

Helse og sosialfag

Dag Tommy Tomteberget

# Fordypningsoppgave 4RUFOR1

## Veteraner, alkohol og recovery

Veterans, alcohol and recovery

Rus avhengighet og psykiske lidelser

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

---

## Innhold

1. Innledning	s. 7
2. Metode	
2.1. Litteraturstudie	s. 9
2.2. Søkeprosessen	s. 9
2.3. Analyse	s. 9
2.4. Metodikk	s. 10
2.5. Egne synspunkter	s. 11
3. Teori	
3.1. Militære operasjoner i utlandet	s. 12
3.2. Veteranbegrepet	s. 12
3.3. Forsvarets veteransenter	s. 12
3.4. Stress	s. 13
3.5. PTSD	s. 14
3.6. Veteraner og alkohol	s. 16
3.7. Tiltak, hjelp og støtte	s. 17
3.7.1. Recovery	s. 17
3.7.2. Hjelp til personer med stresslidelser og rusproblemer	s. 18
3.7.3. Recoveryorientert arbeid ved Forsvarets veteransenter	s. 19
4. Drøfting	
4.1. Engang soldat, alltid soldat	s. 21
4.2. Veteranens utfordringer; Stress, PTSD og alkohol	s. 21
4.3. Forsvarets veteransenter og recovery	s. 23
4.3.1. Første møte	s. 23
4.3.2. Under opphold	s. 26
4.3.3. Før avreise	s. 28
5. Oppsummering	s. 29
6. Etterord	s. 30
Litteraturliste	s. 31

## Norsk sammendrag

Bakgrunnen for denne oppgaven, er mitt daglige arbeid med norske militære veteraner fra internasjonale operasjoner. Noen få av disse veteranene har fått store problemer som følge av sin tjeneste, og har ofte prøvd å mestre sine utfordringer på egenhånd i opptil 40 år. Denne mestringsen har ofte inkludert alkoholmisbruk, som igjen har medført større problemer over tid.

I denne oppgava har jeg sett på hvordan disse veteranene kan møtes i det første møtet med Forsvarets veteransenter, og hvordan de kan hjelpes videre ved initiere og underbygge recoveryprosesser. Jeg fant ingen litteratur direkte relatert til recoveryorientert arbeid opp mot veteraner, men artikler vedrørende ROP-pasienter (rus og psykisk lidelse) og erfaringer knyttet til arbeidet med disse pasientene og recovery ble funnet. Oppgaven er basert på disse artiklene og mine egne erfaringer fra arbeidet med veteraner.

Funnene jeg har gjort, tilsier at recoveryorienterte prosesser bør passe veteranene bra. De har en stolthet for det de har gjennomført og har hatt rikelig med personlige ressurser, men sitter ofte en skam for de problemene de opplever. Recovery forutsetter en aktiv deltagelse i egen bedringsprosess, så ved å bruke stoltheten og revitalisere ressursene hos veteranen, initiere en helhetlig oppfølging og legge til rette for nettverksbygging for veteranen, bør dette være et ”system” som fungerer bra for denne gruppen.

## **Engelsk sammendrag (abstract)**

The background for this depth study, is my daily work with Norwegian military veterans from international operations. Some of these veterans have large problems due to their service, and have often tried to cope with their challenges on their own for up to 40 years. This coping has often included alcohol abuse, which over time have enlarged the problems.

In this depth study, I have studied how these veterans can be met in their first visit to the Norwegian armed forces veterans centre, and how they can be helped by initiating and substantiate recovery processes. I did not find any literature relating recovery oriented work towards veterans, but articles related to patients with dual diagnosis and experiences related to the work with these patients and recovery was found. The study is based on these articles and my own experiences working with veterans.

The findings I have made, suggests that recovery oriented processes should work well with the veterans. They have a pride in what they have done and used to have lots of personal resources, but they often feel ashamed about the problems they experience. Recovery presupposes an active participation in the improvement process, so by using the pride, revitalizing the resources within the veteran, initiate a comprehensive follow-up and facilitate building new networks for the veteran, this should be a “system” that works well with this group of people.

## ***De beste***

*Døden kan flamme som kornmo;  
Klarere ser vi enn før  
Hvert liv i dens hvite smerte:  
Det er de beste som dør.*

*De sterke, de rene av hjertet  
Som ville og våget mest;  
Rolige tok de avskjed,  
En etter en gikk de vest.*

*De levende styrer verden,  
En flokk blir alltid igjen,  
De uunnværlige flinke,  
Livets nest beste menn.*

*De beste blir myrdet i fengslet,  
Sopt vekk av kuler og sjø.  
De beste blir aldri vår fremtid.  
De beste har nok med å dø.*

*Slik hedrer vi dem, med avmakt,  
Med all den tomhet vi vet,  
Men da har vi sveket de beste,  
Forrådt dem med bitterhet.*

*De vil ikke sørges til døde,  
Men leve i mot og tro.  
Bare i dristige hjerter  
Strømmer de falnes blod.*

*Er ikke hver som har kjent dem  
Mer rik en de døde var –  
For menn har hatt dem som venner  
Og barn har hatt dem til far.*

*De øket det livet de gikk fra.  
De spøker i nye menn.  
På deres grav skal skrives:  
De beste blir alltid igjen.*

Nordahl Grieg, 1942.

# 1. Innledning

Mer enn 100 000 norske kvinner og menn har etter andre verdenskrig tjenestegjort i internasjonale operasjoner i over 40 land, i fire verdensdeler – i over hundre forskjellige operasjoner (Forsvaret, 2015). Dette er personell som i egenskap av å være soldater har fått praktisk erfaring fra krevende oppdrag med oppgaveløsning under tidspress i komplekse situasjoner i møte med vanskelige verdispørsmål.

Personellet er i utgangspunktet selektert og opptrent før de reiser ut, for å være best mulig rustet til å utføre sitt arbeid i vår tids mest kritiske hendelser. Uansett forberedelser vil det ikke under noen omstendigheter være mulig å forberede alle på alt. Vi har alle ulike fysiske og psykiske forutsetninger og begrensninger, og disse vil være med på å påvirke hvordan oppdragene blir løst og hvordan den enkelte takler tilværelsen etter at han eller hun er ferdig med tjenesten.

I min daglige jobb som sjukepleier ved Forsvarets Veteransenter (FVS), møter jeg norske veteraner fra internasjonale operasjoner. Det er en sammensatt gruppe mennesker, hvor de aller fleste har få eller ingen problemer, men hvor også noen få i stor grad sliter med hverdagen etter tjenesten. Felles for mange av disse igjen, er at de etter min erfaring har utfordringer med utstrakt bruk av alkohol. Noen av disse veteranene har søkt hjelp i helsevesenet og fått noe hjelp, noen har søkt hjelp men opplever at de ikke kunne hjelpes (noen har til og med opplevelser av tilnærmet fordømming fra helsepersonell for deres internasjonale tjeneste), og størsteparten har ikke vært i kontakt med helsevesenet i det hele tatt.

De veteranene dette i hovedsak dreie seg om, har tjeneste fra Libanon (1978-1998) og Balkan (1992-2005). I disse operasjonene deltok Norge med henholdsvis ca. 20.000 soldater i Libanon og ca. 10.000 soldater på Balkan (Forsvaret, 2017). Dette innebærer at disse veteranene er i aldersgruppen fra 35 til 65 år, og ut fra min erfaring er de gjerne over 45 år før de kommer til FVS og opplyser om sine utfordringer i søken etter hjelp. De har da prøvd å mestre hverdagen i over 20 år med ulike strategier, men har opplevd en stadig forverring og sitter med taps- og skamfølelser. Tapsfølelsene har ofte bakgrunn i opplevelser av tapt liv, hvor samlivsbrudd/skilsmisser, familiekonflikter, tap av arbeidsplasser, dårlig økonomi og manglende anerkjennelse og oppfølging fra det offentlige Norge spiller tungt inn, mens

skamfølelsene kommer som følge av det å ha vært en selektert og stolt soldat som ikke mestrer det han eller hun har vært med på.

Veteraner, og da spesielt de som har utfordringer etter sin tjeneste, har egentlig vært en forsømt gruppe i samfunnet. Eksempelvis var det først den 17.mai i 2010 at daværende statsminister Jens Stoltenberg, som første statsminister siden andre verdenskrig, brukte ordene "krigshandlinger" om de operasjonene norske soldater deltok i Afghanistan (TV2, 2010). Etter dette har en del veteraner fra tidligere operasjoner fått krigsdekorasjoner (medaljer) for oppdrag de har utført (Forsvarsdepartementet, 2009), men dette oppleves fortsatt som en dårlig trøst for de som gjennom mange år har slitt med sine "ikke-ankjente" opplevelser.

Veteranene som har utfordringer med alkohol, oppgir flere årsaker til at de drikker. Det kan for eksempel være for å få sove, skyve til side minner, tørre å gå ut blant folk, for å roe kroppen og å slappe av. Det jeg ønsker med denne oppgaven er å se på om det kan finnes recoveryinspirerte strategier som er aktuelle for disse veteranene, og hvordan de kan benyttes ved Forsvarets veteransenter.

Det gir følgende problemstilling:

**Hvordan kan en recovery-prosess initieres og understøttes hos veteraner fra internasjonale operasjoner som sliter med høyt alkoholinntak og PTSD-lignende plager ved besøk hos Forsvarets veteransenter?**

Som følge av at FVS er et rekreasjons- og aktivitetssenter hvor det ikke utøves direkte behandling, vil behandlingsperspektiver ikke vektlegges i oppgaven.



## 2. Metode

### 2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det innebærer at man benytter seg av eksisterende litteratur både fra fagbøker, forskningsartikler og andre artikler som bakgrunn for oppgaven. Jeg har benyttet pensumlitteratur fra studiet, tidligere kjent litteratur fra arbeid og tidligere utdanning, samt at jeg har søkt etter litteratur fra anerkjente databaser. Litteraturen blir vurdert om den har relevans for å beskrive teorien i oppgaven, og om den kan belyse flere side i en drøfting av aktuell problemstillingen.

### 2.2 Søkeprosessen

Databasene jeg har benyttet er SweMed+, Cochrane Library, PsycINFO og Google scholar. Søkeordene jeg i utgangspunktet benyttet var: militær, military, veteran, soldat, soldier, PTSD, alkohol, alcohol, abuse, combat experience, war experience, recovery, orientert og oriented.

Søkeordene vedrørende veteran, militær, PTSD. Alkohol og lignende, ga relativt mange treff, men hovedsakelig i retning av nevrobiologi og PTSD-problematikk. Ved å samtidig søke på recovery-kombinasjoner, ble det ingen treff. Noe som sier meg at dette er områder det er forsket lite på og skrevet lite om. Jeg valgte derfor å utvide søkene med ROP (rus og psykiatri), da jeg anser at PTSD-lignende problemstillinger sammen med alkoholutfordringer kan relateres til denne gruppen. ROP sammen med ”recovery orientert” ga da flere treff på artikler, som selv om de ikke omhandler veteraner, er relevante.

Resultatene jeg fikk fra litteratursøk ut fra søkeord:

SweMed+: military veteran, 6 treff.

Cochrane Library: PTSD and alcohol, 18 treff.

PsycInfo: PTSD and alcohol abuse kombinert med military veterans or war experience or combat experience, fulltekst, 25 treff.

Google scholar: recovery orientert ROP, fulltekst etter 2013, 191 treff.

## 2.3 Analyse

Fra disse artiklene tok jeg utgangspunkt i de som var fra 2010 eller nyere, og leste innledningen av de for å konstatere om de var relevante eller ikke sett opp mot problemstillingen rundt militære forhold. Dermed ble det eksempelvis bare en relevant reviewartikkel fra Cochrane Library var aktuell for videre bruk. Det var få artikler fra nordiske forfattere, så utenlandske artikler må dermed vurderes ut fra om det er en relevans mot gjenkjennelige, ”norske” forhold sett i forhold til problemstillingen.

En utfordring viste seg å være å finne litteratur som omhandler både problemstillinger knyttet opp mot militære veteraner, deres avhengighetsproblemer og recovery. Jeg fant ingen artikler som omhandlet dette. Bakgrunn kan være at militære veteraner er en relativt liten og spesiell gruppe, samtidig som recoveryorientert tjeneste er ganske nytt som begrep, og at det dermed ikke er skrevet noen artikler vedrørende denne kombinasjonen. Ved å utvide søket til ROP og recovery orientert fikk jeg treff på norske forskningsartikler som omhandler recovery-orientert oppfølging av ROP-pasienter i kommunehelsetjeneste.

De artiklene jeg har valgt å bruke, er i hovedsak nyere artikler som er publisert i større og anerkjente forskningstidsskrifter som igjen er lagt inn anerkjente. Jeg har også artikler som er publisert av Forsvaret, og en artikkel som er skrevet av anerkjente forskere og utgitt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Etter å ha lest gjennom artiklene, og vurdert deres innhold (utvalg, metode, diskusjon, konklusjon) og relevans, mener jeg at de artiklene jeg har valgt å benytte meg av i oppgaven er gode og trygge kilder.

## 2.4 Metodekritikk

Som følge av tidsbegrensning, er ikke litteratursøket så stort som ønskelig. Det er flere databaser med forskningsartikler som kunne har vært benyttet. Jeg opplevde det utfordrende å finne artikler som omhandlet hele problemstillingen. Jeg har dermed lest mange artikler som omhandler utvikling av stress-symptomer og PTSD, og komorbiditet vedrørende alkoholutfordringer.

Ved å bruke artikler vedrørende ”ikke-veteraner” og recovery-orienterte tankeganger, vil det også være en mulighet for feilvurderinger da disse gruppene eksempelvis kan ha ulike utfordringer og ulike tilnæringsmåter.

## 2.5 Egne synspunkter

Min profesjonelle bakgrunn i arbeid med veteraner, er relativt kort da jeg kun har arbeidet med fagområdet i drøye to år. Likevel har jeg hatt et inntrykk fra kolleger i Forsvaret, veteraner jeg kjenner privat og fra diskusjonsfora i media og på internett, at det er noen veteraner som har en utfordrende hverdag etter sin tjeneste og at en del av disse har utfordringer med alkohol. De artiklene jeg har funnet, bekrefter til en viss grad dette. Norske undersøkelser viser at en del norske veteraner har psykiske problemer, men at de statistisk sett ligger på nivå med befolkningen generelt. Noe som har kommet frem, og som kan være aktuelt å se videre på senere, er hvorfor amerikanske, engelske og danske tall viser større tall for veteraner med psykiske utfordringer.

Jeg har også fått bekreftet gjennom artiklene at personer med diagnostisert PTSD, er det et stort antall som har utfordringer med rus. Her er det også en signifikant forskjell mellom norske veteraner og sivile personer, da veteranene i all hovedsak benytter alkohol.

## 3. Teori

### 3.1 Militære operasjoner i utlandet

Norge som nasjon har etter andre verdenskrig valgt å sende militært personell til 100 operasjoner i utlandet. Totalt har over 100.000 norske kvinner og menn tjenestegjort under disse operasjonene (Forsvaret, 2015). De aller fleste av disse operasjonene har enten vært direkte som FN-personell eller som styrker som tjenestegjør etter et FN-mandat (FN, 2015). Eksempelvis har majoriteten av de militære oppdragene i Kosovo og Afghanistan, ikke vært direkte som FN-styrker men likevel arbeidet ut fra et godkjent FN-mandat.

### 3.2 Veteranbegrepet

”Veteraner er ressurssterke kvinner og menn med unik kompetanse og erfaringer fra det moderne samfunns mest kritiske hendelser” (Forsvaret, 2014).

Begrepet veteran har i norsk, militær sammenheng, beskrevet personer som i en eller annen form har deltatt i 2.verdenskrig, eksempelvis krigsseilere og soldater, samt personer som har deltatt i FN-operasjoner. I *Fra vernepliktig til veteran* (Forsvarsdepartementet, 2009), defineres veteraner som personell som på veggen av den norske stat har deltatt i en militær operasjon. Det diskuteres fortsatt i Forsvaret hvem dette inkluderer (Løvland, Stordahl, Eide & Arstad, 2015), men i praksis nyttes i dag begrepet om personell som har deltatt i ”operasjoner i utlandet som krever bruk av militære, og er godkjent av norske myndigheter” (forsvarspersonelloven, 2005). I tillegg kommer også de som har deltatt i krigføring eller på annet vis bidratt under 2.verdenskrig.

### 3.3 Forsvarets veteransenter

Som et tilbud om rekreasjon og aktivitet til veteraner og veteranenes nærmeste familie og pårørende, ble Forsvarets Veteransenter (FVS) etablert i 2008 (Forsvaret, 2014). Dette ligger ved sjøen Bæreia i Kongsvinger, og drives i dag av Forsvaret. Stedet startet sin historie som Krigsinvalidehjemmet i 1959, drevet som en stiftelse under Krigsinvalideforeningen og

---

ivaretok da krigsseilere, motstandsmenn, krigsenker, krigspensjonister, flyktingeloser, kurerer og andre som hadde vært involvert i tjeneste under 2. Verdenskrig. Forsvaret ble tilbudt å kjøpe stedet i 1999, men så da ikke noe behov. Stedet ble dermed drevet først av FN-veteranenes landsforening, så av Landsorganisasjonen for hjerte- og lungesyke, før Forsvaret igjen kom på banen og kjøpte stedet i 2008 og altså etablerte Forsvarets veteransenter.

FVS er ikke et behandlingssted, men et sted hvor veteraner og deres familier kan komme for å slappe av, møte andre veteraner/familier og drive ulike aktiviteter. Tilbudet er gratis og det er en stadig økning i antall besøkende. Stedet ligger relativt skjermet til, ca. seks km fra Kongsvinger sentrum, med gode muligheter for aktivisering og rekreasjon. FVS har anerkjennelse og respekt som fokusområder. Det er mange av veteranene som ikke opplever at de får nettopp anerkjennelse og respekt for den jobben de har utført på vegne av Norge i internasjonale oppdrag. Ved første besøk på FVS blir dette spesielt markert med en egen seremoni, inkludert en symbolsk gave i form av en coin ("mynt"). Coiner har i mange år blitt benyttet som gaver gitt fra militære avdelinger til enkeltindivider som i fredstid har utført sin tjeneste på meget god måte eller støttet noe eller noen på annet vis, og er velkjente symboler på anerkjennelse i militære systemer.

Ved FVS er det både sivilt og militært ansatte, og felles for de militært ansatte er at de alle er veteraner selv. Dette medfører at uansett om gjestene som kommer dit har med seg spesielle erfaringer og eventuelt utfordringer, vet de at de ansatte også har de unike erfaringene som internasjonal tjeneste gir. Selv om hver enkelt har sine spesifikke erfaringer og opplevelser, viser det seg i praksis at fellesskapsfølelsen raskt etableres ved kontakt både med de ansatte og andre besøkende.

### 3.4 Stress

Biologisk sett kan stress ses på som en konsekvens av kroppens forsvarsmekanismer. Nordanger (2014) forklarer dette forenklet med at vår hjerne har et alarmsystem og et reguleringsystem. Alarmsystemet er deler av hjernen som aktiveres når fare oppleves, og reguleringsystemet er andre deler av hjernen som bidrar til å holde alarmsystemet i sjakk. Lazarus og Folkman (1984), definerer stress på følgende måte: "Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being".

Dette betyr at stress er en persons tolkning av at vedkommendes resurser ikke er tilstrekkelige til å takle den opplevde situasjonen, og at dette er en trussel mot personens velvære. I samme bok defineres også mestring (coping): ”Coping is defined as constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”. Mestring blir da sett på som de kontinuerlige anstrengelser som foregår hos en person for å takle de krav/opplevelser personen opplever. Lazarus (1999) setter stress sammen med følelser og mestring i en konseptuell enhet, hvor følelser er det overordnede momentet i og med at det inkluderer stress og mestring. Han beskriver 15 følelser; sinne, misunnelse, sjalusi, bekymring, frykt, skyld, skam, lettelse, håp, tristhet, glede, stolthet, kjærlighet, takknemlighet og medfølelse. En eller flere av disse følelsene mener han alltid er tilstede dersom stress oppleves, og dermed må følelser også inkluderes i betraktninger rundt stress.

De fysiske reaksjonene etter en eller flere traumatiske opplevelser, kalles for traumatisk stress. De første reaksjonene er vanligvis dårlig nattesøvn, nedsatt konsentrasjon, svekket hukommelse og problematisk fordøyelse. Det er ikke vanlig med flashbacks eller vedvarende mareritt innledningsvis, men dette kan komme hos noen etter en stund. Dette er vanlige reaksjoner hos de som har gjennomgått en traumatisk opplevelse, men vi normalt sett gå over med tiden. Likevel er det noen som fortsetter å oppleve de fysiske reaksjonene i lengre tid, og disse har da utviklet PTSD (Lauvås & Lindgren, 2015).

### 3.5 PTSD

Posttraumatic stress disorder (PTSD) er en relativt ny diagnose. Den ble først satt som diagnose i USA i 1980 (Lauvås & Lindgren, 2015) på veteraner fra krigen i Vietnam (Lazarus, 1999). I Norge kom PTSD inn som diagnose i 1995 (Lauvås & Lindgren, 2015). Likevel er ikke problemstillingen ukjent fra tidligere. Det finnes dokumenter fra antikken som viser at både egyptere, romere og grekere hadde soldater som slet med problemer etter krigføring (Bentley, 1991). Under første verdenskrig ble både diagnosene ”shell shock” og ”LMF” (Lack of Moral Fibre) brukt på soldater som fikk problemer. Under andre verdenskrig kom uttrykk som ”krigseilersyndrom”, ”KZ-syndrom” og ”combat fatigue” i bruk. Disse beskriver henholdsvis problemene sjømenn opplevde etter kontinuerlig opplevd frykt som følge av ubåtkrigføring, opplevde traumer i konsentrasjonsleirer og konvensjonell

---

krigføring over tid. I dag brukes også diagnosen på personer som har opplevd traumatiske hendelser i fredstid (Lauvås & Lindgren, 2015).

Følgende kriterier benyttes for diagnostisering av PTSD (PTSD, s.a.):

For diagnosen kreves det at pasienten har vært utsatt for en ekstrem belastning, en alvorlig trussel mot liv eller helse.

- Symptomene utvikles normalt innen 6 måneder
- Varighet av symptomer minst 1 måned
- Ofte komorbiditet i form av depresjon, atferdsforstyrrelser, psykosomatiske symptomer
- Symptomene må være av alvorlig karakter med stadig gjenopplevelse av katastrofesituasjonen med plagsomme invaderende bilder, følelser og minner, unnvikelsesatferd knyttet til minner om traumet og hyperaktivering i form av søvnvansker, irritabilitet, på-vakt-holdning, konsentrasjonssvikt og skvettenhet.
- Diagnosen skal ikke brukes ved reaksjoner på mindre påkjenninger.

Også Nordanger (2014) beskriver PTSD, men betegner da dette som posttraumatisk stress *forstyrrelse*. Selv om han benytter betegnelsen forstyrrelse istedenfor lidelse, er det ingen praktisk forskjell i synet på utvikling og diagnostisering generelt. Likevel skiller Nordanger mellom PTSD og kompleks PTSD, hvor kompleks PTSD skiller seg ut ved at den kommer som følge av hyppigere og mer langvarige traumatiske stressbelastninger. Eksempler på dette er opphold i krigsområder over tid, gisselsituasjoner, beleiring, tortur, kvinner i voldelige parforhold og barn som vokser opp med mishandling. I disse situasjonene er det ikke noe enkeltvis insidens som ligger bak PTSD-diagnosen, men stressbelastning over tid. Hos krigsveteraner med kompleks PTSD vil man kunne finne betydelige svekkelser i prefrontal cortex og hippocampus, samt i forbindelsen mellom disse og amygdala. Dette vil ofte innebære en mer omfattende problemer enn ”vanlig” PTSD.

Felles for de med PTSD er dersom disse ikke blir behandlet, kan de utvikle en ny diagnose; Vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser, F62.0 (ICD-10). Dette dreier seg da om en endring i personligheten hos vedkommende, og kjennetegnes blant annet ved fiendtlighet eller mistroisk holdning til verden, sosial tilbaketrekning, følelser av tomhet og håpløshet samt konstant følelsen av å være truet.

Tall fra Folkehelseinstituttet (2015) viser at vi i dag på landsbasis regner med at ca. 25% av befolkningen opplever en eller flere traumatiske hendelser i løpet av livet, og 2,6% utvikler PTSD.

Det finnes ingen spesifikke tall på PTSD-forekomst hos veteraner fra ulike norske misjoner, men UNIFIL-studien (Forsvaret, 1993) gjennomført med veteraner fra UNIFIL (UNIFIL=United Nations Interim Force in Lebanon), viste at ca. 5% hadde denne tilstanden etter tjenesten. I en undersøkelse gjennomført med Afghanistanveteraner (Forsvaret, 2012), sier 7,3% at de har blitt påførte psykiske plager. Dette er dog ikke spesifiserte PTSD-diagnoser. Det danske Forsvarets Veterancenter regner med at ca. 10% av deres soldater utvikler PTSD-lignende symptomer som følge av utsendelse i internasjonale misjoner (Danske Forsvaret, 2017). Amerikanske studier viser at blant militært personell som har vært deployert til utland, forekommer det PTSD hos mellom 8,5% og 31,1% (Hoge et al., 2004 og Thomas et al., 2010).

### 3.6 Veteraner og alkohol

Det finnes en tydelig sammenheng mellom PTSD hos veteraner og bruk av alkohol. Stewart (1996), Davidson, Kudler, Saunders & Smith (1990), Keane & Wolfe (1990), Kessler, Sonnega, Bromet, Huges & Nelson (1995) og Kulka et al. (1990), har alle beskrevet sammenhengen, og underbygger dette med tallmateriale som beskriver at fra 41% til 85% av veteraner med PTSD-diagnose også misbruker alkohol. Tall for den mannlige, amerikanske befolkningen generelt er 19-29% (Robins et al., 1984), så det viser en markant økt tendens.

I en review-artikkel fra 1998, beskriver Stewart, Pihl, Conrod & Dongier flere aspekter rundt PTSD, stress, traumer og misbruk av rusmidler. Artikkelen bekrefter at PTSD gir økt fare for misbruk av rusmidler og at veteraner med PTSD først og fremst misbruker alkohol. Men artikkelen beskriver også at veteraner uten påvist PTSD har en økt fare for å alkoholmisbruke.

Johnsen & Bøe (2016) beskriver i en studie av norske veteraner etter tjeneste i Afghanistan, at av de som selv opplyser at de har psykiske plager med tilhørende alkoholproblemer, er det hele 80,3% som ikke har søkt helsehjelp. Studien viser i tråd med andre internasjonale studier (Hoge et al., 2004) at barrierene mot å søke hjelp er større hos de med alvorlige psykiske plager enn de uten. Dette kan da innebære at de som mest er i behov av hjelp ikke



---

får det, men da benytter andre mestringsstrategier og ”hjelpemidler” for å takle hverdagen. Dette er også gjenkjennelig fra min egen arbeidshverdag, da flere av de som har kommet til FVS og som opplyser om sine alkoholvaner eller alkoholproblemer, også sier at de ikke har oppsøkt noen form for hjelp i årene etter sin internasjonale tjeneste.

## 3.7 Tiltak, hjelp og støtte.

### 3.7.1 Recovery

Recovery er et begrep og perspektiv som har kommet inn i psykisk helsearbeid de siste årene. I utgangspunktet er det et gammelt begrep brukt både innen medisin og sykepleie som direkte oversatt kan recovery bety bedring, å komme seg eller å hente seg inn, men begrepet tolkes ikke nødvendigvis entydig (Haukland, Langseth & Hummelvoll, 2017). Recovery innen psykisk helsehjelp kan brukes som å omtale en prosess, en innstilling, en visjon eller som et veiledende prinsipp. Likevel kan det grovt sett skilles mellom tre hovedbruksmåter (Hummelvold, 2012):

1. Recovery som en spontan og naturlig hendelse, hvor man selv med en diagnose opplever å bli bra uten noen form for behandling
2. Recovery som en konsekvens av virksomme behandlingsintervensjoner, hvor man opplever å bli symptomfri og mestre hverdagen etter behandling
3. Recovery som oppleves selv om man fortsatt har symptomer og funksjonssvikt, hvor man til tross for omstendighetene bærer håp og ambisjon om en god og meningsfylt hverdag.

I nyere forskningslitteratur er det tre andre ulike teoretiske definisjoner av recovery som det ofte vises til; som personlig prosess, som sosial prosess og som resultat/klinisk recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013 og Hummelvoll, 2012). Personlig recovery som idé kommer fra mennesker som selv har opplevd psykisk sykdom (Hummelvold, 2012), og forskning viser at visse kjennetegn er gjentakende hos de som opplever endring. Det dreier seg om tilknytning til personer og miljøer, håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening og egenmakt (Sælør, Ness, Holgersen & Davidson, 2014).

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endringer av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Anthony 1993 i Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013, s. 10).

Sosial recovery har sammenheng med et kontekstuellt perspektiv, hvor omgivelser og lokale betingelser kan sees på som forutsetninger for personlig recovery. Tilknytning til sosiale strukturer og inkluderende lokalmiljøer er med på å gjenoppbygge positiv identitet, økt kontroll over eget liv, anerkjente roller og økt verdighet (Borg, et al., 2013). Sosial recovery er dermed en viktig faktor for at personlig recovery skal kunne forekomme.

Recovery som resultat/klinisk recovery som idé kommer fra personell som jobber innen psykiatri/psykisk helse og har fokus på resultatorientering. Det innebærer å fjerne symptomer, gjenvinne sosial funksjon og på andre måter ”gå tilbake til det normale”. (Hummelvold, 2012).

### **3.7.2 Hjelp til personer med PTSD og rusproblemer**

Personer som har PTSD eller PTSD-lignende symptomer, har som tidligere beskrevet også ofte utfordringer med rusmidler. Disse problemstillingene sammen har vist seg vanskelig å behandle, og det er derigjennom dårlige resultater av behandlingen av disse personene. Det har vært en tendens til at man har først fokusert på rusproblemer for å redusere eller løse disse før man har begynt å fokusere på PTSD-problematikken (Allen, Crawford & Kudler, 2016), men det finnes heller ingen konsensus om hvilke behandlinger som er mest effektive (Roberts, Roberts, Jones & Bisson, 2016).

Likevel viser nyere forskning at det kan være viktig å vurdere og behandle PTSD- og rusproblematikken samtidig (Roberts et al., 2016 og Allen et al., 2016), og at den kombinerte behandlingen bør inkludere en omfattende behandlingsplan som sikrer en helhetlig oppfølging (Allen et al., 2016).

I en norsk studie publisert i 2015, beskriver Biong og Soggiu hvordan recovery-orientering i en kommunal ROP-tjeneste har hatt innvirkning på 13 brukere. Funnene i studien antyder at

---

relasjoner og samarbeid med ROP-tjenestens team vedrørende de områder og mål brukerne selv synes er viktig, er viktig for brukernes livskvalitet. Teamets praksiser skapte muligheter for ny sosial identitet og nye handlemåter, som igjen bidro til bedring hos bruker (Biong & Soggiu (2015).

Det vil også være viktig å se på helhetsbildet rundt veteranen. Ved helhetlige tiltak ser man på flere viktige forhold som påvirker hverdagen og helsen til vedkommende, ikke bare symptomene (Gråwe, 2012). Det vil for eksempel være vanskelig å fokusere på sin egen psykiske helse dersom huset står å fare for å bli solgt på tvangsauksjon, man mangler et sosialt nettverk, ikke har en jobb og gå til og det er problemer i familien. Tradisjonelt sett har det i stor grad vært fokusert nettopp på rent symptomatisk behandling, istedenfor å innse betydningen og muligheten for en helhetlig oppfølging.

### **3.7.3 Recoveryorientert arbeid ved Forsvarets veteransenter**

Formelt sett drives det ikke behandling ved FVS, men likevel mener jeg at av de gjestene som sliter med psykiske problemer og alkoholproblemer, vil det være gunstig å arbeide ut ifra en recoveryorientert tankegang. Disse gjestene er, eller har vært, selekterte soldater som med stolthet har utført sine tjenester. Denne stoltheten kan være medvirkende årsak til at utfordringene har blitt som de har blitt, som Jon G. Reichelt (2016) beskriver:

Soldater stille regelmessig svært høye krav til seg selv, og per definisjon må en soldat være frisk for å være stridsdyktig, som det heter. Dette innebærer at det å ha helseplager og symptomer på psykisk lidelse kanskje kan være ekstra tungt for en soldat, som både er vant til å være, og ha en identitet som, frisk og sterk. Faktisk så er et mulig å føle skyld og skam for dette også: å skamme seg over at man ikke klarer å ta seg sammen, og skyldfølelse for at det har blitt slik.... Slike selvbebreidende tanker kan bli ganske omfattende, og er nødvendig noe man deler med andre. (s. 100)

Ved nettopp å bruke den stoltheten veteranen har, la han eller hun være ekspert på seg selv i kraft av sine egne erfaringer, vil hjelperen ved recoveryorientert tankegang kunne være en likeverdig støttespiller og veileder på veien videre.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid har utgitt rapporten ”100 råd som fremmer recovery” (Slade, 2015). Den beskriver 100 råd for hvordan psykisk helsepersonell

kan jobbe på en personsentrert og recoveryorientert måte. Av disse 100 rådene, har jeg plukket ut fem som jeg ønsker å se videre på i drøftingen i oppgaven.

**Råd 2: Spre informasjon om recovery skrevet for brukere.**

**Råd 38: La diskusjonen handle om personen i stedet for sykdommen og å inkludere velvære, ressurser og ønsker i tillegg til symptomer og begrensninger.**

**Råd 50: Forberede personen på å oppleve mestring.**

**Råd 51: Oppmuntre personen til å gi tilbake til andre.**

**Råd 52: Støtte tilgang til positive opplevelser.**

## 4. Drøfting

*“If we are to better the future we must disturb the present”*

Catherin Booth

### 4.1 Engang soldat, alltid soldat.

En av de større utfordringene sett opp mot problemstillinger vedrørende psykisk helse, ligger i tradisjonell tankegang. Dette kan etter min erfaring som offiser og sjukepleier i Forsvaret, summeres opp i fire momenter:

1. Det er tabubelagt å snakke om psykisk helse.
2. Det er mer tabubelagt å snakke om psykisk helse hvis du er norsk.
3. Det er spesielt tabubelagt å snakke om psykisk helse hvis du er norsk mann.
4. Det er et ”ikke-tema” å snakke om psykisk helse hvis du er en mannlig, norsk soldat og veteran.

Likevel kan det forhåpentligvis være en dreining på gang. Dette blant annet som følge av økt fokus på psykiske utfordringer som en del av hverdagen allerede under opptrening før man reiser ut, økt kompetanse hos lederne ute med fokus på de-brief og gjenkjenning av tegn på utfordringer, samt organisert hjemkomst med anerkjennelse i form av medaljeseremoni, familiesamling, samtale med psykolog og informasjon vedrørende muligheter for støtte og hjelp resten av livet.

Men uansett om opptreningen i forkant, oppfølging underveis og etter av militære operasjoner i utlandet er optimal, vil krig og krigslignende tilstander medføre at veteraner også i fremtiden vil oppleve utfordringer i hverdagen. Dette vil medføre at det fortsatt vil være viktig med kompetanse om problemstillingen og en kompetanse om ivaretagelse av disse veteranene på et sted som FVS.

### 4.2 Veteranens utfordring; Stress, PTSD og alkohol

Alle soldater som tjenestegjør i internasjonale operasjoner i utlandet, står i fare for å oppleve stress. Dette stresset vil påvirke kroppen, og ulike personer har ulike mestringsstrategier for

å takle dette. Tradisjonelt sett har militære enheter bygget avdelingsfølelse og lagånd, hvor den enkelte soldat er villig til å kunne ofre seg selv for sin makker eller de andre i avdelingen. De er en del av et større felleskap hvor man stoler på hverandre, og er sikker på at alle vil yte sitt ytterste for sin avdeling. Dette samholdet kan være med på å holde stressreaksjoner i sjakk under utenlandsoperasjoner, men samtidig medføre at hjemkomsten blir mer utfordrende.

I kontingentene som tjenestegjorde i Libanon og på Balkan, var det vanlig at man kun hadde en kontrakt som inkluderte en kortere treningsperiode i forkant av utenlandsoppdraget i tillegg til selve misjonen ute. Dette medførte igjen at man var ferdig med Forsvaret igjen mer eller mindre i det man kom hjem til Norge. Dette har gitt mange veteraner utfordringer etter hjemkomsten. Fra den ene dagen å være inkludert i en avdeling med "Brothers in Arms" hvor alle er villige til å gi sitt liv for de andre, til en hverdag hvor slekt og venner i all hovedsak er interessert i om du har drept noen og hvor mye penger du har tjent. Hvis da veteranen i tillegg sitter med opplevelser han ikke føler han fortelle om, eller får forståelse for at har vært utfordrende, skapes gjerne et tomrom hos veteranen. Mange av de veteranene jeg har snakket med, beskriver dette som "å komme hjem men ikke få landet helt". For de fleste går dette over etter noen uke eller noen få måneder, men for noen blir denne tomhetsfølelsen til en tapsfølelse og et savn av samholdet de har levd i, som igjen medfører at alkohol blir benyttet til å mestre følelsene. Dette igjen kan få store konsekvenser, da det kan gå ut over jobb, familie, venner, omgangskrets osv., som medfører at veteranen havner i negativ utviklingsspiral hvor nå også skam kommer inn som en faktor. Skam som følge av stadig nye tap som igjen forsøkes mestret ved ytterligere alkoholinntak.

Mine erfaringer er tilsvarende som resultatene fra både UNIFIL-undersøkelsen (1993) og Afghanistanundersøkelsen (2012), dvs. veteranene søker ikke hjelp i helsevesenet for sine utfordringer. Dermed ender vi opp med en gruppe personell som sitter med stolthet for det de har gjennomført av tjeneste for Norge, en skam for å ikke mestre det de selv mener var forventet av dem, og ofte i tillegg en bitterhet mot samfunnet (gjærne rettet mot Forsvaret og/eller forsvarsdepartementet) for å ikke gi de mer støtte, anerkjennelse og respekt etter at de kom hjem.

## 4.3 Forsvarets veteransenter og recovery

Selv om FVS formelt sett ikke er et behandlingssted, har det fått ry på seg for å kunne hjelpe veteraner som sliter med hverdagen. Dette har spredd seg mellom veteranene og frivillige veteranorganisasjoner, som gjør at det til stadighet er noen som etter mange års streben søker seg til senteret for å kanskje komme seg ”helt hjem”. Det er i forbindelse med det arbeidet å få alle veteraner ”helt hjem”, at recoveryorientert arbeid kan benyttes ved FVS.

### 4.3.1 Første møte

For å få plass ved FVS, sendes en søknad til senteret. Denne blir behandlet første mandag etter at den er mottatt, og søkere som ikke har besøkt senteret før blir vanligvis kontaktet på telefon av sjukepleier eller av veteransenterets prest for en forventningsavklaring og ønsker rundt oppholdet, i tillegg til praktisk forhold som penger til reise, utstyr og opplysninger om aktiviteter ved senteret.

Når så en gjest ankommer senteret for første gang vil de motta senterets coin fra en av militært ansatte ved senteret, som et symbol på anerkjennelse og respekt for den tjenesten de har utført. Dette er en praksis en liten gave, men har ofte stor symbolsk effekt for gjesten. Ved ankomst får gjesten også utdelt et registreringsskjema som spør etter informasjon om personalia, pårørende, fastlege, eventuelle diagnoser, allergier og medisiner, samt forhold til rusmidler og ønsker om oppfølging. Dette skjemaet danner videre grunnlaget for en inntakssamtale med sjukepleier eller prest. Mine erfaringer knyttet opp mot disse samtalene, er at veteranene som kommer til senteret for første gang og som ønsker hjelp, ofte er meget ærlige i sine svar og ærlige om sine utfordringer. De kan ha fornektet det lenge, men innser at de mestringsstrategiene de har benyttet ikke har vært gode nok. De har heller vært destruktive, men håper på at de nå skal kunne få hjelp videre. Disse veteranene har ofte et inntrykk av at de er helt alene med sine utfordringer, og at ingen i sivile helsevesenet kan hjelpe dem som følge av de unike opplevelsene de har. Noen få har hatt kontakt med psykologer, men ikke klart å fortelle åpent om problemene da de sitter med skamfølelser over at dette er ting de egentlig burde ha mestret og/eller at dette er selvpåført da de frivillig har reist i utenlandsoppdrag. Det er allerede i denne sammenhengen jeg tenker at recovery kan spille inn.

Det første besøket ved FVS kan sees på som en start på en gjenoppbyggingsprosess hvor de første grunnsteinene legges på plass. Hvis veteranen har oppsøkt FVS med ønske om hjelp, ligger det en erkjennelse av tap i grunnen, men den grunnleggende stoltheten veteraner i de aller fleste tilfeller har kan knyttes opp mot recoveryorientert arbeid.

### *Stolthet og recovery som personlig prosess*

Etter min forståelse handler recovery om en opplevd bedring hos personen med utfordringer på personens egne premisser. Det innebærer at det er personen selv som kjenner seg selv best og som kan sette seg målsettinger om hvor man ønsker å komme. Hjelpeapparatene rundt skal veilede og støtte vedkommende i det arbeidet mot målene. Ved å underbygge den stoltheten veteraner har fra før med informasjon om recovery og forklare hva det innebærer, bør dette være en god start allerede under inntakssamtalen og videre under det første besøket. Også råd 2 i rapporten ”100 råd som fremmer recovery” (Slade, 2015), beskriver informasjonsdeling om recovery som et viktig moment. En fordel med denne tilnæringsmåten, er at det vil kunne bygge videre på de ressursene veteranen allerede har, og bekrefte at disse kan han eller hun benytte seg av i det videre arbeidet. Dette igjen vil kunne fremme et håp om en endring i fremtiden som videre vil kunne motivere for den tunge jobben som ligger i fremtiden. Vi kan også opplyse veteranen om at han eller hun ikke er alene med sine utfordringer, men at det er flere som har hatt problemer etter sin tjeneste og at vår erfaring tilsier at det er mulig å oppleve forandring mot en bedre hverdag.

På den negative siden, kan man kanskje se at dette vil medføre en betraktelig egeninnsats. Disse omtalte veteranene har som tidligere nevnt, hatt begrenset eller ingen kontakt med helsevesenet, spesielt når det kommer til psykisk helse. Dette kan innebære at de sitter med en forventning om at en passiv tilnærming til problemene fra deres side er nok. Hvis de bare får snakke med den rette militære psykiateren som kan foreskrive den rette pilla, så vil problemene kunne la seg løse og hverdagen bli bedre. Fra en tradisjonell sanitetstankegang i Forsvaret vil dette kunne virke logisk, da man lærer at det finnes en behandling for stort sett enhver fysisk skade, men opp mot utfordringer med rusmidler og stresslidelser vil denne tankegangen fort komme til kort.

Som en konsekvens av dette er det viktig å poengtere at veien videre vil innebære tungt psykisk arbeid og vanskelige utfordringer, men at det også finnes hjelp å få og at FVS med dets ansatte kan og ønsker å være en del av dette arbeidet.



### *Ressurser og recovery som personlig prosess*

I tillegg til stoltheten veteranen som oftest føler, har vedkommende tidligere også vært ansett som ressurssterk og dyktig, med god fysisk og psykisk helse, og har hatt en anerkjent stilling i en militær enhet sendt ut på vegne av Norge for å drive fredsarbeid i et annet land. Kortfattet sier dette at veteranen er en person som har hatt mange og gode personlige egenskaper og ressurser. Råd 38 fra ”100 råd som fremmer recovery” (Slade, 2015) sier ”La diskusjonen handle om personen i stedet for sykdommen og å inkludere velvære, ressurser og ønsker i tillegg til symptomer og begrensninger”. Ved å primært forsøke å finne frem til positive ting veteranen opplever og de ressursene som vedkommende fortsatt har, vil det forhåpentligvis bidra til en positiv prosess hvor målsetninger for fremtiden kan ha fokus.

En utfordring knyttet til dette området, kan være de veteraner som er veldig opptatt av å fokusere på det de har opplevd og nærmest ”dyrker offerrollen” som skadet og neglisjert veteran. Dette forekommer tidvis og gjenkjennes ved at de har et veldig stort fokus på det som skjedde når de var ute, og på det som ikke har skjedd når de kom hjem, og hvis de har noen ønsker om fremtiden, er det i hovedsak med fokus på en økonomisk kompensasjon. Min erfaring er at det kan være utfordrende å få disse veteranene til å endre fokus. Det finnes flere eksempler på at veteraner i denne kategorien som har fått økonomisk erstatning, til tross for tilbud om økonomisk veiledning, ender opp med å sløse bort pengene og enda en tapsopplevelse og en enda mørkere hverdag.

### *Mestring og recovery som personlig prosess*

Råd 50 i ”100 råd som fremmer recovery”: Forbered personen på å oppleve mestring. For enkelte av de besøkende ved FVS, så har de allerede opplevd en mestringsfølelse bare ved å komme seg dit. Etter 15-40 år på egenhånd i en nedadgående spiral med tiltagende utfordringer og tapsopplevelser, kan det å komme seg ut blant folk på en lengre reise være en tung opplevelse. Så når de først har kommet seg til Kongsvinger og gått inn dørene på FVS, kan det føles som en seier i seg selv. Dermed kan det være en takknemlig jobb å bygge videre på denne følelsen under det første møtet med veteranen. Det videre oppholdet ved FVS vil vanligvis inkludere sosial omgang og aktiviteter med både ansatte og andre gjester. For de veteranene som har isolert seg og i hovedsak klart seg selv, vil dette bidra til en mestringsfølelse i og med at de føler at de kan omgås andre igjen. En faktor som bidrar til dette, virker å være at selv om militært ansatte ved senteret og andre gjester som alle er

veteraner ikke nødvendigvis har vært i samme utenlandsmisjon, så er det å ha samvær og samtaler med andre veteraner så gunstig at det gir mestring i seg selv.

Det finnes likevel tilfelle hvor dette kan slå negativt ut. Hvis eksempelvis en veteran har kommet til senteret, og opplever å bli nærmest overveldet av inntrykk fra stedet, ansatte og andre gjester, så kan det medføre at de trekker seg tilbake til sine rom og isolerer seg der. Dermed kan den opplevde mestringen etter reisen bli til frustrasjon og nye tapsopplevelser etter ankomst, noe som igjen kan gjøre det vanskeligere å få vedkommende videre i sin prosess. Dette er en kjent problemstilling ved FVS, og blir forsøkt forebygget ved å tilpasse gjestene til hverandre. For eksempel forsøker vi å ikke ha veteraner som vi kjenner som veldig uttrykksfulle og beskrivende av sin tjeneste på opphold, når vi samtidig venter nye gjester som har beskrevet at de har ønsket hjelp i den situasjonen de opplever i dag.

### **4.3.2 Under oppholdet**

Som tidligere beskrevet, er ofte savnet av ”Brothers in Arms” fremtredende hos mange av veteranene. Samholdet og fellesskapsfølelsen de opplevde under sitt utenlandsoppdrag er ikke lett å erstatte. Verken familien eller den gamle vennegjengen klarer ikke å fylle rollen, som ofte resulterer i at veteranene gradvis blir mer og mer ensomme.

#### *Nytt nettverk og sosial recovery*

For at personlig recovery skal forekomme, forutsettes det også et kontekstuellt perspektiv blir inkludert i bildet. Dette vil inkludere omgivelser, lokale betingelser, miljøer og sosiale strukturer (Borg, et al., 2013). Flere av veteranen som besøker FVS for første gang, kommer med tilbakemeldinger om at de opplever en tilhørighet igjen. En følelse de har savnet siden de var ute. En del av kan tilskrives at alle de militært ansatte ved senteret også er veteraner selv. Det medfører at uavhengig av en eventuell grad, så har de ansatte og gjestene det felles at de har de unike erfaringene fra utenlandsmisjoner. I tillegg vil det som regel være andre gjester ved senteret som også er veteraner, som bidra til samme fellesskapsfølelse. Erfaring viser at noe av det viktigste for nye gjester, er nettopp kommunikasjon med andre gjester med påfølgende erfaringsutvekslinger.

Råd 51 i ”100 råd som fremmer recovery” (Slade, 2015), sier at man skal oppmuntre personen til å gi tilbake til andre. Dette er noe som veteraner i utgangspunktet også ønsker å

---

gjøre; å dele sine erfaringer om hvordan de har fått endret sin hverdag til det bedre. Ved å fokusere på og forklare viktigheten av dette for veteranene, vil dette også kunne bli en selvforsterkende effekt mellom veteraner som oppholder seg på senteret. Dermed vil de som har gode erfaringer kunne dele disse med nye gjester som er i en startfase i det å komme videre med sine utfordringer. Disse vil igjen kunne komme tilbake og dele sine erfaringer med nye gjester ved senere anledninger. Det er også ganske vanlig at disse veteranene får såpass god kontakt under opphold at de også opprettholder kontakt etterpå. Dermed er etableringen av et nytt, etterlengtet og verdifullt nettverk i gang.

En utfordring vedrørende det å dele sine erfaringer, er at det ikke nødvendigvis er slik at ”en kur passer for alle”. Selv om noen tiltak har fungert for en person, er det ikke sikkert at det passer for en annen. Dersom en veteran forteller om sine positive erfaringer til en annen, og vedkommende prøver de ut uten ønsket resultat kan det medføre nye tapsopplevelser og ny negativ utvikling. Noen av veteranene kan ha en relativt overbevisende fremtoning og selv være overbevist om at deres erfaringer er særdeles viktige, og sannsynligvis da riktige for stort sett alle andre også. Dette medfører at det er viktig å forberede de som er nyankomne om at det ikke nødvendigvis er slik at det som har fungert for en, også fungerer på samme måte for en annen. Det vil også være viktig for oss som ansatte å ta dette opp med vedkommende som, i beste mening, ønsker å ”selge sin kur”, for å forklare at det kan være utfordrende for de som ikke oppnår samme resultat hvis de har blitt overbevist om at dette er noe som vil fungere.

Ved FVS legges det også til rette for aktiviteter under opphold, og da gjerne sammen med andre. Dette er i samsvar med råd 52 fra ”100 råd som fremmer recovery”, støtt tilgangen til positive opplevelser. Et eksempel på aktivitet som ofte gis utrykk for både underveis og i etterkant at har vært positivt, er besøk på et hestesenter med stell av hest og påfølgende riding eller kjøring med vogn. Et annet eksempel på positiv aktivitet er kajakkpadling. Begge disse aktivitetene krever litt konsentrasjon og fysisk aktivitet, men gir raskt mestringsfølelse og hvis man legger inn noen små lagkonkurranser oppnås også fellesskapsfølelser. I tillegg finnes det mange muligheter for aktivisering: fisketurer, golf, telting ute, styrke- og utholdenhetstrening, svømming, bowling, luftgevær- og bueskyting. Det er viktig å poengtere at dette ikke noe som er obligatorisk, men som et tilbud om aktiviteter mens man er på opphold. En del av de besøkende har tidvis behov for å være for seg selv, da oppholdet kan bli overveldende eksempelvis hvis de er vant med lite sosial omgang og begrenset aktivitet.

### 4.3.3 Før avreise

Før oppholdet avrundes, ønsker vi gjerne å ha en kort samtale om hvordan oppholdet har vært. Dette for å gi oss en tilbakemelding, men også for å forsøke å opprettholde motivasjonen for arbeidet videre. I denne forbindelsen, hender det ofte at veteraner som har utfordringer med alkohol, selv sier at deres behov for eller ønske om alkohol har vært mindre under oppholdet. Deltagelse i aktivitetene og sosial omgang, nevnes som årsaker til dette, og kan være med på å forsterke mestringsfølelse og håp.

I tillegg til samtaler, aktiviteter og nettverksbygging ved senteret, bruker vi også tid på å initiere videre hjelp for veteranen dersom vedkommende ønsker det. Vegene videre bør være preget av en helhetlig tankegang og samtidig fokus på både rusproblemene og de stresslidelsene som preger veteranen (Gråwe, 2012, Roberts et al., 2016 og Allen et al., 2016). FVS samarbeider med NAV Elverum (hvor tre ansatte har spesialisert seg på veteranspørsmål), Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (NMP) og Institutt for militær psykiatri og stressmestring (IMPS) (hvor Forsvarets egne leger, psykiatere og psykologer arbeider), Bufetat og ulike frivillige organisasjoner. I tillegg kan vi kontakte fastleger, veteranenes hjemkommuner og eventuelt andre offentlige og private instanser for at veteranene kan komme seg videre. Vi kan også legge en plan for nye besøk ved senteret, gjerne koordinert opp mot den videre behandlingen i andre instanser.

I samtalen før avreise, prøver vi også å gjøre nye gjester oppmerksomme på at det kan komme en nedtur når de kommer hjem. Ved senteret er det jevnlig organiserte aktiviteter, det sosial omgang, fire ferdiglagde måltider om dagen, muligheter for veiledet trening, samtaler med sjukepleier og prest og så videre. Vi har fått tilbakemeldinger om at overgangen til det tomme hjemmet og manglende sosial kontakt kan være fryktelig stor, og at det kan gi nedturer og redusert motivasjon. Derfor er det viktig å forberede veteranene på at dette ikke er en ukjent problemstilling, men at den også er overkommelig. I tillegg bruker vi å opplyse om at det finnes flere frivillige organisasjoner og mange forumer på internett drevet av og for veteraner fra internasjonale operasjoner.

## 5. Oppsummering

Av over 100.000 personer som har tjenestegjort for norske, militære styrker i utland siden 2.verdenskrig, er det kun noen få som større og vedvarende problemer etter tjenesten. Men for de det gjelder, blir fallet ofte meget langt med følelser som fornektelse, tap, skam, skyld, sinne og frustrasjon. De kan føle seg oversett og mangle anerkjennelse og respekt for jobben de har utført på vegne av Norge og de tapene de har lidd som følge av denne jobben.

Etter 2008 har det blitt fokusert på å øke anerkjennelsen for veteranene, og bedre hjelpen til de som har problemer. En del av dette er Forsvarets veteransenter, hvor veteraner tidvis for første gang innrømmer og forteller om sine problemer og får hjelp videre. Dette har allerede gitt positive resultater for mange, men bør kunne videreutvikles videre ved å benytte recoveryorienterte prosesser. Først ved å presentere og forklare recovery som i dag er i vekst i psykisk helsearbeid, knytte dette opp mot veteranens stolthet og ressurser, helhetlig oppfølging og med det underbygge og videreutvikle håpet om positiv endring. Videre i oppholdet kan nye nettverk etableres og kontakter mot behandlingsapparat knyttes, i tillegg til aktivisering og mestringsfølelse. Dette bør gi et bedre grunnlag for videre, helhetlig behandling i helsevesenet og/eller hos NMP/IMPS, og med det en bedret hverdag.

## **6. Etterord**

I mitt daglige arbeid og i arbeid med denne oppgaven, har jeg fått noen spørsmål som det kan være aktuelt å se videre på i fremtiden. Det gjelder alkoholbruk blant stadig tjenestegjørende i Forsvaret, sammenheng mellom befal og soldaters bruk av alkohol etter krevende situasjoner i Liban og på Balkan, samt om det er noen signifikant forskjell i utvikling av stresslidelser og rusmisbruk hos veteraner fra Libanon/Balkan og nyere veteraner fra Afghanistan/Afrika.

---

## Litteraturliste

Allen, J.P., Crawford, E.F. & Kudler, H. (2016). Nature and Treatment of Comorbid Alcohol Problems and Post-Traumatic Stress Disorders Among American Military Personnel Veterans. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 133-140.

Bentley, S. (1991). A Short History of PTSD. *The VVA Veteran*. Lokalisert på [http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005\\_03/feature\\_HistoryPTSD.htm](http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005_03/feature_HistoryPTSD.htm)

Biong, S., & Soggiu, A.S. (2015). Her tar de tingene i hendene og gjør noe med det. – Om recovery-orientering i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 11(1), 51-60.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. *Recoveryorienterte praksiser*. (2013). *En systematisk kunnskapssammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kunnskapssenter for psykisk helsearbeid.

Davidson, J.R.T., Kudler, H.S., Saunders, W.B. & Smith, R.D. (1990). Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 162-170.

Danske Forsvaret. (2017). *Hvad er PTSD*. Lokalisert på <http://veteran.forsvaret.dk/hjalpdig/veteraner/skadet/Pages/HvaderPTSD.aspx>

Folkehelseinstituttet. (2015). *Traumatiske hendelser og posttraumatisk stress er forbundet med psykiske lidelser*. Lokalisert på [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6261:0:25,6738&MainContent\\_6261=6496:0:25,6808&Content\\_6496=6178:101086:25,6808:0:6562:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6261:0:25,6738&MainContent_6261=6496:0:25,6808&Content_6496=6178:101086:25,6808:0:6562:1:::0:0)

Forente Nasjoner. (2015). *Norge i FNs fredsarbeid*. Lokalisert på <http://www.fn.no/Tema/Konflikt-og-fred/Norge-i-FNs-fredsarbeid>

Forsvaret. (1993). *The UNIFIL-study – Positive and negative consequences of service in the UNIFIL: The norwegian experience*.

---

Forsvarsdepartementet (2009). *Fra vernepliktig til veteran*. (St.meld.nr.34, 2008-2009). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-34-2008-2009-/id560494/?ch=1&q=>

Forsvarsdepartementet (2011). *I tjeneste for Norge. Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste*. Oslo: Departementet

Forsvaret. (2012). *Afghanistanundersøkelsen 2012*. Lokalisert på <https://forsvaret.no/tjeneste/ForsvaretDocuments/Afghanistanundersøkelsen2012.pdf>

Forsvarsdepartementet (2014). *I tjeneste for Norge. Regjeringens oppfølgingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste*. Oslo: Departementet

Forsvaret. (2015). *Veteraner fra internasjonale operasjoner*. Lokalisert på <https://forsvaret.no/tjeneste/veteraner>

Forsvaret. (2015). *Forsvarets Veteransenter*. Lokalisert på <https://forsvaret.no/tjeneste/veteraner/veteransenteret>

Forsvaret. (2017). *I tjeneste for Norge*. Lokalisert på <https://itjenestefornorge.no/>

Forsvarspersonelloven, LOV-2004-07-02-59. §3. (2005).

Gråwe, R.W. (2012). Forståelse og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. I A. Almvik og L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s.148). Bergen: Fagbokforlaget.

Haukland, M., Langseth, B. & Hummelvoll, K. (2017). *Skipper og los på samme skute – Rapport fra verksted for Recovery-kunnskap*. (Sagatun Brukerstyrt Senter Rapport nr. 1, 2017). Hamar: Sagatun Brukerstyrt Senter.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y. Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.

Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I. & Koffman, R.L. (2004).



Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.

Hummelvold, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ito, H. (2013). What should we do to improve patients' adherence? *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 5, 127-130.

Johnsen, G.E. & Bøe, H.J. (2016). Norske afghanistanveteraner: stigma, barrierer og helsehjelp. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 2016, 814-822.

Keane, T.M. & Wolfe, J. (1990). Comorbidity in posttraumatic stress disorders: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1776-1788.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.

PTSD. (s.a.). I Helsedirektoratet. *ICD-10*. Lokalisert på <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#/icd10|ICD10SysDel|2613495|flow>

PTSD. (s.a.). I *Norsk Elektronisk Legehåndbok 4.3*. Lokalisert på <http://amv.legehandboka.no/forebygging/psykososiale-organisatoriske-forhold/posttraumatisk-stresslidelse-ptsd-967.html>

Løvland, T., Stordahl, T.E., Eide, O.K. & Arstad, S. (2015). Hvem kan kalle seg veteran? *Forsvarets Forum*. Lokalisert på [http://www.fofo.no/Hvem+er+veteran%3F.b7C\\_xdfU1f.ips?template=master](http://www.fofo.no/Hvem+er+veteran%3F.b7C_xdfU1f.ips?template=master)

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion – a new synthesis*. London: Springer.

Lauvås, N. & Lindgren, R.M.B. (2015). *Etter sjokket*. Oslo: Aschehoug.

Noranger, D.Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling, komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Reichelt, J.G., (2016). *Håndbok i militærpsykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget

Roberts, N.P., Roberts, A.R., Jones, N. & Bisson, J.I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2>

Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*, oversatt av I. Wormdahl og L.B. Ødegård, Trondheim: Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Solær, K.T., Ness, O., Holgersen, H. & Davidson, L. (2014). Hope and Recovery: a scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(2), 63-72.

Stewart, S.H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83-112.

Stewart, S.H., Pihl, R.O., Conrod, P.J. & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD and substance-related disorders. *Addictive Behaviours*, 23, 797-812.

Thomas, J.L., Wilk, J.E., Riviere, L.A., McGurk, D., Castro, C.A. & Hoge, C.H. (2010). Prevalence of Mental Health Problems and Functional Impairment Among Active Component and National Guard Soldiers 3 and 12 Months Following Combat in Iraq. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 614-623.

TV2. (2010). *Stoltenberg: - Vi deltar i krigshandlinger*. Lokalisert på: <http://www.tv2.no/a/3209160/>

## Vedlegg 1.

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
militær veteran military veteran soldier soldat PTSD alkohol alcohol alcohol abuse combat experience war experience ROP	recovery recovery orientert recovery oriented		