, E. J., Gackstetter, G. D., Hooper, T. I., Murphy, D., et al. (2012). Profile of two cohorts: UK and US prospective studies of military health. *International Journal of Epidemiology*, 41(5), 1272–1282.
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., Mackenzie, C. S., Chou, K. L., & Sareen, J. (2016). Post-traumatic stress disorder across the adult lifespan: findings from a nationally representative survey. *Am J Geriatr Psychiatry*, 24(1), 81–93.
- Riddle, J. R., Smith, T. C., Smith, B., Corbeil, T. E., Engel, C. C., Wells, T. S., et al. (2007). Millennium Cohort: the 2001–2003 baseline prevalence of mental disorders in the U.S. military. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(2), 192–201.
- Sheehan, D.V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Statistikkbanken. Symptomer på helseproblemer og medisinbruk. Tabell 04432*. Hentet 28.4.2016, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/>.
- Statistisk sentralbyrå. (2013). *Veteraners levekår. Forsvars- og politipersonell som har deltatt i internasjonale operasjoner*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (2014). *Statistikkbanken. Befolkningen utdanningsnivå. Tabell 08921*. Hentet 9.5.2016, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/>.
- Statistisk sentralbyrå. (2016a). *Statistikkbanken. Andel samboere, gifte og ikke i samliv. Tabell 06831*. Hentet 9.5.2016, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/>.
- Statistisk sentralbyrå. (2016b). *Statistikkbanken. Sysselsatte. Tabell 03778*. Hentet 9.5.2016, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/>.

- Strømmen, W., & Leraand, D. (2005). *I kamp for fred. UNIFIL i Libanon – Norge i UNIFIL, 1978–98*. Oslo: Gazette Bok AS.
- St. meld. nr. 34. (2008–2009). *Fra vernepliktig til veteran. Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*. Oslo: Forsvarsdepartementet.
- Van Hoof, M., McFarlane, A. C., Davies, C. E., Searle, A. K., Fairweather-Schmidt, A. K., Verhagen, A., Benassi, H., & Hodson, S. E. (2014). The Australian Defence Force Mental Health Prevalence and Wellbeing Study: design and methods. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1–11.
- Videncentret. (2013). *Efter Afghanistan – rapport over soldaters psykiske velbefindende to et halvt år efter hjemkomst*. Ringsted: Videncentret.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 34, 473–83.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS*. San Antonio, TX.
- Weisæth, L., & Sund, A. (1982). Psychiatric problems in UNIFIL and the UN-soldier's stress syndrome. *International Review of the Army, Navy and Air Force Medical Services*, 55, 109–116.
- Wendelborg, C. (2015). *Mobbing, krenkelser og arbeidsro i skolen. Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2014/15*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- WHO. (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willmott, S. A., Boardman, J. A., Henshaw, C. A., & Jones, P. W. (2004). Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 613–617.
- Zamorski, M. A., Rusu, C., & Garber, B. G. (2014). 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. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(6), 319–326.
- Zigmond, A. & Snaith R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

7. Vedlegg

7.1 Tabeller

Tabell 7.1.1. Stressreaksjoner i dag (siste syv dager), målt med PTSS-10, sortert fra mest til minst vanlig (n = 10 605), prosent

I løpet av de siste 7 dager har du opplevd...	Ikke i det hele tatt 1	2	Litt 3	4	En del 5	6	Svært mye 7	Ikke svart
Irritasjon, blir lett ergerlig	48,5	18,9	13,2	5,7	6,2	3,5	2,2	1,7
Søvnproblemer	52,5	11,1	13,0	5,0	9,3	3,6	3,7	1,8
Følelser som svinger lett opp og ned	54,5	16,3	11,2	5,1	5,7	3,1	2,3	1,8
Anspenthet i kroppen	59,3	14,2	9,3	4,3	5,7	2,7	2,7	1,8
Dårlig samvittighet, selvbekreidelse, skyldfølelse	61,2	14,5	9,1	4,3	4,6	2,7	1,7	1,9
Tendens til å isolere deg fra andre	61,8	12,4	9,6	4,1	5,0	2,6	2,8	1,7
Depresjon, nedtrykt sinnstilstand	63,9	12,4	9,0	3,8	5,0	2,3	1,8	1,9
Skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser	69,1	9,3	7,4	3,3	4,3	2,6	2,3	1,8
Drømmer eller mareritt om spesielle hendelser	70,5	10,1	7,4	3,2	4,2	1,6	1,2	1,8
Frykt for situasjoner som minner om spesielle hendelser	76,1	8,9	4,8	2,6	2,7	1,8	1,5	1,7

Tabell 7.1.2. Stressreaksjoner i dag (siste syv dager), målt med PCL-17-M (n = 10 605), prosent

I hvor stor grad har du i løpet av de siste 7 dager erfart følgende...	Ikke i det hele tatt 1	Litt 2	Noe 3	Ganske ofte 4	Veldig ofte 5	Ikke svart
Gjentatte, urovekkende minner/tanker om en tidligere belastende militær hendelse	82,4	8,6	4,5	2,0	0,8	1,7
Gjentatte, urovekkende drømmer om en tidligere belastende militær hendelse	85,8	6,6	3,6	1,4	0,7	1,9
Plutselig oppfører du deg som, eller får en følelse av, at en tidligere belastende militær hendelse skjer på ny (som om du gjenopplever den)	88,5	5,3	2,7	1,1	0,5	1,9
Føler deg veldig urolig når noen minner deg på en tidligere belastende militær hendelse	82,0	9,1	3,7	2,3	1,0	1,9
Får kroppslige reaksjoner (hjerterbank, pustebesvær eller svetting) når noen minner deg på en tidligere belastende militær hendelse	86,7	5,8	2,9	1,7	1,0	1,9
Unngår å snakke om/tenke på en tidligere belastende militær hendelse	78,7	8,0	5,3	3,5	2,5	2,0

I hvor stor grad har du i løpet av de siste 7 dager erfart følgende...	Ikke i det hele tatt 1	Litt 2	Noe 3	Ganske ofte 4	Veldig ofte 5	Ikke svart
Unngår aktiviteter/situasjoner fordi de minner deg om en tidligere belastende militær hendelse	87,8	4,7	2,4	1,8	1,2	2,0
Vansker med å huske vesentlige deler av en tidligere belastende militær hendelse	83,6	7,6	4,0	2,0	0,7	2,0
Tap av interesse for ting som pleide å glede deg	78,5	9,2	5,8	3,0	1,6	1,9
Føler deg fjern eller stengt ute fra andre mennesker	76,8	10,6	6,1	3,0	1,4	2,1
Føler deg følelsesmessig nummen eller ute av stand til å ha kjærlige følelser for de som står deg nær	78,1	10,5	5,7	2,6	1,1	2,0
Føler deg som om din fremtid vil bli begrenset	79,2	8,7	4,9	3,4	1,8	2,0
Vansker med å få sove, eller sove uavbrutt	63,2	15,4	9,2	6,5	3,7	2,0
Føler deg irritabel eller har sinte utbrudd	64,0	20,6	8,5	3,6	1,4	2,0
Konsentrasjonsvansker	64,7	18,3	8,4	4,4	2,3	1,9
Er veldig årvåken/på vakt	66,7	16,1	7,9	5,0	2,3	1,9
Føler deg skvetten eller lett å skremme	76,5	11,9	4,9	3,0	1,7	2,0

Tabell 7.1.3. Forhold til alkohol i dag, målt med AUDIT (n = 10 605), prosent³³

	0	1	2	3	4	Ikke svart
Hvor ofte drikker du alkohol?	4,4	23,1	38,9	25,5	6,0	2,0
Hvor mange alkoholenheter drikker du i gjennomsnitt på en dag eller kveld hvor du drikker alkohol?	25,5	21,9	10,9	4,1	1,4	36,1 ³⁴
Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	15,4	57,7	17,0	3,2	0,6	6,1
Hvor ofte i løpet av det siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?	75,7	14,7	2,5	0,6	0,3	6,2
Hvor ofte i løpet av det siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?	73,0	18,3	1,9	0,6	0,1	6,1
Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?	84,1	4,3	0,6	0,3	0,2	10,6
Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?	69,7	20,2	2,8	0,6	0,5	6,2
Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga. drikking?	68,1	23,5	1,9	0,3	0,1	6,2
Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?	84,7		8,2		0,8	6,3
Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?	83,6		5,5		4,7	6,2

³³ Ettersom svaralternativene varierte fra spørsmål til spørsmål, var det ikke mulig å gjengi disse i tabellen. Se vedlagte spørreskjema for nærmere beskrivelse.

³⁴ 3827 veteraner fikk dessverre ikke besvart dette spørsmålet. Dette skyldes en teknisk feil i internettutgaven av spørreskjemaet.

Tabell 7.1.4. Forhold til rusmidler i dag, målt med DUDIT (n = 10 605), prosent³⁵

	0	1	2	3	4	Ikke svart
Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?	96,0	1,1	0,4	0,2	0,1	2,1
Bruker du mer enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?	6,8	0,8	0,2	0,1	0,1	92,1 ³⁶
Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du narkotika/legemidler, når du tar rusmidler? ³⁷	–	2,0	0,2	0	0	97,7
Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?	3,6	1,2	0,2	0,2	0,1	94,7
Har du i det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke klarer å stå i mot?	4,6	0,4	0,2	0,1	0,1	94,6
Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke har kunnet slutte å ta rusmidler når du først har begynt?	4,6	0,4	0,1	0	0,1	94,8
Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe du burde ha gjort?	4,4	0,6	0,1	0,1	0	94,7
Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?	4,7	0,2	0,1	0,1	0,1	94,8
Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?	4,0	0,8	0,2	0,1	0,2	94,8
Har du eller noen annen blitt skadet (fysisk eller psykisk) på grunn av ditt bruk av rusmidler?	4,6		0,4		0,1	94,9
Har en slektning/venn, lege/sykepleier eller noen annen vært urolig for ditt bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler?	4,5		0,4		0,3	94,7

Tabell 7.1.5. Generelle helseplager i dag (siste to uker), målt med GHQ-28 (n = 10 605), prosent³⁸

	0	1	2	3	Ikke svart
Kjent deg frisk og ved god helse?	5,0	79,5	10,3	2,9	2,4
Kjent behov for noe som kvikke deg opp?	39,9	49,0	7,3	1,4	2,5
Følt deg utkjørt og utenfor?	32,8	50,6	11,6	2,9	2,1
Følt deg syk?	52,4	35,0	8,1	2,1	2,4
Hatt hodepine?	52,3	37,3	6,9	1,5	2,0
Kjent deg tung eller hatt en følelse av trykk i hodet?	57,7	30,9	8,0	1,3	2,0
Hatt tilløp til hetetokter eller kaldsvette?	68,0	22,3	6,2	1,4	2,1
Ligget våken pga. bekymringer?	47,4	40,1	7,9	2,4	2,1
Hatt lett for å våkne etter at du har sovnet?	31,6	52,5	10,5	3,2	2,2
Vært i stand til å holde deg engasjert og i virksomhet?	3,1	85,4	8,1	1,4	2,0
Trengt tid på å få tingene unna?	2,0	80,9	12,5	2,5	2,2
Føler du at du i det store og hele greier deg bra?	4,8	85,7	6,0	1,3	2,1

³⁵ Ettersom svaralternativene varierte fra spørsmål til spørsmål, var det ikke mulige å gjengi disse i tabellen. Se vedlagte spørreskjema for nærmere beskrivelse.

³⁶ Herfra og nedover er det svært få som har besvart spørsmålene. Dette skyldes hovedsakelig at de har oppgitt at de ikke bruker andre rusmidler enn alkohol i spørsmål nr. 1, og dermed har blitt bedt om å hoppe over resterende spørsmål om rusmidler.

³⁷ En feil i spørreskjemaet har resultert i at vi ikke har data for det første svaralternativet på dette spørsmålet.

³⁸ Ettersom svaralternativene varierte fra spørsmål til spørsmål, var det ikke mulige å gjengi disse i tabellen. Se vedlagte spørreskjema for nærmere beskrivelse.

	0	1	2	3	<i>Ikke svart</i>
Vært fornøyd med den måten du fungerer på?	5,3	80,4	10,2	2,0	2,2
Følt at du tar del i ting på en nyttig måte?	5,5	83,7	7,2	1,3	2,4
Følt at du er i stand til å ta beslutninger?	8,7	83,5	4,7	0,7	2,4
Følt deg stadig under press?	22,6	62,2	11,3	1,7	2,2
Vært i stand til å glede deg over dine daglige gjøremål?	4,2	84,1	8,0	1,4	2,3
Følt deg irritabel, i dårlig humør?	25,6	60,3	10,2	1,7	2,1
Blitt engstelig eller panisk uten grunn?	69,4	23,8	3,8	0,8	2,3
Synes at alt vokser over hodet på deg?	44,6	43,4	8,3	1,4	2,3
Tenkt på deg selv som en verdiløs person?	67,3	23,9	5,3	1,4	2,1
Følt at livet er helt håpløst?	70,1	21,8	4,6	1,2	2,2
Stadig følt deg nervøs og anspent/oppjaget?	62,1	28,5	5,9	1,2	2,2
Følt at livet ikke er verdt å leve?	75,9	16,5	4,0	1,5	2,1
Tenkt på muligheten av å gjøre slutt på livet?	80,4	10,0	6,4	1,0	2,1
Følt at du til tider ikke var i stand til å gjøre det minste fordi nervene dine er i ulage?	80,6	13,0	3,4	0,8	2,2
Ønsket at du var død, borte fra alt sammen?	82,9	11,3	2,8	1,0	2,0
Hatt det slik at tanken om å ta ditt eget liv stadig dukker opp i ditt sinn?	80,9	9,6	6,4	1,1	2,0

7.2 Følgerebrev til spørreskjema



«navn»
«Adresse»
«Postnr» «Poststed»
«evt. land»

September 2014

UNIFIL-UNDERSØKELSEN 2014

Forsvaret arbeider kontinuerlig med å øke kvaliteten på sin undervisning og oppfølging av både stadig tjenestegjørende og veteraner med tanke på stressmestring og psykiske belastningsskader. For å få til dette er det avgjørende viktig å vite mest mulig om hvordan det har gått med de som tidligere har tjenestegjort – veteranene.

Du er én av omtrent 22 000 norske kvinner og menn som i perioden 1978 – 1998 tjenestegjorde i Libanon, og du inviteres derfor til å delta i denne spørreundersøkelsen som skal kartlegge den psykiske helsen til personell som tjenestegjorde der. Undersøkelsen gjennomføres av Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS)/Forsvarets sanitet (FSAN) i samarbeid med Forsvarets helseregister (FHR), mens Advicia AS bistår den praktiske gjennomføringen. Resultatene av undersøkelsen vil bli offentliggjort i egen rapport publisert på FSANs hjemmesider www.forsvaret.no/fsan.

Spørreskjemaet tar om lag 45 minutter å fylle ut. Det er viktig at så mange som mulig svarer, uansett om man opplever å ha psykiske plager eller ikke. Du kan svare ved å fylle ut spørreskjemaet og returnere det i vedlagte svarkonvolutt (porto er betalt), eller via web:

Oppgi brukernavn og passord for å fylle ut skjemaet på www.forsvaret.no/fsan

Brukernavn: **<brukernavn>** Problemer ved innlogging?
Passord: **<passord>** Ring: 22 43 08 09

Vi understreker at deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Svar så raskt som mulig. Du vil motta en påminnelse om denne undersøkelsen dersom vi ikke har mottatt svar innen to uker.

På baksiden av dette brevet finner du mer informasjon om bakgrunnen for undersøkelsen samt bruk og lagring av dataene vi samler inn. Vi har også lagt ved informasjon om Nasjonal Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP) for de som ønsker kontakt og hjelp.

Vi takker for din deltagelse i studien.

Med vennlig hilsen
Jon G Reichelt
Prosjektansvarlig, sjef Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS)
Oberstløytnant
Dr.med/psykiater



Hvem kan delta?

Dersom du tjenestegjorde i UNIFIL i perioden 1978 – 1998 kan du delta i undersøkelsen. Har du ikke tjenestegjort i UNIFIL ber vi deg kun fylle ut første siden av spørreskjemaet.

Om bruk og lagring av data

Ønsker du å delta i undersøkelsen samtykker du til at dine data bli lagret i Forsvarets helseregister (FHR). FHR er rettslig hjemlet i «Lov om registre og behandling av helseopplysninger (Helseregisterloven)» etter vedtak i Stortinget i 2004, og «Forskrift om innsamling og behandling av opplysninger i Forsvarets helseregister» vedtatt av Kongen i Statsråd 24. april 2006. Databehandlingsansvaret tilligger Forsvarsdepartementet, som godkjenner helseregisterets sikkerhetshåndbok med prosedyrer. Databehandler er FSAN.

Ingen, verken offentlig myndighet eller noen i Forsvaret, kan kreve innsyn i hva enkeltpersoner svarer på denne undersøkelsen. Opplysningene du oppgir kan kun brukes til formål som nevnt i registerets forskrift. Forskriften kan du lese på internett: [lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-09-02-1010]

Formålet med Forsvarets helseregister er: 1) føre tilsyn med helsen og helseutviklingen til personell i Forsvaret for å kartlegge helserisiko knyttet til ulike tjenester, 2) fremme og gi grunnlag for forskning og statistikk som kan lede til kunnskap om helsen til forsvarers personell, 3) bidra til forbedring og utvikling av den militære helsetjenesten, 4) bidra til at yrkesrelaterte skader og plager avdekkes slik at rammede kan oppnå kompensasjon etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

I henhold til helseregisterloven har du til enhver tid rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på din person. Du har krav på at eventuelle feil blir rettet og slettet.

Prosjektets forskergruppe vil i henhold til forskrift kun få tilgang til anonymiserte data fra FHR. Ingen opplysninger vil være personidentifiserbare, og alle beregninger og statistiske analyser foretas på anonymiserte data på gruppenivå slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Trenger du profesjonell hjelp?

Siden forskerne kun vil få tilgang til anonymiserte data, har vi i Forsvarets psykiatri ikke mulighet til å gå tilbake og identifisere de som besvarer spørreskjema på en slik måte at det ser ut til at de har psykiske vansker. Derfor må vi oppfordre de som opplever å ha plager og ønsker hjelp til å ta kontakt med Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP), som er Forsvarets sanitets kontaktpunkt for veteraners helse:

Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP)
Postboks 1550 Sentrum
0015 Oslo
Epost: NMP@mil.no
Tlf: 23097930 (Kontortid: kl. 0800-1500)

7.3 Spørreskjema

T

T

UNIFIL-undersøkelsen 2014

Dette spørreskjemaet er et ledd i arbeidet med å etterundersøke alt personell som har deltatt i internasjonale operasjoner. Dine erfaringer fra tiden du tjenestegjorde i UNIFIL er viktig i dette arbeidet!

Ønsker du å delta?

- ☐ Ja, jeg ønsker å delta og samtykker til at mine svar lagres i Forsvarets helseregister (se utfyllende informasjon i følgeskriv).
- ☐ Nei, jeg ønsker ikke å delta

Utfyllingsveiledning:

Sett et kryss i den ruten som best passer med det du mener. Bruk blå eller sort kulepenn.

Slik: ☒ Ikke slik: ☐ Krysser du i feil rute, fyll inn hele ruten slik: ☐ og sett nytt kryss i riktig rute.

Vi ønsker din hjelp til å kvalitetssikre listen

Forsvaret har en komplett liste over alle som deltok i UNIFIL. Men i en liste med så mange navn vil det alltid kunne forekomme feil. Derfor ønsker vi din hjelp til å kvalitetssikre listen. Dersom du aldri har tjenestegjort i UNIFIL ber vi deg om å svare på spørsmålet under og returnere spørreskjemaet i vedlagte konvolutt. Dersom du vet om noen som har tjenestegjort i UNIFIL, men som ikke har fått tilsendt spørreskjemaet, ber vi om at du videreformidler vår kontaktinformasjon til den eller de det gjelder, slik at de kan ta kontakt og bli registrert (se følgeskriv for kontaktinformasjon). **Takk for at du hjelper oss med å kvalitetssikre våre lister!**

Dersom du ikke har tjenestegjort i UNIFIL, ta stilling til påstandene nedenfor:

- | | |
|---|--------------------------|
| Jeg har aldri tjenestegjort i UNIFIL | ☐ |
| Jeg viste interesse og ble innkalt, men møtte ikke opp | ☐ |
| Jeg var med på hele/deler av oppkjøringsperioden i Norge, men dro aldri til Libanon | ☐ |
| Annet, spesifiser: | ☐ |

L

1

L

T

T

Del 1 – Litt om deg**1. Hva er din høyeste sivile utdanning?**

- Grunnskole (10-årig grunnskole/7-årig folkeskole eller lignende) ☐
- Videregående utdanning (allmennfag, yrkesskole eller annet) ☐
- Fagutdanning etter videregående skole eller fagskole ☐
- Universitets-/høyskoleutdanning på bachelornivå/cand. mag eller lavere ☐
- Universitets-/høyskoleutdanning mastergrad eller høyere ☐

2. Hva er din høyeste militære utdanning?

- Førstegangstjeneste ☐
- Befalskurs/befalsskole/teknisk fagskole eller tilsvarende ☐
- Krigsskole ☐
- Høyskole/Forsvarets stabsskole ☐

3. Hva er din sivilstatus per i dag?

- Singel ☐
- Samboer ☐
- Gift/Partner ☐
- Skilt/Separert ☐
- Enke/Enkemann ☐
- Annet ☐

4. Hva er din hovedkilde til livsopphold per i dag?

- Inntektsgivende arbeid heltid ☐
- Inntektsgivende arbeid deltid ☐
- Selvstendig næringsdrivende ☐
- Alderspensjonist ☐
- For tiden arbeidsledig/arbeidsledighetstrygd ☐
- Annen type trygd ☐
- Hjemmeværende/husarbeid i hjemmet ☐
- Annet ☐

Del 2 – Barndomsopplevelser

Her finner du en rekke spørsmål som omhandler opplevelser i barndommen og generelle spørsmål om din familie. Svar på spørsmålene så godt det lar seg gjøre, selv om det er lenge siden.

5. Hadde noen i din nære familie psykiske problemer under din oppvekst?

- Nei ☐
- Ja, foreldre/andre omsorgspersoner ☐
- Søsken ☐
- Besteforeldre ☐

6. Hvordan vil du beskrive økonomien i barndomshjemmet ditt?

- Svært god ☐
- God ☐
- Middels ☐
- Dårlig ☐
- Svært dårlig ☐

7. Ble noen i din familie (deg inkludert) utsatt for vold eller overgrep av andre familiemedlemmer?

- Svært ofte ☐
- Ofte ☐
- Av og til ☐
- Sjelden ☐
- Aldri ☐

8. Sett under ett, hvordan vil du beskrive:

- | | Meget god | God | Både og | Dårlig | Meget dårlig |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Din barndom (0-12 år) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Din ungdom (13-18 år) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

L

2

L

T

T

Del 3 – Generelle livserfaringer

I denne delen prøver vi å kartlegge spesielle hendelser i livet ditt. Både de som inntraff før UNIFIL, mens du tjenestegjorde i UNIFIL og etter at du kom hjem.

9. Har du erfart noe av dette før, under eller etter UNIFIL-tjenesten?

Dette kan du ha opplevd flere ganger, du kan derfor krysse av flere ganger på samme linje.

	Ja, før UNIFIL	Ja, under UNIFIL	Ja, etter UNIFIL	Nei
Har du vært alvorlig syk?	☐	☐	☐	☐
Har du opplevd traumatisk død i nær familie (foreldre/søsken/partner/barn)?	☐	☐	☐	☐
Har du blitt mobbet?	☐	☐	☐	☐
Har du opplevd skilsmisse/separasjon hos foreldre?	☐	☐	☐	☐
Har du hatt langvarige problemer i ditt ekteskap eller samliv?	☐	☐	☐	☐
Har du selv vært gjennom separasjon/skilsmisse?	☐	☐	☐	☐
Har du vært arbeidsledig i lengre tid?	☐	☐	☐	☐
Har du hatt store økonomiske problemer?	☐	☐	☐	☐
Har du noen gang vært utsatt for en alvorlig ulykke?	☐	☐	☐	☐
Har du noen gang vært utsatt for en alvorlig naturkatastrofe (ras, flom, tsunami, jordskjelv eller lignende)?	☐	☐	☐	☐
Har du vært utsatt for seksuelle overgrep?	☐	☐	☐	☐
Har du vært psykisk syk?	☐	☐	☐	☐
Har du hatt rus-/alkoholproblemer?	☐	☐	☐	☐
Har noen i din nære familie hatt rus-/alkoholproblemer?	☐	☐	☐	☐
Har du vært utsatt for vold/overfall/voldelig kriminalitet eller annen voldsutøvelse?	☐	☐	☐	☐

Del 4 – Din tjeneste i Libanon

Her spør vi om dine erfaringer fra Libanon. Alt fra hvilken kontingent du tjenestegjorde i og om dine opplevelser under tjenesten, til vurdering av den risiko du ble utsatt for i Libanon. Vi spør også om hvordan du opplevde din leder i Libanon, og om det var hendelser hjemme som påvirket deg mens du tjenestegjorde. Vi ber deg svare så nøyaktig som mulig, selv om det er mange år siden.

A – Detaljer rundt din tjenestegjøring

10. Hva var din høyeste militære grad i Libanon?

Menig – Grenader, eller tilsvarende	☐
Korporal, eller tilsvarende	☐
Sersjant – Løytnant, eller tilsvarende	☐
Kaptein – Major, eller tilsvarende	☐
Oberstløytnant og over, eller tilsvarende	☐

11. Hvilken kontingent(er) tjenestegjorde du i? Flere kryss er mulig – listen fortsetter på neste side

Kontingent I	Vår / Høst 1978	☐	Kontingent XXII	Høst 1988 / Vår 1989	☐
Kontingent II	Høst 1978 / Vår 1979	☐	Kontingent XXIII	Vår / Høst 1989	☐
Kontingent III	Vår / Høst 1979	☐	Kontingent XXIV	Høst 1989 / Vår 1990	☐
Kontingent IV	Høst 1979 / Vår 1980	☐	Kontingent XXV	Vår / Høst 1990	☐
Kontingent V	Vår / Høst 1980	☐	Kontingent XXVI	Høst 1990 / Vår 1991	☐
Kontingent VI	Høst 1980 / Vår 1981	☐	Kontingent XXVII	Vår / Høst 1991	☐
Kontingent VII	Vår / Høst 1981	☐	Kontingent XXVIII	Høst 1991 / Vår 1992	☐

L

3

L

Hvilken kontingent(er) tjenestegjorde du i? (fortsettelse fra forrige side)

Kontingent VIII	Høst 1981 / Vår 1982	☐	Kontingent XXIX	Vår / Høst 1992	☐
Kontingent IX	Vår / Høst 1982	☐	Kontingent XXX	Høst 1992 / Vår 1993	☐
Kontingent X	Høst 1982 / Vår 1983	☐	Kontingent XXXI	Vår / Høst 1993	☐
Kontingent XI	Vår / Høst 1983	☐	Kontingent XXXII	Høst 1993 / Vår 1994	☐
Kontingent XII	Høst 1983 / Vår 1984	☐	Kontingent XXXIII	Vår / Høst 1994	☐
Kontingent XIII	Vår / Høst 1984	☐	Kontingent XXXIV	Høst 1994 / Vår 1995	☐
Kontingent XIV	Høst 1984 / Vår 1985	☐	Kontingent XXXV	Vår / Høst 1995	☐
Kontingent XV	Vår / Høst 1985	☐	Kontingent XXXVI	Høst 1995 / Vår 1996	☐
Kontingent XVI	Høst 1985 / Vår 1986	☐	Kontingent XXXVII	Vår / Høst 1996	☐
Kontingent XVII	Vår / Høst 1986	☐	Kontingent XXXVIII	Høst 1996 / Vår 1997	☐
Kontingent XVIII	Høst 1986 / Vår 1987	☐	Kontingent XXXIX	Vår / Høst 1997	☐
Kontingent XIX	Vår / Høst 1987	☐	Kontingent XL	Høst 1997 / Vår 1998	☐
Kontingent XX	Høst 1987 / Vår 1988	☐	Kontingent XLI	Vår / Høst 1998	☐
Kontingent XXI	Vår / Høst 1988	☐	Husker ikke/Vet ikke		☐
			Intet av det over passer da jeg roterte skjevt		☐

12. Ble du refset under tjenesten i UNIFIL? Flere kryss mulig hvis du ble refset flere ganger.

Nei	☐	Spesifiser:
Ja, på grunn av vådeskudd	☐	
Ja, på grunn av misbruk alkohol/rus	☐	
Ja, på grunn av andre disiplinære forhold	☐	
Ja, på grunn av andre forhold	☐	

13. Ble tjenesten din i UNIFIL avsluttet før tiden? Flere kryss mulig hvis du avsluttet tjenesten før tiden flere ganger.

Nei	☐	→ Gå til spørsmål 15
Ja, fordi jeg kom inn på skole	☐	Spesifiser:
Ja, fikk jobb i Norge som jeg ikke kunne si nei til	☐	
Ja, søkte meg hjem pga mistrivsel	☐	
Ja, søkte meg hjem pga økonomiske forhold	☐	
Ja, søkte meg hjem pga familieforhold	☐	
Ja, jeg ble repatriert pga disiplinære forhold	☐	
Ja, jeg ble repatriert pga tjenstlige forhold	☐	
Ja, jeg ble repatriert pga helsemessige årsaker	☐	
Ja, av annen grunn	☐	

14. Dersom du ble repatriert før tiden, hvor belastende var dette?

Jeg ble ikke repatriert før tiden	☐
Ikke belastende i det hele tatt	☐
Noe belastende	☐
Ganske belastende	☐
Svært belastende	☐

15. Hva gikk du til da du kom hjem fra Libanon?

Fortsatte i Forsvaret	☐
Begynte i sivil jobb	☐
Ble arbeidsledig	☐
Gikk til attføring eller trygd	☐
Begynte på skole/utdanning/studier	☐

T

T

B – Opplevelse av arbeidsbelastning, stressreaksjoner og psykososiale forhold i Libanon

16. Ta stilling til påstandene nedenfor som omhandler din opplevelse av forberedelsene i Norge og av arbeid og hvile i Libanon. Har du flere kontingenter i Libanon, ta utgangspunkt i den mest belastende kontingenten.

Sett ett kryss på hver linje:	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg hadde tilfredsstillende muligheter for hvile og rekreasjon mens jeg tjenestegjorde inne i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg kunne tilbringe tid for meg selv når jeg hadde behov for det	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var for det meste utsovet/uthvilt i tjenesten	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeidsbelastningen var for høy i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeidet var krevende	☐	☐	☐	☐	☐
Sanitærforholdene var tilfredsstillende	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde tilfredsstillende tilgang til mat og vann	☐	☐	☐	☐	☐
Tjenesten i Libanon svarte til min sivile eller militære utdanning eller yrkespraksis	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg fikk tilstrekkelig opplæring og var godt forberedt på tjenesten i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde tilfredsstillende muligheter for «leave»/ferie	☐	☐	☐	☐	☐

17. Ta stilling til påstandene nedenfor som omhandler din opplevelse av psykososiale forhold og ledelse. Har du flere kontingenter i Libanon, ta utgangspunkt i den mest belastende kontingenten.

Sett ett kryss på hver linje:	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg hadde noen jeg kunne være fortrolig med blant mine kolleger	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde samhold og støtte fra mine kolleger	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde en sjef som var støttende	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde en sjef som var faglig dyktig og som jeg kunne stole på gjorde de riktige vurderingene for å løse oppdraget på en god og sikker måte	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg følte meg ensom i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde lederansvar i Libanon som jeg opplevde som belastende	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg fikk lederansvar i Libanon som jeg ikke var utdannet til eller forberedt på	☐	☐	☐	☐	☐

18. Ta stilling til påstandene nedenfor som omhandler din opplevelse av dine egne reaksjoner. Har du flere kontingenter i Libanon, ta utgangspunkt i den mest belastende kontingenten.

Sett ett kryss på hver linje:	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg sov dårlig mens jeg var i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde problemer med å slappe av og roe meg ned mens jeg var i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var til tider skvetten mens jeg var i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var vaksom overfor mulige farer hele tiden	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg følte meg slapp og tiltaksløs mens jeg var i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐

L

5

L

T

T

C – Eksponering for alvorlige hendelser i Libanon

Vi ønsker å vite hva du har opplevd av alvorlige hendelser i Libanon, og hvor belastende dette var.

Dersom du ikke ble utsatt for alvorlige hendelser, skal du ikke ta stilling til hvor belastende dette var, men gå videre til neste spørsmål.

19. Opplevde du noe av det følgende mens du tjenestegjorde i Libanon?	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, 3-5 ganger	Ja, 5 ganger +		Hvis ja, hvor belastende var det?			
						Ikke bel.	Noe bel.	Ganske bel.	Svært bel.
Jeg gikk eller kjørte patrulje, eller deltok på andre operative oppdrag	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble såret i tjenesten	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg eller laget mitt ble rammet av en IED (Improvised explosive device) eller veibombe	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble angrepet, eller på andre måter utsatt for kjemiske og/eller biologiske stridsmidler	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg havnet i kryssild mellom to stridende parter med håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter etc.)	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg utførte førstehjelp på alvorlig skadde personer	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg så en medsoldat bli alvorlig skadet eller drept	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg var involvert i, eller vitne til, en alvorlig ulykke som ikke var relatert til kamphandlinger	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg truet andre med våpen	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg avfyrt varselskudd	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg avfyrt skudd mot personer eller grupper av personer under utførelsen av tjenesten	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg var vitne til brutalitet mot sivilbefolkningen, fanger eller andre	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble beskyttet med håndvåpen, artilleri, rakettvåpen eller andre våpen	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde å bli omringet/tatt i bakhold	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde å bli tatt til fange eller «hijacket» (hijacket beskriver en situasjon der noen ved hjelp av trusler om vold/våpenbruk tar kontroll over bilen du kjører eller er passasjer på)	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde en situasjon/et øyeblikk hvor jeg trodde jeg skulle dø	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg deltok i minerydding/eksplosivrydding (EOD)	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg gikk eller kjørte gjennom et minelagt område, eller IED område, uten at dette var klarert for miner	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble angrepet av personer eller grupper som var ubevæpnet, eller som var bevæpnet med primitive våpen som steiner, stokker etc.	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg var med på å stoppe, løse opp eller slå ned demonstrasjoner eller folkeansamlinger (massetjeneste eller «riot control»)	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde å bli angrepet, truet eller provosert uten å ha mulighet til å gjengjelde på grunn av FN-mandatets begrensninger (militært ydmyket)	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐

L

6

L

T

T

Opplevde du noe av det følgende mens du tjenestegjorde i Libanon?
(Fortsettelse fra forrige side)

Hvis ja, hvor belastende var det?

	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, 3-5 ganger	Ja, 5 ganger +		Ikke bel.	Noe bel.	Ganske bel.	Svært bel.
Jeg opplevde at andre ble angrepet, mishandlet eller truet uten å ha mulighet til å stoppe det på grunn av FN-mandatets begrensninger	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde å bli beskyttet av egne styrker ved en feiltakelse («blue on blue»)	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble bitt/stukket av slange, skorpion eller andre giftige dyr	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble utsatt for skadelig røyk, sterkt forurenset luft/drikkevann eller andre miljøgifter	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble utsatt for en selvmordsbomber	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble smittet av malaria, gul feber eller andre alvorlige sykdommer	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde diaré («jallamag») som var så alvorlig at det påvirket min evne til å utføre oppdraget	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble utsatt for seksuell trakassering/seksuell krenkende adferd	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble utsatt for seksuelt overgrep/voldtatt	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg ble mobbet	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Avfyrte du noen gang et skudd ved et uhell (vådeskudd)?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Kom du noen gang til å skade noen av dine medsoldater eller andre egne ved et uhell?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Gjorde du en feilvurdering som førte til at noen av dine medsoldater eller andre egne ble skadd eller drept?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Gjorde du noen gang en feilvurdering som førte til at sivile eller personer tilhørende fiendtlige grupperinger ble skadet eller drept?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Såret du eller tok du livet av noen under tjenesten, som du i ettertid har tenkt at var unødvendig, og som du derfor angreper på?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Var du med på ting som var moralsk betenkelig?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Unnlot du å gjøre ting som du nå i etterkant ser at du burde ha gjort?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Jeg tok liv mens jeg tjenestegjorde i UNIFIL (svarer du nei på dette spørsmålet, går du til spørsmål 23).	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐

20. Da du tok liv under utførelsen av tjenesten, på hvilken avstand var dette? Dersom du har tatt liv flere ganger, kryss kun av for den korteste avstanden.

- 0-5 meter ☐
- 5-20 meter ☐
- 20-100 meter ☐
- 100-500 meter ☐
- Over 500 meter ☐

L

7

L

T

T

21. Hva var årsaken til at du tok liv under tjenesten i Libanon?

Sett flere kryss hvis du tok liv i tjenesten ved flere anledninger.

- ☐ Det var i selvforsvar
☐ Det var nødvendig for å løse oppdraget
☐ Det var et uhell
☐ Andre grunner

Spesifiser:

22. Angrer du på at du tok liv mens du tjenestegjorde i UNIFIL?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

23. Opplevde du andre alvorlige hendelser mens du tjenestegjorde i Libanon som ikke er nevnt over?

- ☐ Nei
☐ Ja

→ Gå til spørsmål 25

Hvis ja, spesifiser:

24. Hvor belastende var den/disse andre alvorlige hendelsen(e) du spesifiserte i spørsmål 23?

- ☐ Ikke belastende i det hele tatt
☐ Noe belastende
☐ Ganske belastende
☐ Svært belastende

25. Har du eller har du hatt dårlig samvittighet for noe du gjorde eller var med på i Libanon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

→ Gå til spørsmål 27

26. Dersom du har dårlig samvittighet for noe du gjorde eller var med på i Libanon, hvor belastende er dette for deg?

- ☐ Ikke belastende i det hele tatt
☐ Noe belastende
☐ Ganske belastende
☐ Svært belastende

27. Totalt sett, hvor belastende var det å tjenestegjøre i Libanon?

- ☐ Ikke belastende i det hele tatt
☐ Noe belastende
☐ Ganske belastende
☐ Svært belastende

L

8

L

T

T

D – Vurdering av risiko

Vi ber deg om å svare på spørsmålene under som omhandler din vurdering av risiko, og hvor belastende du syntes den enkelte risiko var. Dersom du vurderer noe til ikke å være en risiko i det hele tatt, skal du ikke vurdere belastningen knyttet til risikoen, men gå videre til neste spørsmål. Dersom du var ute i flere kontingenter, ta utgangspunkt i den kontingenten med høyest risiko.

28. Var noen av disse risikofaktorene til stede i Libanon?**Hvis ja, hvor belastende var det?**

Var det en risiko for å ...	Nei	Ja, liten risiko	Ja, moderat risiko	Ja, stor risiko		Ikke bel.	Noe bel.	Ganske bel.	Svært bel.
Bli såret eller drept i eller utenfor tjenesten?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli rammet av en IED (Improvised explosive device) eller veibombe?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli angrepet, eller på andre måter utsatt for kjemiske og/eller biologiske stridsmidler?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Havne mellom to stridende parter (kryssild) og således bli rammet av håndvåpen eller tyngre våpen (artilleri, raketter etc.)?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Trække eller kjøre på en mine/UXO?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli angrepet av personer eller grupper som var ubevæpnet eller som var bevæpnet med primitive våpen som steiner, stokker etc.?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli beskyttet av egne styrker ved en feiltakelse («blue on blue»)?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli bitt/stukket av slange, skorpion eller andre giftige dyr?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli utsatt for en selvmordsbombe?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Bli utsatt for en ulykke i eller utenfor tjenesten?	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐

29. Var det andre konkrete risikoer ved å tjenestegjøre i Libanon som ikke er nevnt over?

Nei ☐
Ja ☐

→ Gå til spørsmål 31

Hvis ja, spesifiser:

30. Hvor belastende var den risikoen du spesifiserte i spørsmål 29?

Ikke belastende i det hele tatt ☐ Ganske belastende ☐
Noe belastende ☐ Svært belastende ☐

31. Ta stilling til påstandene nedenfor som omhandler din opplevelse av sikkerhet og mestring i Libanon. Hvis du var ute i flere kontingenter, ta utgangspunkt i den mest belastende kontingenten.

Sett ett kryss på hver linje:	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg var bekymret for at utstyr jeg brukte skulle svikte (eks. sikkerhetsutstyr, kjøretøy eller våpen)	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde at sikkerheten ble ivaretatt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var urolig for at vi skulle komme opp i en situasjon vi ikke mestret	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg følte meg trygg på mine lagkamerater	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var urolig for å gjøre feil/svikte under press	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg følte meg utrygg på at jeg ville mestre vanskelige situasjoner	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg hadde tilstrekkelig tilgang til ammunisjon og det militære utstyret som var nødvendig for å løse oppdraget	☐	☐	☐	☐	☐

L

9

L

T

T

E – Ledelse

Under finner du seks utsagn som omhandler lederstilen til din nærmeste sjef i Libanon. Din nærmeste sjef er den sjefen du forholdt deg til daglig, og som du derfor hadde mest å gjøre med og husker best. Dersom du har flere kontingenter, vurder sjefen fra den mest krevende kontingenten.

32. Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn knyttet til din opplevelse av din nærmeste sjef i Libanon?

Sett ett kryss på hver linje:	Ikke i det hele tatt	En gang i blant	Noen ganger	Ganske ofte	Ofte, men ikke alltid	Husker ikke/vet ikke
Lederen ga uttrykk for oppfatninger som var i samsvar med hans eller hennes handlinger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lederen tok vanskelige avgjørelser på grunnlag av høye standarder for etisk opptreden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lederen unngikk å involvere seg når viktige saker kom opp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lederen var ikke til stede når det var behov for han/henne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lederen unngikk å ta beslutninger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lederen utsatte å svare på spørsmål som hastet	☐	☐	☐	☐	☐	☐

F – Hendelser hjemme som påvirket deg mens du var i Libanon**33. Ta stilling til påstandene nedenfor som omhandler din opplevelse av forholdet til familien hjemme. Hvis du var ute i flere kontingenter, ta utgangspunkt i alle under ett.**

Sett ett kryss på hver linje:	Aldri/ nei	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg opplevde det å være borte fra familien som belastende	☐	☐	☐	☐	☐
Situasjonen hjemme var en belastning for meg (eks. sykdom, barns reaksjoner, konflikter, alvorlige hendelser)	☐	☐	☐	☐	☐
Min nærmeste familie/partner var en god støtte for meg	☐	☐	☐	☐	☐
Bekymring fra mine nærmeste var en belastning for meg mens jeg var i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐

34. Noen flere spørsmål om forholdet til familien mens du var i Libanon:

Dersom du svarer nei, skal du ikke ta stilling til hvor belastende det var, men gå videre til neste spørsmål.

	Ja	Nei		Ikke bel.	Noe bel.	Ganske bel.	Svært bel.
Fikk du problemer i forholdet til ektefelle/kjæreste/samboer/partner?	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Opplevde du samlivsbrudd mens du var i Libanon?	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Fikk du problemer i forhold til øvrig familie hjemme?	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐
Opplevde du alvorlig sykdom/død i nær familie?	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐

Hvis ja, hvor belastende var det?

35. Var det andre hendelser hjemme som påvirket deg mens du tjenestegjorde i Libanon?

Nei ☐
Ja ☐

→ Gå til spørsmål 37

Hvis ja, spesifiser:

36. Hvor belastende var den/disse andre hendelsen(e) hjemme som du spesifiserte i spørsmål 35?

Ikke belastende i det hele tatt	☐
Noe belastende	☐
Ganske belastende	☐
Svært belastende	☐

L

10

L

T

T

Del 5 – Fysisk og psykisk helse

Mange av disse spørsmålene er standardiserte sett som har blitt brukt av forskere tidligere, både i Norge og i utlandet. For sammenlignbarhetens skyld har vi valgt å ta med spørsmålene uten å gjøre endringer. Noen av spørsmålene kan derfor virke litt underlige, men vi ber deg svare så godt det lar seg gjøre.

A – Personlige endringer etter deployering

Krig, katastrofer eller andre ekstreme opplevelser kan, for noen, sette i gang endringer på det personlige plan. I noen sammenhenger kan dette bety negative endringer, men ofte ser man også vekst og positive endringer etter ekstreme opplevelser.

37. Nedenfor er det en rekke utsagn. Ta stilling til om du opplever at du har endret deg på disse områdene som en følge av dine erfaringer fra Libanon.

Sett ett kryss på hver linje:	Mye dårligere/ mindre enn før Libanon	Dårligere/ mindre enn før Libanon	Samme som før Libanon	Bedre/mer enn før Libanon	Mye bedre/ mer enn før Libanon
Min evne til å ta egne avgjørelser er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Min evne til å mestre stress er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg føler meg trygg på at jeg mestrer uventede situasjoner	☐	☐	☐	☐	☐
Min psykiske styrke er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Min arbeidskapasitet er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg stoler på meg selv	☐	☐	☐	☐	☐
Min evne til å jobbe målrettet er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Mitt sosiale liv er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Min kontakt med andre mennesker generelt er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Min tillit til andre mennesker er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Min evne til å være følelsesmessig nær et annet menneske er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er engasjert i ting utenfor jobb/studier	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har verdifulle betraktninger om livet som jeg deler med andre	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg gir av meg selv når jeg er sammen med andre	☐	☐	☐	☐	☐
Min toleranse overfor andre mennesker er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er overbærende overfor andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐
Min evne til å lytte til andre mennesker er ...	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg gir omsorg til andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er stolt av meg selv	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg lever i pakt med mine indre verdier	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er bevisst mine prioriteringer i livet	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg setter pris på livet	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg ser det positive med tilværelsen	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg nyter de små øyeblikk	☐	☐	☐	☐	☐

L

11

L

T

T

38. Ta stilling til hver av påstandene nedenfor ved å sette kryss for det alternativet som stemmer best med hvordan du - som et resultat av tjenesten i Libanon - opplevde positive endringer hos deg selv.

Sett ett kryss på hver linje:	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I veldig stor grad
Jeg har endret mine prioriteringer når det gjelder hva som er viktig i livet	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg setter mer pris på livet mitt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har fått nye interesser	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har fått mer tro på meg selv	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har fått en ny forståelse av åndelige spørsmål	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har oppdaget at jeg kan stole på andre i vanskelige situasjoner	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har lagt om kursen i livet mitt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg føler mer nærhet til andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er mer villig til å uttrykke følelsene mine	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er sikrere på at jeg kan håndtere vanskeligheter	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg får mer ut av livet mitt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har lettere for å godta ting som de har blitt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg setter mer pris på hver eneste dag	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har fått nye muligheter jeg ellers ikke ville ha fått	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg gjør mer for å ta vare på dem jeg bryr meg om	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er mer tilbøyelig til å forandre på ting som trenger å endres	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har en sterkere religiøs tro	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har oppdaget at jeg er sterkere enn jeg tror	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har lært mye om hvor flotte mennesker kan være	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har lettere for å akseptere at jeg trenger andre	☐	☐	☐	☐	☐

B – Stressreaksjoner

Noen vil ha stressreaksjoner etter hendelser og belastninger de har vært med på. Dette kan variere i fra få milde symptomer til mange og kraftigere symptomer.

39. Stressreaksjoner i dag. Nedenfor finner du 10 spørsmål som omhandler i hvor stor grad du opplever stressreaksjoner i dag. Svar på spørsmålene ut fra i hvilken grad du har erfart disse stressreaksjonene i løpet av de siste syv døgn.

I løpet av de siste 7 dager har du opplevd ...	Ikke i det hele tatt	0	1	Litt	2	3	En del	4	5	Svært mye	6
Søvnproblemer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drømmer eller mareritt om spesielle hendelser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depresjon, nedtrykt sinnstilstand	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tendens til å isolere deg fra andre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Irritasjon, blir lett ergerlig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følelser som svinger lett opp og ned	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dårlig samvittighet, selvbebreidelser, skyldfølelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frykt for situasjoner som minner om spesielle hendelser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anspenthet i kroppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L

12

L

T

T

40. Stressreaksjoner i den første måneden etter hjemkomst. Nedenfor finner du de samme 10 spørsmålene som ovenfor, denne gangen er det dine stressreaksjoner i den første måneden etter at du kom hjem fra Libanon vi ønsker å få svar på. Forsøk å svare etter beste evne selv om det er lenge siden. Dersom du har flere kontingenter i Libanon, ta utgangspunkt i den kontingenten som var mest belastende.

I hvor stor grad opplevde du i løpet av den første måneden etter hjemkomst ...

Svarene angis på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 6 (svært mye)

	Ikke i det hele tatt	0	1	Litt	2	3	En del	4	5	Svært mye	6
Søvnproblemer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drømmer eller mareritt om spesielle hendelser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depresjon, nedtrykt sinnstilstand	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tendens til å isolere deg fra andre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Irritasjon, blir lett ergerlig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følelser som svinger lett opp og ned	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dårlig samvittighet, selvbekreidelser, skyldfølelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frykt for situasjoner som minner om spesielle hendelser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anspenhet i kroppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

41. Hvor lang tid tok det før de 10 stressreaksjonene du ble spurt om i spørsmål 40 ble borte?

Hadde ikke stressreaksjoner	☐	3-6 måneder	☐
Mindre enn 1 måned	☐	Mer enn 6 måneder	☐
1-3 måneder	☐	De ble ikke borte	☐

42. Her kommer flere spørsmål om mulige stressreaksjoner. Noen av disse spørsmålene ligner på eller er identiske med spørsmål du har svart på ovenfor. Vi ber deg likevel besvare disse så presist og nøyaktig som mulig.

I hvor stor grad har du i løpet av de siste 7 dager erfart følgende:

	Ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Ganske mye	Veldig mye
Gjentatte, urovekkende minner/tanker om en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Gjentatte, urovekkende drømmer om en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Plutselig oppfører du deg som, eller får en følelse av, at en tidligere belastende militær hendelse skjer på ny (som om du gjenopplever den)	☐	☐	☐	☐	☐
Føler deg veldig urolig når noen minner deg på en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Får kroppslige reaksjoner (hjertebank, pustebesvær eller svetting) når noen minner deg på en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Unngår å snakke om/tenke på en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Unngår aktiviteter/situasjoner fordi de minner deg om en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Vansker med å huske vesentlige deler av en tidligere belastende militær hendelse	☐	☐	☐	☐	☐
Tap av interesse for ting som pleide å glede deg	☐	☐	☐	☐	☐
Føler deg fjern eller stengt ute fra andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐
Føler deg følelsesmessig nummen eller ute av stand til å ha kjærlige følelser for de som står deg nær	☐	☐	☐	☐	☐
Føler deg som om din fremtid vil bli begrenset	☐	☐	☐	☐	☐
Vansker med å få sove, eller sove uavbrutt	☐	☐	☐	☐	☐
Føler deg irritabel eller har sinte utbrudd	☐	☐	☐	☐	☐
Konsentrasjonsvansker	☐	☐	☐	☐	☐
Er veldig årvåken/på vakt	☐	☐	☐	☐	☐
Føler deg skvetten eller lett å skremme	☐	☐	☐	☐	☐

L

13

L

T

T

C – Hvordan er livet?

Vi vil vite hvordan du vurderer livet ditt i dag, hvordan du har hatt det siden Libanon og hvordan du fungerer innenfor tre viktige arenaer; familie, venner og i arbeidslivet.

43. Hvordan har du det?**Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene?**

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken eller	Ganske enig	Helt enig
På mange måter er livet mitt nær idealet mitt	☐	☐	☐	☐	☐
Livsbedingungen mine er svært gode	☐	☐	☐	☐	☐
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	☐	☐	☐	☐	☐
Hadde jeg kunnet levd på nytt ville jeg nesten ikke forandret på noe	☐	☐	☐	☐	☐

44. Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd eller misfornøyd med tilværelsen?

Svært misfornøyd	☐	Nokså fornøyd	☐
Meget misfornøyd	☐	Meget fornøyd	☐
Nokså misfornøyd	☐	Svært fornøyd	☐
Både og	☐		

45. Sett kryss for det utsagnet som passer best for hvordan du har hatt det siden du tjenestegjorde i Libanon. Dersom du har flere kontingenter, ta utgangspunkt i den siste kontingenten.

☐ Jeg har vært frisk siden den gang. Ingen stressplager/psykiske problemer som følge av tjenesten i Libanon.

☐ Jeg var syk/hadde problemer som følge av tjenesten i Libanon i en periode, men dette har gått over og jeg har vært frisk siden.

Angi cirka hvor mange måneder denne perioden varte måneder

☐ Jeg har fungert bra, men har hatt tilbakevendende episoder av kortere varighet (mindre enn 1 mnd) med stressplager (anspenkhet/skvettenhet/uro/mareritt/søvnløshet) som kan relateres til tjenesten i Libanon.

Ca. hvor mange episoder har du hatt? Har du vært i stand til å jobbe i disse periodene? Ja ☐ Nei ☐

☐ Jeg har fungert bra, men har hatt tilbakevendende episoder av lengre varighet (1 måned eller mer) med stressplager som kan relateres til tjenesten i Libanon.

Ca. hvor mange episoder har du hatt? Har du vært i stand til å jobbe i disse periodene? Ja ☐ Nei ☐

☐ Jeg har vært kronisk syk/plaget, og dette kan relateres til tjenesten i Libanon.

Har du vært i stand til å jobbe? Ja ☐ Nei ☐

L

L

T

T

D - Hvordan fungerer du?

Her kommer tre påstander innenfor sentrale livsområder. Sett kryss langs linjen, som beskriver din situasjon i dag. Dersom du ikke har problemer, sett kryss helt til venstre (0).

46. Min arbeidsevne er begrenset på grunn av mine problemer. Hvis du på nåværende tidspunkt ikke er i arbeid, tenk deg hvordan du ville fungert i arbeid/skole ut fra aktuelle plager.

Slett ikke											I meget alvorlig grad (ikke arbeidsdyktig)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

47. Min deltagelse i sosialt liv/fritidsaktiviteter er begrenset på grunn av mine problemer. For eksempel samvær med venner og kjente, deltakelse i selskap, foreninger, uteliv, underholdning.

Slett ikke											I meget alvorlig grad (kan ikke delta)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

48. Min deltakelse i familieliv og hjemlige forpliktelser er begrenset på grunn av mine problemer. For eksempel samvær med familiemedlemmer, betale regninger, rydde, gjøre rent, handle.

Slett ikke											I meget alvorlig grad (kan ikke delta)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

E - Hvordan føler du deg?

Her kommer 14 utsagn om hvordan du føler deg. Noen av spørsmålene kan virke litt underlige, men vi ber deg svare så godt det lar seg gjøre. For hvert utsagn setter du kryss i ruten som best beskriver dine følelser den siste uken.

49. Jeg føler meg nervøs og urolig

Mesteparten av tiden	☐
Mye av tiden	☐
Fra tid til annen	☐
Ikke i det hele tatt	☐

50. Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg gjorde før

Avgjort like mye	☐
Ikke fullt så mye	☐
Bare lite grann	☐
Ikke i det hele tatt	☐

51. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, noe svært ille	☐
Ja, noe ikke så veldig ille	☐
Litt, bekymrer meg lite	☐
Ikke i det hele tatt	☐

52. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før	☐
Ikke like mye nå som før	☐
Avgjort ikke som før	☐
Ikke i det hele tatt	☐

L

15

L

T

53. Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte	☐
Ganske ofte	☐
Av og til	☐
En gang i blant	☐

54. Jeg er i godt humør

Aldri	☐
Noen ganger	☐
Ganske ofte	☐
For det meste	☐

55. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart	☐
Vanligvis	☐
Ikke så ofte	☐
Ikke i det hele tatt	☐

56. Jeg føler meg som om alt går langsommere

Nesten hele tiden	☐
Svært ofte	☐
Fra tid til annen	☐
Ikke i det hele tatt	☐

57. Jeg føler meg urolig, som om jeg har sommerfugler i magen

Ikke i det hele tatt	☐
Fra tid til annen	☐
Ganske ofte	☐
Svært ofte	☐

F – Generell helse

Her kommer 28 spørsmål som omhandler din generelle helse. Vi vil gjerne vite hvordan din helse har vært de siste to ukene sammenlignet med hvordan du vanligvis har det. Vær vennlig og besvar alle spørsmålene ved å sette kryss for det svaralternativet som du vurderer er den beste beskrivelsen av deg.

63. Kjent deg frisk og ved god helse?

Bedre enn vanlig	☐
Samme som vanlig	☐
Mindre enn vanlig	☐
Mye mindre enn vanlig	☐

64. Kjent behov for noe som kan kvikke deg opp?

Ikke i det hele tatt	☐
Ikke mer enn vanlig	☐
Heller mer enn vanlig	☐
Mye mer enn vanlig	☐

⊥

T

58. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg	☐
Ikke som jeg burde	☐
Kan hende ikke nok	☐
Bryr meg som før	☐

59. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye	☐
Ganske mye	☐
Ikke så veldig mye	☐
Ikke i det hele tatt	☐

60. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

Like mye som før	☐
Heller mindre enn før	☐
Avgjort mindre enn før	☐
Nesten ikke i det hele tatt	☐

61. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte	☐
Ganske ofte	☐
Ikke så veldig ofte	☐
Ikke i det hele tatt	☐

62. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV

Ofte	☐
Fra tid til annen	☐
Ikke så ofte	☐
Svært sjeldent	☐

65. Følt deg utkjørt og utenfor?

Ikke i det hele tatt	☐
Ikke mer enn vanlig	☐
Heller mer enn vanlig	☐
Mye mer enn vanlig	☐

66. Følt deg syk?

Ikke i det hele tatt	☐
Ikke mer enn vanlig	☐
Heller mer enn vanlig	☐
Mye mer enn vanlig	☐

⊥

T

67. Hatt hodepine?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

68. Kjent deg tung eller hatt følelse av trykk i hodet?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

69. Hatt tilløp til hetetokter eller kaldsvette?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

70. Ligget våken på grunn av bekymringer?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

71. Hatt lett for å våkne etter at du har sovnet?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

72. Vært i stand til å holde deg engasjert og i virksomhet?

- Bedre enn vanlig ☐
- Samme som vanlig ☐
- Mindre enn vanlig ☐
- Mye mindre enn vanlig ☐

73. Trengt tid på å få tingene unna?

- Raskere enn vanlig ☐
- Samme som vanlig ☐
- Lengre enn vanlig ☐
- Mye lengre enn vanlig ☐

⊥

T

74. Føler at du i det store og hele greier deg bra?

- Bedre enn vanlig ☐
- Omtrent som vanlig ☐
- Mindre bra enn vanlig ☐
- Mye mindre enn vanlig ☐

75. Vært fornøyd med den måten du fungerer på?

- Mer fornøyd enn vanlig ☐
- Omtrent som vanlig ☐
- Mindre fornøyd enn vanlig ☐
- Mye mindre fornøyd enn vanlig ☐

76. Følt at du tar del i ting på en nyttig måte?

- Mer enn vanlig ☐
- Samme som vanlig ☐
- Mindre enn vanlig ☐
- Mye mindre enn vanlig ☐

77. Følt at du er i stand til å ta beslutninger?

- Mer enn vanlig ☐
- Samme som vanlig ☐
- Mindre enn vanlig ☐
- Mye mindre enn vanlig ☐

78. Følt deg stadig under press?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

79. Vært i stand til å glede deg over dine daglige gjøremål?

- Mer enn vanlig ☐
- Samme som vanlig ☐
- Mindre enn vanlig ☐
- Mye mindre enn vanlig ☐

80. Følt deg irritabel, i dårlig humør?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

⊥

T

81. Blitt engstelig eller panisk uten grunn?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

82. Synes at alt vokser over hodet på deg?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

83. Tenkt på deg selv som en verdiløs person?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

84. Følt at livet er helt håpløst?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

85. Stadig følt deg nervøs og anspent/oppjaget?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

T

86. Følt at livet ikke er verdt å leve?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

87. Tenkt på muligheten av å gjøre slutt på livet?

- Bestemt nei ☐
- Tror ikke det ☐
- Av og til ☐
- Ja, ofte ☐

88. Følt at du til tider ikke var i stand til å gjøre det minste fordi nervene dine er i ulage?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

89. Ønsket at du var død, borte fra alt sammen?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Ikke mer enn vanlig ☐
- Heller mer enn vanlig ☐
- Mye mer enn vanlig ☐

90. Hatt det slik at tanken om å ta ditt eget liv stadig dukker opp i ditt sinn?

- Bestemt nei ☐
- Tror ikke det ☐
- Av og til ☐
- Ja, ofte ☐

L

18

L

T

T

Denne delen av spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite mer om hvordan du har det og hvordan du er i stand til å gjennomføre dine daglige gjøremål.

91. Stort sett, vil du si din helse er:

- Utmerket ☐
 Meget god ☐
 God ☐
 Nokså god ☐
 Dårlig ☐

92. Sammenliknet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?

- Utmerket ☐
 Mye bedre nå enn for ett år siden ☐
 Litt bedre nå enn for ett år siden ☐
 Omtrent den samme som for ett år siden ☐
 Litt dårligere enn for ett år siden ☐
 Mye dårligere enn for ett år siden ☐

93. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag.

Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	☐	☐	☐
Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid	☐	☐	☐
Løfte eller bære en handlekurv	☐	☐	☐
Gå opp trappen flere etasjer	☐	☐	☐
Gå opp trappen en etasje	☐	☐	☐
Bøye meg eller sitte på huk	☐	☐	☐
Gå mer enn to kilometer	☐	☐	☐
Gå noen hundre meter	☐	☐	☐
Gå hundre meter	☐	☐	☐
Vaske deg eller kle på deg	☐	☐	☐

94. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

	Ja	Nei
Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål	☐	☐
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	☐	☐
Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål	☐	☐
Du har hatt problemer med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål (for eksempel fordi det krevde ekstra anstrengelser)	☐	☐

95. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som for eksempel å være depriment eller engstelig)?

	Ja	Nei
Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål	☐	☐
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	☐	☐
Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig	☐	☐

96. I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

- Ikke i det hele tatt ☐ Mye ☐
 Litt ☐ Svært mye ☐
 En del ☐

L

19

L

T

T

97. Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene?

- Ingen ☐
- Meget svake ☐
- Svake ☐
- Moderate ☐
- Sterke ☐
- Meget sterke ☐

98. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

- Ikke i det hele tatt ☐
- Litt ☐
- En del ☐
- Mye ☐
- Svært mye ☐

99. De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det.

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
	1	2	3	4	5	6
Følt deg full av tiltakslyst	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følt deg veldig nervøs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følt deg rolig og harmonisk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hatt mye overskudd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følt deg nedfor og trist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følt deg sliten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følt deg glad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Følt deg trett	☐	☐	☐	☐	☐	☐

100. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som å besøke venner, slektninger osv.)

- Hele tiden ☐
- Nesten hele tiden ☐
- En del av tiden ☐
- Litt av tiden ☐
- Ikke i det hele tatt ☐

101. Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstandene for deg?

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
	1	2	3	4	5
Det virker som jeg blir syk litt lettere enn andre	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg tror helsen min vil forverres	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har utmerket helse	☐	☐	☐	☐	☐

L

20

L

T

T

G – Fysisk og psykisk helse og eventuell kontakt med helseapparatet

Nedenfor kommer noen spørsmål som omhandler i hvor stor grad tjenesten i Libanon har påvirket din fysiske og psykiske helse, og om du har vært i kontakt med helseapparatet.

102. Påførte tjenesten i Libanon deg fysiske helseplager?

- Ikke i det hele tatt ☐
- I liten grad ☐
- I noen grad ☐
- I stor grad ☐
- I svært stor grad ☐

103. Har noen i din nære krets (familie, venner eller kolleger) hentydet eller oppfordret deg til å søke hjelp for psykiske plager?

- Ja ☐
- Nei ☐

104. Påførte tjenesten i Libanon deg psykiske helseplager?

- Nei, gå til spørsmål 113 ☐
- I liten grad ☐
- I noen grad ☐
- I stor grad ☐
- I svært stor grad ☐

105. Når la du først merke til dine psykiske helseplager?

- Før jeg dro til Libanon ☐
- Under tjenesten ☐
- Umiddelbart etter tjenesten ☐
- 1-6 måneder etter tjenesten ☐
- 7-12 måneder etter tjenesten ☐
- 1-5 år etter tjenesten ☐
- 5-10 år etter tjenesten ☐
- Senere ☐

106. Har du søkt helsehjelp for psykiske plager?

- Nei ☐
- Ja, gå til spørsmål 108 ☐

107. Hvorfor har du ikke søkt helsehjelp? Selv om flere faktorer kan spille inn her, vil vi at du krysser av for det du mener har hatt mest å si. Når du har svart på dette spørsmålet, gå til spørsmål 113.

- Det ville kunne ødelegge karrieren min ☐
- Redd for konsekvenser for senere internasjonal tjeneste ☐
- Visste ikke hvor jeg skulle søke hjelp/vanskelig tilgjengelig ☐
- Kolleger ville ha fått svekket tillit til meg ☐
- Jeg trodde ikke behandling ville ha hjulpet meg ☐
- Jeg ville håndtere mine problemer selv ☐
- Mine problemer er av en sånn karakter at jeg ikke så det nødvendig å søke helsehjelp ☐
- Andre årsaker ☐

Spesifiser:

108. Hvor har du fått helsehjelp for dine psykiske plager?

- Jeg har søkt, men ikke fått hjelp ☐
- Fastlegen ☐
- Militærlege ☐
- Psykiatrisk poliklinikk/DPS ☐
- Privatpraktiserende psykolog/psykiater/terapeut ☐
- Forsvarets stressmestringsteam/Kontor for psykiatri og stressmestring ☐
- Andre ☐

Spesifiser:

109. Hvilken type behandling har du fått for dine psykiske plager? Flere kryss mulig.

- Medisiner/Medikamentell behandling ☐
- Psykoterapi/Samtalebehandling ☐
- Innleggelse i psykisk helsevern ☐

L

21

L

T

T

110. Har kontakten med behandlingsapparatet hjulpet for dine psykiske helseproblemer?

Ikke i det hele tatt	☐	I stor grad	☐
I noen grad	☐	Ja, jeg er kvitt mine psykiske helseplager	☐

111. Det har nå gått mange år siden tjenesten i Libanon. Dersom du i dag ser tilbake på den hjelpen du har fått, hvor ville du ha foretrukket å få denne hjelpen?

Fastlegen	☐	
Militærlege	☐	
Psykiatrisk poliklinikk/DPS	☐	
Privatpraktiserende psykolog/psykiater/terapeut	☐	
Forsvarets stressmestringsteam/Kontor for psykiatri og stressmestring	☐	
Andre	☐ Spesifiser:	

112. Har du søkt om kompensasjon/erstatning for psykiske belastningsskader etter din tjeneste i Libanon?

Nei	☐		Nei	☐
Ja	☐	Hvis ja, har du fått innvilget erstatning?	Ja	☐

113. Nedenfor følger noen utsagn som kan ha betydning dersom du i fremtiden skulle få behov for å søke helsehjelp for psykiske plager.

Angi hvor enig eller uenig du er i hvert utsagn:	Helt uenig	Ganske uenig	Verken eller	Ganske enig	Helt enig
Jeg stoler ikke på helsevesenet	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg vet ikke hvor jeg skulle ha søkt hjelp	☐	☐	☐	☐	☐
Det ville vært for flaut	☐	☐	☐	☐	☐
Det ville kunne ødelegge karrieren min	☐	☐	☐	☐	☐
Kolleger ville få svekket tillit til meg	☐	☐	☐	☐	☐
Mine sjefer ville behandlet meg annerledes	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg tror ikke en slik behandling ville ha hjulpet meg	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg ville ha blitt sett på som svak	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg ønsker å håndtere mine vansker selv	☐	☐	☐	☐	☐

114. Basert på egen erfaring, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med Forsvarets egen oppfølging/ arbeid for å avhjelpe psykiske stressvansker?

	Meget misfornøyd	Ganske misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Ganske fornøyd	Meget fornøyd
.... før utreise	☐	☐	☐	☐	☐
.... under tjenesten	☐	☐	☐	☐	☐
.... etter hjemkomst	☐	☐	☐	☐	☐
.... alt i alt	☐	☐	☐	☐	☐

115. I tiden etter hjemkomst, hvor mange personer stod deg så nær at du kunne ha regnet med dem hvis du skulle ha fått store personlige problemer?

Ingen	☐	3-5 personer	☐
1 person	☐	6 eller flere	☐
2 personer	☐		

L

22

L

T

T

H – Selvmord og selvmordstanker

Ved å svare så ærlig som mulig på spørsmålene under er du med på å øke vår kunnskap om selvmord og veteraner. Flere kryss per spørsmål er mulig.

116. Har du noen gang tenkt på å ta livet ditt?

- Ja, før UNIFIL ☐
- Ja, under UNIFIL ☐
- Ja, etter UNIFIL ☐
- Ja, for mindre enn 12 måneder siden ☐
- Nei – gå til spørsmål 124 ☐

117. Har du noen gang gjort forsøk på å ta ditt eget liv?

- Ja, før UNIFIL ☐
- Ja, under UNIFIL ☐
- Ja, etter UNIFIL ☐
- Ja, for mindre enn 12 måneder siden ☐
- Nei – gå til spørsmål 119 ☐

118. Hvilket av disse utsagnene passer best på ditt selvmordsforsøk?

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Jeg ønsket å dø | ☐ | ☐ |
| Jeg ønsket hjelp fra noen | ☐ | ☐ |
| Jeg ønsket å slippe en uutholdelig følelse | ☐ | ☐ |
| Annet, spesifiser: | ☐ | ☐ |

119. Da du forsøkte å ta ditt eget liv, eller da du hadde tanker om å ta ditt eget liv, hva har hovedproblemet vært?

- Forhold knyttet til familiære forhold ☐
- Forhold knyttet til livssituasjon ☐
- Forhold knyttet til rusproblematikk ☐
- Forhold knyttet til UNIFIL-tjenesten ☐
- Forhold knyttet til kjæreste/ektefelle ☐
- Forhold knyttet til arbeid/økonomi ☐
- Forhold knyttet til psykisk sykdom ☐
- Annet, spesifiser: ☐

120. Førte selvmordsforsøket eller dine tanker om å ta ditt eget liv til kontakt med helsevesenet?

- Ja ☐
- Nei – gå til spørsmål 122 ☐

121. Da du hadde kontakt med helsevesenet i forbindelse med selvmordstanker/-forsøk, fikk du den hjelpen du trengte?

- I høy grad ☐
- I noen grad ☐
- Både og ☐
- I liten grad ☐
- Slett ikke ☐

122. Førte selvmordsforsøket eller dine tanker om å ta ditt eget liv til noe av det følgende:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Kontakt med lege | ☐ | ☐ |
| Medisinsk behandling | ☐ | ☐ |
| Sykefravær | ☐ | ☐ |
| Kontakt med psykiater eller psykolog e.l. | ☐ | ☐ |
| Sykehusinnleggelse | ☐ | ☐ |
| Uførhet | ☐ | ☐ |
| Annet, spesifiser: | ☐ | ☐ |

123. Jeg sliter med å komme meg over mine selvmordstanker/-forsøk, og dette hemmer min normale livsutfoldelse i dag

- I høy grad ☐
- I noen grad ☐
- Både og ☐
- I liten grad ☐
- Slett ikke ☐

L

23

L

T

T

I – Her kommer noen spørsmål om søvn

Vi ønsker at du – uavhengig om du har søvnproblemer eller ikke – svarer på alle fem spørsmålene nedenfor.

124. Vær vennlig å angi hvor store vansker du har med søvnen nå for tiden (de to siste ukene)	Ingen 0	Milde 1	Moderate 2	Alvorlige 3	Veldige 4
Vansker med å sovne	☐	☐	☐	☐	☐
Vansker med å holde meg sovende	☐	☐	☐	☐	☐
Vansker med at jeg våkner for tidlig	☐	☐	☐	☐	☐

125. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmønster?

Veldig fornøyd	☐
Fornøyd	☐
Nøytral	☐
Misfornøyd	☐
Veldig misfornøyd	☐

126. I hvilken grad mener du at ditt søvnproblem forstyrrer din daglige fungering? For eksempel tretthet på dagtid, evne til å fungere på arbeid eller i daglige gjøremål, konsentrasjon, hukommelse, humør etc.

Forstyrrer ikke i det hele tatt	☐
Litt	☐
Noe	☐
Mye	☐
Forstyrrer i veldig stor grad	☐

127. Hvor synlig tror du det er for andre at du har søvnproblemer?

Ikke synlig i det hele tatt	☐
Litt	☐
Noe	☐
Mye	☐
Synlig i veldig stor grad	☐

128. Hvor bekymret/plaget er du over ditt nåværende søvnproblem?

Ikke bekymret i det hele tatt	☐
Litt	☐
Noe	☐
Mye	☐
Bekymret i veldig stor grad	☐

L

24

L

T

T

Del 6 – Alkohol og narkotika/stoff

Her ønsker vi å vite om ditt forhold til alkohol og narkotika/stoff. Når det kommer til alkohol spør vi om ditt forbruk ved to forskjellige tidspunkt: A) i Libanon og B) i dag. Selv om det er lenge siden ber vi deg svare på spørsmålene så godt du kan.

A – Ditt forhold til alkohol mens du tjenestegjorde i Libanon

Dersom du har flere kontingenter i Libanon vil vi at du tar utgangspunkt i den kontingenten hvor du hadde høyest alkoholforbruk når du svarer på spørsmålene under.

129. Da du tjenestegjorde i Libanon, hvor ofte drakk du alkohol? Ikke inkluder «60-timer» og «leave-perioder» eller andre ferier/permisjoner utenfor Libanon.

- Aldri, gå til spørsmål 133 ☐
- Månedlig eller sjeldnere ☐
- To til tre ganger i måneden ☐
- To til tre ganger i uken ☐
- Fire ganger i uken eller mer ☐

130. Da du tjenestegjorde i Libanon, hvor mange alkoholenheter kunne du drikke på en dag eller kveld?

En alkoholenhet inneholder mellom 12-15 gram ren alkohol. Dette tilsvarer omtrent en rusbrus/en flaske øl (pils) på 33 cl/ett glass vin på 12 cl/ett glass hetvin på 8 cl/en drink (cognac, whisky, vodka) på 4 cl.

- 1-2 enheter ☐
- 3-4 enheter ☐
- 5-6 enheter ☐
- 7-9 enheter ☐
- 10 eller flere ☐

131. Hvor ofte drakk du seks alkoholenheter eller mer? Ikke inkluder «60-timer» og «leave-perioder» eller andre ferier/permisjoner utenfor Libanon.

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

132. Da du tjenestegjorde i Libanon, hvor ofte drakk du så mye at det gikk ut over din evne til å utføre tjenesten?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

L

25

L

T

T

B – Ditt forhold til alkohol i dag

Her kommer noen spørsmål om ditt alkoholforbruk i dag. Svar grundig og ærlig på spørsmålene ved å markere det alternativet som gjelder for deg.

133. Hvor ofte drikker du alkohol?

- Aldri, gå til spørsmål 143 ☐
- Månedlig eller sjeldnere ☐
- To til tre ganger i måneden ☐
- To til tre ganger i uken ☐
- Fire ganger i uken eller mer ☐

134. Hvor mange alkoholenheter drikker du i gjennomsnitt på en dag eller kveld hvor du drikker alkohol?

En alkoholenhet inneholder mellom 12-15 gram ren alkohol. Dette tilsvarer omtrent en rusbrus/en flaske øl (pils) på 33 cl/ ett glass vin på 12 cl/ett glass hetvin på 8 cl/en drink (cognac, whisky, vodka) på 4 cl.

- 1-2 enheter ☐
- 3-4 enheter ☐
- 5-6 enheter ☐
- 7-9 enheter ☐
- 10 eller flere ☐

135. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

136. Hvor ofte i løpet av det siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

137. Hvor ofte i løpet av det siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

138. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

139. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

140. Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga. drikking?

- Aldri ☐
- Sjelden ☐
- Noen ganger i måneden ☐
- Noen ganger i uken ☐
- Nesten daglig ☐

141. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?

- Nei ☐
- Ja, men ikke i løpet av det siste året ☐
- Ja, i løpet av det siste året ☐

142. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?

- Nei ☐
- Ja, men ikke i løpet av det siste året ☐
- Ja, i løpet av det siste året ☐

143. Endret tjenesten i Libanon dine alkoholvaner?

- Ja ☐
- Nei, gå til spørsmål 146 ☐

L

26

L

T

T

144. Hvordan endret tjenesten i Libanon dine alkoholvaner?

- Jeg begynte å drikke mer ☐
- Jeg begynte å drikke mindre ☐

145. Hvor lenge varte dine endringer i alkoholvaner?

- Endringen varte kun mens jeg tjenestegjorde i Libanon ☐
- Endringene ble borte innen det første året etter hjemkomst ☐
- Endringene varte de første årene etter hjemkomst ☐
- Endringene består den dag i dag ☐

C – Rusmidler og doping i Libanon

Her kommer noen spørsmål om hvorvidt du brukte narkotika eller doping mens du tjenestegjorde i Libanon. Svar grundig og ærlig på spørsmålene ved å markere det alternativet som gjelder for deg.

146. Brukte du noen gang beroligende eller sovemedisin mens du var i Libanon?

- Nei ☐
- Ja, en gang ☐
- Ja, svært sjeldent ☐
- Ja, sjeldent ☐
- Ja, av og til ☐
- Ja, ofte ☐
- Ja, svært ofte ☐

147. Brukte du noen gang narkotiske stoffer mens du var i Libanon?

- Nei, gå til spørsmål 149 ☐
- Ja, hasj ☐
- Ja, marihuana ☐
- Ja, LSD ☐
- Ja, amfetamin ☐
- Ja, andre typer, spesifiser: ☐

148. Hvor ofte brukte du narkotiske stoffer mens du var i Libanon?

- En gang ☐
- Sjeldent ☐
- Av og til ☐
- Ofte ☐
- Svært ofte ☐

149. Brukte du noen gang anabole steroider eller andre dopingpreparater mens du var i Libanon?

- Nei ☐
- En gang ☐
- Sjeldent ☐
- Av og til ☐
- Ofte ☐
- Svært ofte ☐

L

27

L

T

T

D – Bruk av rusmidler (narkotiske stoffer og legemidler) i dag

Her kommer noen spørsmål som omhandler ditt forhold til rusmidler de siste 12 månedene. Med rusmidler mener vi narkotiske stoffer og reseptbelagte legemidler som ikke er foreskrevet av lege, eller som brukes på en annen måte enn det som er anvist.

150. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?

- Aldri, gå til spørsmål 161 ☐
- 1 gang i måneden eller sjeldnere ☐
- 2-4 ganger i måneden ☐
- 2-3 ganger i uken ☐
- 4 ganger i uken eller mer ☐

151. Bruker du mer enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?

- Aldri ☐
- 1 gang i måneden eller sjeldnere ☐
- 2-4 ganger i måneden ☐
- 2-3 ganger i uken ☐
- 4 ganger i uken eller mer ☐

152. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du narkotika/legemidler, når du tar rusmidler?

- 1-2 ganger ☐
- 3-4 ganger ☐
- 5-6 ganger ☐
- 7 ganger eller flere ☐

153. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?

- Aldri ☐
- Sjeldnere enn en gang i måneden ☐
- Hver måned ☐
- Hver uke ☐
- Daglig eller nesten hver dag ☐

154. Har du i det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke klarer stå i mot?

- Aldri ☐
- Sjeldnere enn en gang i måneden ☐
- Hver måned ☐
- Hver uke ☐
- Daglig eller nesten hver dag ☐

155. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke har kunnet slutte å ta rusmidler når du først har begynt?

- Aldri ☐
- Sjeldnere enn en gang i måneden ☐
- Hver måned ☐
- Hver uke ☐
- Daglig eller nesten hver dag ☐

156. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe du burde ha gjort?

- Aldri ☐
- Sjeldnere enn en gang i måneden ☐
- Hver måned ☐
- Hver uke ☐
- Daglig eller nesten hver dag ☐

157. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?

- Aldri ☐
- Sjeldnere enn en gang i måneden ☐
- Hver måned ☐
- Hver uke ☐
- Daglig eller nesten hver dag ☐

158. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?

- Aldri ☐
- Sjeldnere enn en gang i måneden ☐
- Hver måned ☐
- Hver uke ☐
- Daglig eller nesten hver dag ☐

159. Har du eller noen annen blitt skadet (fysisk eller psykisk) på grunn av ditt bruk av rusmidler?

- Nei ☐
- Ja, men ikke i løpet av det siste året ☐
- Ja, i løpet av det siste året ☐

160. Har en slektning/venn, lege/sykepleier eller noen annen vært urolig for ditt bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler?

- Nei ☐
- Ja, men ikke i løpet av det siste året ☐
- Ja, i løpet av det siste året ☐

L

28

L

T

T

Del 7 – Internasjonal yrkeserfaring utenom Libanon

Vi ønsker å vite om du har tjenestegjort i andre FN, NATO eller EU oppdrag enn UNIFIL. Vi ønsker også å vite om du i den forbindelse har opplevd alvorlige hendelser som har vært belastende for deg.

161. Har du tjenestegjort i andre internasjonale operasjoner i regi av Det norske forsvaret utenom UNIFIL?

Nei, gå til spørsmål 164 ☐

Ja ☐

Hvis ja, hvor mange måneder til sammen: måneder

162. Hvor har du tjenestegjort utenom UNIFIL? Kun de mest sentrale misjonene etter andre verdenskrig er tatt med på listen (plasshensyn). Dersom du har tjenestegjort i andre misjoner enn det som er nevnt på listen ber vi deg spesifisere dette. Tjenestereiser eller inspeksjonsreiser under én måneds varighet teller ikke med. Flere kryss er mulig.

- | | |
|--|--------------------------|
| Tysklandsbrigaden. Tyskland (1947-1953) | ☐ |
| UNFK (UN Force In Korea) Korea (1951-1954) | ☐ |
| UNEF I (UN Emergency Force I) Egypt (1956-1967) | ☐ |
| UNUC (Opération des Nations Unies au Congo) Kongo (1960-1964) | ☐ |
| Operation Desert Shield (Gulfkrig I) Saudi-Arabia/Gulfen (1990-1991) | ☐ |
| Operation Desert Storm (Gulfkrig II) Kuwait/Irak, Gulfen (1991) | ☐ |
| UNPROFOR (UN Protection Force) Tidl. Jugoslavia (1992-1995) | ☐ |
| UNOSOM I/II (UN Operation in Somalia I) Somalia (1992-1994) | ☐ |
| UNPREDEP (UN Preventive Deployment Force) Makedonia (1995-1999) | ☐ |
| IFOR (Implementation Force) Bosnia/Kroatia (1995-1996) | ☐ |
| UNPF (UN Peace Force) Bosnia/Kroatia/Makedonia (1996) | ☐ |
| UNMIBH (UN Mission in Bosnia and Herzegovina) Bosnia (1996-1997) | ☐ |
| SFOR (Stabilization Force) Bosnia/Kroatia (1996-2004) | ☐ |
| KVM (Kosovo Verification Mission) Kosovo (1998-1999) | ☐ |
| UNMIK (UN Interim Administration in Kosovo) Kosovo (1998-) | ☐ |
| Operation Allied Force. Tidl. Jugoslavia (1999) | ☐ |
| AFOR (Albanian Force) Albania (1999) | ☐ |
| KFOR (Kosovo Force). Kosovo (1999-) | ☐ |
| Operation Enduring Freedom. Afghanistan (2002-2006) | ☐ |
| ISAF (International Security Assistance Force) Afghanistan (2002-) | ☐ |
| UNAMA (UN Assistance Mission in Afghanistan) Afghanistan (2007-) | ☐ |
| MINURCAT (Mission des Nations Unies en République Centrafricaine et au Tchad), Tchad (2009-2010) | ☐ |
| UNMISS (UN Mission in the Republic of South Sudan) Sør-Sudan (2011-) | ☐ |
| Andre misjoner som ikke er nevnt ovenfor | ☐ |

Spesifiser navn på misjon, eventuelt kontingent og tidspunkt. Skriv tydelig:

L

29

L

T

T

163. Ble du utsatt for én eller flere hendelser som du vurderer som alvorlige mens du deltok i den/de internasjonale operasjonene utenfor UNIFIL som du har kryssset av for i spørsmål 162?

	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, 3-5 ganger	Ja, 5 ganger +		Dersom ja, hvor belastende var det?			
						Ikke bel.	Noe bel.	Ganske bel.	Svært bel.
Jeg ble utsatt for alvorlige hendelser ...	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐

164. Har du sivil eller militær internasjonal yrkeserfaring utenom Det norske forsvaret?

Nei, gå til spørsmål 166 ☐

Ja ☐ Hvis ja, hvor lang er din samlede internasjonale yrkeserfaring utenom Det norske forsvaret?

 måneder

Vi ønsker å vite om du ble utsatt for en eller flere hendelser – som du vurderer som alvorlige – i forbindelse med din internasjonale yrkeserfaring utenom Det norske forsvaret. Vi ønsker også å vite eventuelt hvor belastende dette har vært for deg.

165. Ble du utsatt for én eller flere hendelser - som du vurderer som alvorlige - i din internasjonale yrkeserfaring utenom Det norske forsvaret?

	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, 3-5 ganger	Ja, 5 ganger +		Dersom ja, hvor belastende var det?			
						Ikke bel.	Noe bel.	Ganske bel.	Svært bel.
Jeg ble utsatt for alvorlige hendelser ...	☐	☐	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐

L

30

L

T

T

Del 8 – Anerkjennelse

Nedenfor kommer noen spørsmål om i hvilken grad du oppfatter at omverden har anerkjent og vært opptatt av din tjenestegjøring i Libanon. Hvis du var ute i flere kontingenter, ta utgangspunkt i alle sett under ett.

166. Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om støtte fra dine sosiale omgivelser?

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken eller	Ganske enig	Helt enig
I tiden etter hjemkomst viste folk interesse for det jeg hadde opplevd i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har hatt noen som lyttet til meg og som har forstått det jeg har opplevd i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde ting i Libanon som jeg ikke har kunnet fortelle om, selv ikke til mine nærmeste	☐	☐	☐	☐	☐
I tiden etter hjemkomst hadde jeg noen jeg kunne støtte meg på dersom jeg skulle få problemer	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har hatt/har problemer som er relatert til Libanon og som jeg ikke har kunnet diskutere med familie og venner	☐	☐	☐	☐	☐
Det er ingen her hjemme som forstår hva jeg gikk gjennom	☐	☐	☐	☐	☐

167. Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn knyttet til din tjeneste i Libanon?

	Helt uenig	Ganske uenig	Verken eller	Ganske enig	Helt enig
Jeg føler at innsatsen min har blitt verdsatt/anerkjent av:					
- Regjeringen/det politiske etablissementet	☐	☐	☐	☐	☐
- Media/i samfunnsdebatten	☐	☐	☐	☐	☐
- Familie og venner	☐	☐	☐	☐	☐
- Samfunnet generelt	☐	☐	☐	☐	☐
- Forsvaret	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er stolt av å ha tjenestegjort i UNIFIL	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er stolt av den personlige innsatsen jeg gjorde i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg opplevde det å tjenestegjøre i Libanon som meningsfylt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg angreir på at jeg dro til Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Det hadde vært bedre for alle om Norge ikke hadde engasjert seg i UNIFIL	☐	☐	☐	☐	☐
Gjennom sitt engasjement i UNIFIL var Norge med på å skape fred i Libanon	☐	☐	☐	☐	☐
Norske veteraner i regi av Det norske forsvaret fortjener en spesiell oppmerksomhet	☐	☐	☐	☐	☐
Norske veteraner i regi av Det norske forsvaret har fått den anerkjennelsen de fortjener	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg ville ha anbefalt tilsvarende tjeneste til en venn, bekjent eller familiemedlem i dag	☐	☐	☐	☐	☐

L

31

L

T

T

Del 9 – Dine tilbakemeldinger til oss

Til slutt ønsker vi din tilbakemelding på spørreskjemaet. Dersom du har noen kommentarer til enkeltpørsmål eller til helheten vil vi gjerne høre din mening. Dersom du har kommentarer utover selve spørreskjemaet ønsker vi også å høre disse. Skriv konsist og tydelig.

Takk for hjelpen!

┐

32

┐

7.4 Søknad til Regional etisk komité



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Jakob Elster	22845530	27.04.2015	2015/380 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			24.02.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sverre Hougsnæs
Forsvarets Sanitet

2015/380 UNIFIL-II studien; en responder-nonresponder analyse

Forskningsansvarlig: Forsvarets Sanitet
Prosjektleder: Sverre Hougsnæs

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 25.03.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektleders prosjekttale

"I tråd med sentrale politiske føringer (St.meld nr.34, RHP,2010) har FSAN ved Kontor for Psykiatri og Stressmestring gjennomført en etterundersøkelse av psykisk helse hos personell som tjenestegjorde i det norske bidraget til UNIFIL (FN-styrkene i Libanon) 1978-98. Studien er en lang-tids oppfølgingsstudie. Unifil II-studien er en spørreskjemabasert undersøkelse. Alle data lagres i Forsvarets Helseregister og innhenting, lagring og uttak av data gjøres i henhold til gjeldende forskrift. Datainnsamlingen er sluttført og i alt 55% av i alt 21326 inviterte veteraner returnerte utfylt spørreskjema. Svarprosenten anses høy, men det er allikevel viktig å gjennomføre en registerbasert undersøkelse av de som ikke returnerte spørreskjema. Undersøkelsens representativitet er avgjørende. Den foreliggende prosjektsøknad gjelder således et delprosjekt av UNIFIL-II studien og er begrunnet i behovet for å objektivt vurdere om funnene i UNIFI-II studien er representativ for hele UNIFILpopulasjonen."

Komiteens vurdering

Studiepopulasjonen er samtlige som har deltatt i den norske del av UNIFIL oppdraget i Sør-Libanon

1978-1998, n=21326. 55% av disse har avgitt samtykke til deltagelse i studien og returnert ferdig utfylt spørreskjema. Hovedfokus i dette delprosjektet av UNIFI II-studien er de 45 % som ikke har samtykket til deltagelse og som ikke har returnert spørreskjema. Man ønsker å innhente opplysninger fra NAV som gjør at man kan sammenligne "respondergruppen" med "ikke-respondergruppen" når det gjelder sentral demografi og noen variabler som intenderer å si noe om sykdom.

Prosjektleder søker om dispensasjon fra taushetsplikten for å innhente følgende variabler fra NAV:

- Alder, grupperes30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+
- Kjønn
- Langtidsstønader, dvs attføring, AAP, uførepensjon, rehabiliteringspenger. Grupperes sammen til en indikatorvariabel nei/ja (0,1).

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikk.no
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

- Sykepengedager; det lages tre variabler, 1) sykmeldt sammenhengende 14 dager, 2) har vært sykmeldt til sammen 100 dager eller mer eller 3) har vært sykmeldt pga en P-diagnose (psykisk sykdom). Ja/ nei og ingen diagnoser utleveres.

Den viktigste forskningsetiske problemstillingen knyttet til prosjektet gjelder innhenting og bruk av taushetsbelagte opplysninger om personer som ikke har samtykket til å delta i UNIFI II-studien. Som prosjektleder påpeker i sin søknad, har komiteen tidligere behandlet en lignende søknad der man ønsket å innhente opplysninger om de som ikke deltok i Afghanistan-undersøkelsen, «Helseundersøkelse blant norske fredsbevarende styrker i Afghanistan; en repondernonresponderanalyse». (vår ref. 2013/2039). Komiteen viser til de vurderingene den gjorde der. I foreliggende søknad, har prosjektleder søkt om å få bruke de samme variablene som komiteen godkjente bruk av i prosjektet «Helseundersøkelse blant norske fredsbevarende styrker i Afghanistan; en repondernonresponderanalyse».

Det er to vilkår som må være tilfredsstillt for at komiteen skal kunne gi fritak fra samtykkekravet, jf. helseforskningsloven § 35: 1) forskningen må være av vesentlig interesse for samfunnet, og 2) hensynet til deltakernes velferd og integritet må være ivaretatt. Når det gjelder spørsmålet om forskningen er av vesentlig interesse for samfunnet, mener komiteen at dette vilkåret er tilfredsstillt. Forskningen som skal gjøres er samfunnsmessig viktig og etterspurt av besluttsende myndigheter.

Når det gjelder spørsmål om hvorvidt hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt, vil komiteen peke på at man her søker om begrensede opplysninger, som vil fremstå som anonyme på forskers hånd. Komiteen anser at hensynet til personvern og til deltakernes integritet er tilstrekkelig ivaretatt. Komiteen har også lagt vekt på viktigheten av å følge den praksis komiteen tidligere har etablert, slik at man ivaretar hensynet til likebehandling og forutsigbarhet. Komiteen anser dermed at vilkårene for å gi dispensasjon fra taushetsplikten og unntak fra samtykkekravet er tilfredsstillt.

Under punkt 5.7. «Håndtering av data etter prosjektslutt», står det, under overskriften «*Hvordan skal personopplysninger håndteres etter prosjektslutt?*»: «Forskergruppen har kun tilgang til aidentifiserte data, personopplysningene lagres og forvaltes i Forsvarets Helseregister». Komiteen gjør oppmerksom på at i henhold til helseforskningsloven § 38 skal ikke opplysninger oppbevares lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet. Opplysningene skal derfor oppbevares i 5 år etter prosjektslutt, utelukkende av dokumentasjonshensyn, og skal deretter aidentifiseres eller slettes.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

- Opplysningene skal oppbevares aidentifisert 5 år etter prosjektslutt av dokumentasjonshensyn, og skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33 under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

I tillegg til ovennevnte vilkår, er godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2015. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2020. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Komiteen gir tillatelse til at opplysninger som er innsamlet i helsetjenesten kan gis fra helsepersonell til bruk i forskning uten hinder av taushetsplikt, og til at disse opplysningene brukes i forskning uten deltakernes samtykke, som beskrevet i søknaden, jf. helseforskningsloven § 35.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder «*Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren*».

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Klageadgang

Komiteens vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Jakob Elster
Seniorrådgiver

Kopi til:

*Forsvarets sanitet ved øverste administrative ledelse
Kontorsjef Jon Reichelt, Kontor for Psykiatri og Stressmestring, Forsvarets Sanitet*

Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (NMP):

Vi oppfordrer de som opplever plager, og ønsker hjelp, å kontakte Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (NMP), som er Forsvarets sanitets kontaktpunkt for veteraner.



Postboks 1550 Sentrum
0015 Oslo



E-post: nmp@mil.no



Tlf: 23 09 79 30
(Kontortid kl. 08-15)



Forsvarets sanitet – IMPS

Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) har fagansvar for psykiatri i Forsvaret. Dette innebærer forskning og utvikling av militærpsykiatriske prinsipper og metoder, samt rådgivning. I tillegg skal instituttet gjennom opplæring og undervisning forebygge stressrelaterte skader hos militært personell, og støtte de som opplever stress eller belastninger i tjenesten. Andre arbeidsoppgaver er utredning og gjennomføring av kortvarig behandling av militært personell med stressreaksjoner eller andre psykiske plager. Instituttet er et supplement til sivil spesialisthelsetjeneste, og har regionale team lokalisert fem steder i landet.