

Vi må våge å tenke nytt om veteranbehandling

Personer som har deltatt i militære operasjoner på vegne av nasjonen får ikke skreddersydd psykisk helsehjelp, selv om vi vet at veteraner har særskilte terapeutiske behov.

TEKST

Kjersti V. Sjørdal

Hanne Kristine Haarset

PUBLISERT 2. mai 2022

«Vi trenger eksperthjelp, vi trenger oppfølging i kommunene og fylkene. Det er det sivile helsevesenet vi er helt avhengige av. Veteranoppfølging angår hele Norge.» Forsvarssjef Eirik Kristoffersen (Sævereid, 2021)

Historien om hvordan vi feilet med ivaretagelsen av krigsseilerne og andre veteraner fra andre verdenskrig, er en sørgelig historie vi ikke må gjenta. I dag vet vi langt mer om trening og forberedelse før soldater sendes ut, og om ivaretagelse under og etter tjeneste. Når det gjelder behandling av krigstraumer, har det skjedd en revolusjon. Likevel er det, ifølge den nye Afghanistan-undersøkelsen, rundt ti prosent som sliter etter tjeneste i Afghanistan (Bø et al., 2021). Dette er et tall som er vanskelig å sammenligne med normalbefolkningen, da Afghanistan-veteranene er en ressurssterk populasjon som er selektert i flere ledd for å ha en særlig god helse og fysisk form. Dette innebærer at de på gruppenivå er friskere psykisk og fysisk enn normalbefolkningen – «the healthy soldier effect».

Norges deltakelse i militære internasjonale operasjoner gjennom FN og NATO er en politisk fattet beslutning, på bakgrunn av norsk sikkerhets- og forsvarspolitik. Å delta i skarpe militære operasjoner innebærer risiko for psykisk og fysisk helseskade. De aller fleste går det bra med, men Afghanistan-undersøkelsen bekrefter at en del får senskader. Neste steg er å se på hvordan man kan gi god hjelp for å spare de av veteranene som sliter, familiene deres og samfunnet for store konsekvenser. Forskjellen på rask og god hjelp for de ti prosentene som får problemer, kan i ytterste konsekvens utgjøre forskjellen mellom å slite resten av livet – og å kunne leve et godt liv.

Oppfølging av veteraner I regjeringens handlingsplan fra 2011 står det: *Det sivile helsevesenet har ansvar for å yte tjenester til denne gruppen på lik linje med befolkningen ellers. Det sivile helsevesenet og Forsvaret har et overlappende ansvar for oppfølgingen av det personellet som faller inn under bestemmelsene i forsvarspersonelloven og dennes regel om ett års oppfølging fra Forsvaret. Det er viktig at helsetilbud fra det sivile helsevesenet og Forsvaret er samordnet. (Departementene, 2011)* Planen har i praksis vist seg å være problematisk. Veteraner foretrekker militær helsehjelp, og de har svært lav tillit til de offentlige poliklinikkene (DPS-ene). I 2012 ville kun 3,1 % søke slik hjelp. Ifølge den siste undersøkelsen er tallet nå 6,2 %. I tillegg er det en utfordring i at det store flertallet av de med psykiske plager ikke søker hjelp. Av veteranene som møtte kriteriene til psykisk lidelse, var det 72,4 % som ikke hadde tatt kontakt med hjelpeapparatet. Vanlige rapporterte årsaker til dette var et ønske om å håndtere vanskene selv, samt frykt for konsekvenser for karriere og senere utenlandsoppdrag (Johnsen & Bøe, 2016). Siden St.meld. nr. 34 (2008–2009) «Fra vernepliktig til veteran» har det blitt gjort en rekke tiltak for å bedre mottagelsen av veteraner i spesialisthelsetjenesten. I Riksrevisjonens dokument 3:1 (Riksrevisjonen, 2018–2019) vises det til flere kompetansehevede tiltak. Til tross for tiltakene er altså tilliten til spesialisthelsetjenesten fortsatt lav.

Vi er to sivile psykologer med over 30 års samlet klinisk erfaring med behandling av veteraner, både individuelt og i grupper, innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten. En av oss er leder for psykiatrisk poliklinikk i Moss, den andre er privatpraktiserende. Vi har også samarbeidet med og hospitert hos to amerikanske eksperter på behandling av veteraner, dr. Roger Solomon og dr. E. C. Hurley. Vi er begge EMDR-terapeuter og EMDR-veiledere. Men det meste av det vi legger fram her, gjelder uavhengig av hvilken retning man måtte ha tilhørighet til. Vi ønsker å gjøre veteranspesifikk kunnskap som har vært til stor nytte i klinisk arbeid med veteraner, tilgjengelig for andre sivile behandlere. Vi ønsker også å komme med noen innspill til hvordan man forhåpentligvis kan ha god effekt av mindre endringer på organisasjonsnivå.

Plager hos veteranen

Afghanistan-undersøkelsen

Vår kliniske erfaring sammenfaller med hovedfunnene i den nye Afghanistan-undersøkelsen (Bøe et al., 2021). Studien inneholder også viktig kunnskap om veteranene vi møter i sivilt helsevesen i Norge. Vi har derfor valgt å gjengi en del av funnene. Bakgrunnen for den nye undersøkelsen var at en ville se på de psykologiske langtidskonsekvensene blant norske Afghanistan-veteraner, siden nyere danske og nederlandske studier hadde vist at psykiske plager kan oppstå flere år etter utenlandstjenesten. Såkalt forsinket sykdomsdebut har vi også sett hos Libanon- og Balkan-veteraner. Av Afghanistan-undersøkelsen kommer det frem at en stor andel veteraner opplever alvorlige hendelser under tjenesten. For eksempel rapporterer 78 % deltakelse i operasjoner i områder med høyt trusselnivå, 43,5 % har opplevd å bli angrepet av fienden, og 19,5 % har opplevd et øyeblikk der de trodde de skulle dø. Både kroppslige og psykiske helseplager er markant forhøyet hos veteraner som opplevde høy grad av eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten, og sammenhengen mellom psykiske helseplager (f.eks. depresjon, angst og PTSD) og kroppslige helseplager (f.eks. hodepine og muskel/skjelettplager) er tett. Man finner ingen kjønnsforskjeller. Resultatene gir også holdepunkter for at mild traumatisk hjerneskade (mild traumatic brain injury, mTBI) er et fenomen blant norske Afghanistan-veteraner. Blant de som svarte på både 2012- og 2020-undersøkelsene, hadde psykiske helseplager økt med 2,2 prosentpoeng. Dette kan indikere at de psykiske helseplagene i hovedsak ikke er kortvarige, men at de tvert imot kan øke med tiden. I tillegg vet vi fra før at veteranpopulasjoner har noe dårligere resultater fra standard traumebehandlingsprotokoller, og at frafallsraten er særlig høy (Steenkamp et al., 2015).

Å bli sivil: en risikofaktor?

Vår kliniske erfaring med gruppen understøtter at høy belastning under tjenestegjøring i internasjonale operasjoner gir økt risiko for helseplager. Enkelthendelser kan være viktige, men ofte vil traumatiseringen bestå av kronisk overaktivering og kumulative trusselhendelser. Vi har erfart at veteraner som sliter, har klart seg forholdsvis godt så lenge de har vært i Forsvaret, men at symptomene melder seg når de blir sivile. I Afghanistan-undersøkelsen fremkommer også at det er 82 % høyere risiko for psykiske helseplager blant de som har sluttet i Forsvaret. Klinisk ser vi at hendelser som samlivsbrudd, bytte av arbeidsplass, flytting, dødsfall og andre destabiliserende hendelser ofte sammenfaller med det tidspunktet da symptomene øker, på toppen av en underliggende tilstand som har ligget der over år. Ved en slik destabilisering vil «traumeveggen» bli tynnere, og symptomer som søvnløshet, mareritt, flashbacks og panikkanfall kan oppstå. En del veteraner vil ikke selv koble de nyoppståtte symptomene til tidligere hendelser, men vi ser ofte at bearbeidelse av de tidligere hendelsene, i tillegg til stabilisering, har effekt på helseplagene.

Alkoholforbruk

En del av disse veteranene har et økt alkoholinntak, og mange beskriver det som selvmedisinering. Flere forteller at de bruker alkohol for å roe seg ned og for å kunne sove. Det kan se ut til at noen benytter alkohol for å nedregulere overaktivering. I undersøkelsen kommer det frem at alkoholinntaket er noe lavere i 2020 enn i 2012, og dette forklares med at veteranene har kommet i en aldersgruppe med et annet drikkemønster. Vi tror også dette er tilfellet, men ser samtidig at eldre veteraner fra Balkan og Libanon lett kan falle tilbake til et høyere alkoholinntak som mestringsstrategi når de destabiliseres.

Veteranen i terapirommet

Veteranspesifikk kunnskap om allianse

Når det gjelder alliansebygging og møte med veteranen i terapirommet, har vi redegjort for forskning og retningslinjer tidligere (Moe & Sjørdal, 2016). Her vil vi formidle det vi har hatt aller mest nytte av i klinisk praksis: Veteraner kan ha problemer med tillit. Dette er en naturlig følge av eventuelle traumer og høy beredskap i tjeneste (det har vært hensiktsmessig å ha høyt beredskapsnivå, det fremmer overlevelse i en krigssone). Noen kan av den grunn være avvisende eller mistenksomme. Vi anbefaler derfor en terapeut som er aktiv, ærlig og åpen når det gjelder diagnose, behandling og journalføring. Behandler bør også bruke et klart språk, normalisere symptomene og fokusere på målet i behandlingen. Det er nyttig å tilegne seg kunnskap om «stammespråket», inkludert galgenhumor, og den militære kulturen, herunder verdier som sterk selvdisciplin, lojalitet, selvopoffring og sterkt gruppesamhold/kameratskap.

Stabilisering og psykoedukasjon

Enkelte veteraner har opplevd et stort funksjonsfall – fra å være en ressurssterk soldat til å leve helt marginalt. Noen er bostedsløse eller har en uholdbar bosituasjon der man bor på hytta, i båten eller på sofaen til en venn. Andre har mistet kontakt med egne barn eller foreldre. Noen har falt ut av arbeidslivet, og kanskje også falt ut av NAV-systemet. Som ved all traumebehandling er stabilisering første fase. Det anbefales at grunnleggende faktorer, som økonomi og bosituasjon, trygges i samarbeid med andre hjelpeinstanser og ressurser: NAVs kompetansemiljø for veteransaker, Familievernkontoret Innlandet, veteranorganisasjonene med blant annet kameratstøtteordninger, samt Forsvarets veterantjeneste (FVT) med sin «åpne dør» for veteraner (telefon 800 85 000) og Bæreia Veteransenter (se ressursiden til RVTS for aktuelle hjelpere:

<https://veteran.rvtsost.no/ressurser-for-veteraner>).

Vi gir vanlig psykoedukasjon om traume som tilpasses den enkelte veteran og aktuelle traumer (se f.eks. www.traumebehandling.no). I tillegg anbefaler vi at behandler tilegner seg kunnskap om hjernens normale funksjon under kamphandlinger, og tilpasser denne kunnskapen i psykoedukasjonen til den enkelte veteran. I kamphandlinger vil man kunne oppleve endret persepsjon (lyd, bilde, tid), minneforstyrrelser, fysiologiske symptomer som hjertebank, kvalme, oppkast, kaldsvette, muskelstivhet, lammelser, ufrivillig vannlating og tarmtømming, og tilstander som nummenhet eller eufori/velvære (Grossman & Christensen, 2007). Mange veteraner finner det svært nyttig å få vite at det man har opplevd, er normale reaksjoner på unormale belastninger. Dette kan senke skammen som gjerne er forbundet med de nevrofysiologiske reaksjonene.

Stabilisering gjennom å regulere kroppslig aktivering og affekt er grunnleggende i behandlingen. Vi anbefaler stressmestring via SMART-appen, opprinnelig utviklet for australske veteraner (RVTS Øst, 2022). Mange har glede av for eksempel å gå i fjellet og lytte til musikk som selvregulering. Hvis alkohol benyttes som regulering, må det få fokus i behandlingen.

Kunnskap om traumatisk hjerneskade

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definerer en traumatisk hjerneskade (Traumatic Brain Injury, TBI) som «en forstyrrelse i hjernens normale funksjon som kan være forårsaket av slag eller støt i hodet eller penetrerende hodeskade». Sivile kan få traumatisk hjerneskade gjennom kontaktsport, bilulykker eller fall. Soldater og veteraner er i tillegg ekstra utsatt for TBI på grunn av eksplosjoner og andre forhold som oppstår under kamp eller trening. For noen kan TBI få langtidskonsekvenser som følge av forstyrret kognitiv funksjon. Diagnosen er omdiskutert, men i USA har mer enn en million veteraner blitt screenet for TBI (Department of Veterans Affairs, 2022). Afghanistan-undersøkelsen viser stor sannsynlighet for at forstyrret kognitiv funksjon eller mTBI (mild traumatisk hjerneskade) også er et fenomen som finnes blant norske veteraner. Som behandler er det viktig å vite at TBI kan gi symptomer som er til forveksling like PTSD (depresjon, angst, apati), men behandlingen er forskjellig. Hvis veteranen du behandler, har vært i en eksplosjon, eller fått slag mot hode eller hjernerystelse(r), og har symptomer som hodepine, kognisjons- og konsentrasjonsvansker, problemer med balanse, lyd- og lyssensitivitet, kan det være hensiktsmessig å utrede for TBI. Det finnes en gruppe ved NTNU som forsker på TBI (se <https://www.ntnu.no/inb/tbi>).

Moral injury

Vi vil hevde at den aller viktigste veteranspesifikke kunnskapen er evnen til å formidle kunnskap om og behandle moral injury (MI). Det har lenge vært kjent at erfaringer under kamp kan føre til sterke indre moralske konflikter (Friedman, 1981). Vår erfaring fra klinisk praksis med veteraner er at MI er et særdeles nyttig begrep, både når det gjelder psykoedukasjon og ved valg av videre behandling. Vi har skrevet om dette tidligere (Moe & SørDAL, 2016). Litz definerer moral injury som: «å begå, unnlate å forhindre, være vitne til eller lære om handlinger som bryter med dyptliggende moralske overbevisninger og forventninger» (Litz et al., 2009). Å erfare og å være vitne til drap på sivile, tap av medsoldater, overgrep mot kvinner og barn og andre overskridende handlinger kan krenke ens tro, følelsen av rett versus galt, godt mot ondt, og rokke ved oppfatningen av hva det vil si å være soldat. En metastudie fra 2019 konkluderer med at MI er utbredt i en militær kontekst, og assosiert med alvorlig grad av PTSD-symptomer, angst, depresjon og økt risiko for selvmord (Koenig et al., 2019). De skriver at MI stadig blir ignorert av psykisk helsepersonell, som ofte kun fokuserer på PTSD. MI kan også forhindre effektiv behandling av PTSD, og identifisering og behandling av MI blant de med PTSD kan være nøkkelen til vellykket PTSD-behandling (Koenig et al., 2019).

Her hjemme har Andreas Nordstrand sett nærmere på fenomenet moralsk belastning. Han har vist at ikke-farebaserte traumer, som å bevitne lidelse og død eller å se/utføre handlinger som bryter med ens moralske oppfatninger, er mer farlig for psykisk helse enn å bli skutt på eller truet på livet (Nordstrand et al., 2019; Halvorsen, 2020). Psykolog Trygve Irgens har i sin masteroppgave *Moral Injury Amongst Norwegian Afghanistan War Veterans* (Irgens, 2021) etablert at det er en positiv sammenheng mellom «morally injurious events», symptomer på MI og symptomer på PTSD. Forekomsten av både MI og PTSD fremstår som forholdsvis lav, men tallene er basert på Afghanistan-undersøkelsen 2012, hvor prevalensen av psykisk lidelse var lavere enn i 2020.

MI betraktes som et syndrom som er separat og forskjellig fra PTSD, men det er en viss overlapp i symptombildene. Man kan ha PTSD uten MI, og MI uten PTSD, eller begge samtidig. MI kan klinisk vise seg i form av kjernesymptomer som skyld, skam, sorg, fremmedfølelse, følelse av å være uverdig, maktesløshet og uten håp, og en intens opplevelse av meningsløshet i tilværelsen. Sekundære symptomer som sinne, depresjon, angst, søvnløshet, mareritt og selvmedisinering vil ofte være overlappende med PTSD-symptomer. Alvorlige selvmordstanker er ikke uvanlig. Da MI i seg selv handler om sterk skam, kan det ta tid før dette kommer fram i behandlingen. Veteranen deler nødig disse hendelsene, og er ofte ikke bevisst sitt eget fordømmende tankeinnhold. Vi anbefaler å avdekke MI-problematikk så tidlig som mulig i forløpet. Dette kan enkelt løses gjennom screening, for eksempel med *Moral Injury Questionnaire-Military version (MIQ-M)*, som et supplement til anamnesen. Vi har i samarbeid med førsteamanuensis Cato Grønnerød ved UiO, oversatt testen og lagt til en impact-dimensjon (kontakt oss ved behov for testen).

Behandling av moral injury - hva vet vi?

I behandlingen av PTSD anbefales tre traumefokuserte metoder av blant andre WHO (World Health Organization, 2013), Veterans' Affairs i USA (Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD, 2022) og NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2019). Metodene er EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), PE (Prolonged Exposure) og TF-CBT (traumefokusert kognitiv terapi). Koenig hevder at å behandle PTSD uten å gå inn i moral injury-problematikken hos en veteran vil kunne føre til en «blokkering» av behandlingen. I metastudien om MI (Koenig et al., 2019) ser man at det er få RCT-studier på behandling av MI. Behandlingsmetodene det er forsket på, ligger ofte i skjæringspunktet mellom vanlig psykologisk behandling og åndelig omsorg/åndelig integrerte behandlinger, utført av feltprester. En ny artikkel (Williamson et al., 2021) ser på klinikerens erfaringer i behandling av MI hos veteraner. Klinikerne benyttet en rekke metoder i behandlingen av MI. Flere hevdet at eksponeringsbaserte behandlinger ikke strakk til overfor de som er rammet av MI. Artikkelen fremhevet også at klinikere som brukte EMDR, anså denne metoden for å være spesielt effektiv, delvis fordi pasienten ikke behøver å avsløre detaljer i hendelsen til terapeuten: Det er mulig å bruke en egen EMDR-fremgangsmåte, «blind to therapist protocol», i arbeid med sterkt skambetonte hendelser (Luber, 2009). Klinikere beskrev videre at behandling av MI ofte krever flere sesjoner (intervall 12–16+), et antall som ble antatt å stemme overens med behovet i mer komplekse traumetilfeller. Dette sammenfaller med det som Litz og kollegaer (2009) hevder, at eksponeringsterapi ikke er tilstrekkelig og kan være direkte skadelig ved behandling av moral injury. E. C. Hurley publiserte nylig en studie på EMDR-behandling av MI hos militære veteraner (Hurley, 2018). Han viser til gode behandlingsresultater med EMDR, og ellers at resultatene omtrent var de samme for ukentlig poliklinisk behandling med EMDR som for intensiv behandling med fire timers behandling daglig over ti dager. Veteranen kunne med andre ord få betydelig symptomlette på kun halvannen uke. Frafallsraten i denne studien var også meget lav, mens vi ser at høyt frafall vanligvis er et problem i veteran-populasjoner (Steenkamp et al., 2015). Vår kliniske erfaring på dette området tilsier at man med EMDR raskt kan få tak i MI-problematikk som ellers kunne ha hindret fremgang i behandlingen. Dette er en terapiform som etter vår erfaring appellerer til de fleste veteraner: Den er rett fram, består av lite verbalisering, og man slipper å eksponeres for traumene over lang tid. Den er handlingsorientert, «en jobb som skal gjøres», og de aller fleste veteraner vi har møtt, er villige til å jobbe seg gjennom traumene med EMDR. Hvis terapeuten har EMDR-utdannelse, er det vår erfaring at det kan lønne seg å prøve EMDR først. Behandling av MI har i USA i høy grad vært tematisert av feltprestene. Noen av begrepene derfra knyttet til behandling av MI, som rekonstruksjon, gjøre bot, tilgivelse, fornyelse og gjenoppkobling, kan fungere utmerket i kombinasjon med EMDR.

Kameratstøtte. Shay hevder at kameratstøtte dvs. «peer support» – altså settinger der veteraner støtter hverandre – er den sentrale mekanismen i bedring eller helbredelse av moral injury (Shay, 2011). Også Litz og

kollegaer (2009) anbefaler å benytte seg av kameratstøtte i tillegg til annen behandling. Da kan støtte og gjenkjennelse fungere som «motgift» mot skam og skyldfølelse.

Ved psykiatrisk poliklinikk i Moss har vi etablert en stabiliseringsgruppe for veteraner. Veterangruppen er et forsøk på å tilpasse behandlingen bedre til gruppen og å inkludere kameratstøtte. Vi tror dette senker terskelen for å søke seg til tilbudet, og som nevnt er kameratstøtte vurdert å være en potent faktor i bedring av MI. Gruppen startet opp etter modell fra Modum Bads grupper, med undervisning om PTSD som hovedformål. I tillegg til opprinnelige tema la vi til enkelte undervisningstema som var spesielt relevante for veteranene. Gruppetilbudet er i stadig utvikling ut fra de erfaringene vi gjør oss.

Vi har dessuten i et pilotprosjekt utenfor spesialisthelsetjenesten gode erfaringer med å kombinere kameratstøtte i gruppe med individuell EMDR. I samarbeid med dr. Solomon, dyktige soldater innen likemannsstøtte og veteranorganisasjonene NVIO og SIOPS, i tillegg til støtte fra EMDR Norge, har vi gjennomført fire tredagers såkalte Post Deployment Seminars i Norge etter modell fra US Army og FBI (Warriors Rest Foundation, 2022), men tilpasset norske forhold. Deltakerne besto av en blanding av veteraner som anså seg selv som skadde, og yngre veteraner som ikke opplevde å ha psykiske plager, men som hadde vært eksponert for kritiske hendelser i tjenesten. Et interessant fenomen ved sistnevnte gruppe var at innledende screening viste at mange av disse ganske riktig hadde lavt symptomtrykk, men at flere samtidig skåret høyt på MI. Dette er noe vi mistenker kan øke risikoen for problemer på sikt. Gjennom intervjuer i etterkant av seminarene så vi bedring i blant annet moral injury. Flere rapporterte store endringer knyttet til blant annet opplevd glede i tilværelsen, søvn og bedret relasjon til partneren og barna sine. Basert på disse seminarene har vi fått en hypotese om at man gjennom kombinasjonen kameratstøtte i gruppe og intensiv, individuell EMDR kan forebygge senere problemer. Dette skjer ved at en bearbeider tidligere hendelser/«tar ned trykket» og bygger resiliens, før eventuelt nye belastninger kommer til. Vi har benevnt dette fenomenet «vasking»: Gjennom å komme inn tidlig kan det gå raskt å «vaske» eller bearbeide kritiske hendelser, før de eventuelt utvikler seg til å gi kroniske plager. Ikke minst tenker vi at dette kan være hensiktsmessig for de som skal ut i nye oppdrag/stå i jobb som innsatspersonell. FBI har gjennomført slike seminarer siden 1983 i flere stater, og det er et populært tilbud til tjenestemenn- og kvinner som har vært gjennom kritiske hendelser på jobb. Tilsvarende tilbud finnes blant annet i Italia og Finland, og i Finland pågår det nå effektforskning på seminarene (Xamk, 2022).

MAP. Ved DPS Nordre Østfold ligger forskningsenheten Psykforsk, som er involvert i flere lovende studier på MDMA-assistert psykoterapi (MAP). Det har blitt spekulert i om MAP kan være særlig velegnet for behandling av traumer som går ut over rene frykt-unnngåelsesbaserte traumer, som for eksempel MI. I tillegg har veteranpopulasjoner noe dårligere resultater fra standard traumebehandlingsprotokoller, og frafallraten er særlig høy (Steenkamp et al., 2015). Vi håper derfor å samarbeide med Forsvaret om å sette i gang med verdens første studie hvor man undersøker MAP som behandling for MI.

Oppsummering

Resultatene fra Afghanistan-undersøkelsen 2020 sammenfaller i stor grad med våre kliniske erfaringer i arbeidet med veteraner, og undersøkelsen er en viktig kunnskapsbase for veteranoppfølging. Vi har videre presentert veteranspesifikk kunnskap om behandlingsalliansen, psykoedukasjon og moral injury, samt nåværende og mulig fremtidig behandling. Vi håper at artikkelen kan være et bidrag til sivile behandlere som møter veteraner. Men vi tenker at det må noe mer på plass for å sikre god behandling i – og for å øke tilliten til – sivil helsevesen. For fremtiden har vi et ønske om retningslinjer og behandlingslinje for veteraner. I tillegg er det viktig å få en bedre integrering av RVTS' nettportal og Forsvarets sider for veteraner, slik at det blir lettere for både veteraner, pårørende og hjelpere å finne fram. Danmark har en god modell for dette (<https://www.veterancentret.dk/da/>). Med de spesifikke utfordringene som veteraner har tror vi det er en utopi at alle landets DPS-er skal ha veteranspesifikk kompetanse. Vi foreslår derfor at man utreder muligheten for å opprette kompetansesenter for veteraner på én poliklinikk i hver helseregion, med behandlere som har kompetanse på veteraner, med et gruppetilbud for veteraner og med tilbud om veiledning av annet helsepersonell i regionen som jobber med veteraner.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 5, 2022, side 350-357

TEKST

Kjersti V. SørDAL

+ Vis referanser

- Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., & Rozek, D. C. (2018). Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 36-45. <https://doi.org/10.1037/tra0000290>
- Bøe, H. J., Nordstrand, A. E., Engen, H. G., Gjerstad, C. L., Bakker, L. P., Thoresen, S., Birkeland, M. S. & Blix, I. (2021). Afghanistan-undersøkelsen 2020. Veteraners erfaringer, helse og livskvalitet etter tjeneste i Afghanistan 2001-2020. Forsvarets sanitet - Institutt for militærpsykiatri og stressmestring & Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cf1fa30566724bdbb2741c67eabcec78/afghanistan-undersokelsen-2020-i-pdf.pdf>
- Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD (2022). PTSD Treatment Basics. https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/tx_basics.asp
- Department of Veterans Affairs, Office of Research & Development (2022). VA research on Traumatic Brain Injury (TBI). <https://www.research.va.gov/topics/tbi.cfm>
- Departementene (2011). I tjeneste for Norge: Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste. https://www.regjeringen.no/contentassets/2dd67c61a57b441ca69a91a7eb036913/veteraner_handlingsplan_nettsversjon.pdf
- Friedman, M. J. (1981). Post-Vietnam syndrome: recognition and management. *Psychosomatics*, 22(11), 931-943. [https://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(81\)734558](https://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(81)734558).
- Grossman, D. & Christensen, L. W. (2007). On combat: the psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace (2. utg.). Belleville, IL: PPCT Research Publications.
- Halvorsen, P. (2020, 1. oktober). Verre for psyken å se lidelse enn å ta liv (intervju av A. E. Nordstrand). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/na/2020/10/verre-psyken-se-lidelse-enn-ta-liv>
- Hurley, E. C. (2018). Effective Treatment of Veterans With PTSD: Comparison Between Intensive Daily and Weekly EMDR Approaches. *Frontiers in Psychology*, 9, 1458. 10.3389/fpsyg.2018.01458. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Irgens, T. S. (2021). Moral Injury Amongst Norwegian Afghanistan War Veterans [Unpublished master's thesis in clinical psychology]. SWPS University of Social Science and Humanities.
- Jinkerson, J. D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, 22(2), 122. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Johnsen, G. E. & Bøe, H. J. (2016). Norske afghanistanveteraner: stigma, barrierer og helsehjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(10), 814-822.
- Koenig, H. G. (2018). Measuring Symptoms of Moral Injury in Veterans and Active Duty Military with PTSD. *Religions*, 9(3), 86. <https://doi.org/10.3390/rel9030086>
- Koenig, H. G., Youssef, N. A. & Pearce, M. (2019). Assessment of Moral Injury in Veterans and Active Duty Military Personnel With PTSD: A Review. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 10, 443. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00443>
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.
- Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations*. Springer Publishing Company.
- Moe, H. K. H. & Sørdal, K. V. (2016). Kan amerikanske erfaringer være til nytte i EMDR-behandling av norske veteraner med PTSD: belyst gjennom tre kasus (Spesialistoppgave). *Norsk psykologforening*.
- Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) (2019). Behandling av PTSD. <https://www.nkvts.no/kunnskapsbasert-traumebehandling/behandling-av-ptsd/>
- Nordstrand, A. E., Bøe, H. J., Holen, A., Reichelt, J. G., Gjerstad, C. L. & Hjemdal, O. (2019). Danger- and non-danger-based stressors and their relations to posttraumatic deprecation or growth in Norwegian veterans deployed to Afghanistan. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1601989. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1601989>
- Riksrevisjonen (2018-2019). Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget (Dokument 3:1). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2018-2019/dok-3-1-2018-2019.pdf>
- RVTS Øst (2022). SMART - et stressmestringsverktøy. <https://smart.rvts.no/>
- Shay, J. (2011). Casualties. *Daedalus*, 140(3), 179-188. <https://www.jstor.org/stable/23047357>
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W. & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 314(5), 489-500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>.

St.meld. nr. 34 (2008-2009). «Fra vernepliktig til veteran». Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner. Forsvarsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-34-2008-2009-/id560494/Sævereid, H. B. \(2021, 5. oktober\). Forsvarssjefen: - 300 kolleger har PTSD. VG. https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/y4Odkg/forsvarssjefen-300-kolleger-har-ptsd](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-34-2008-2009-/id560494/Sævereid,H.B.(2021,5.oktober).Forsvarssjefen:-300.kolleger.har.PTSD.VG.https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/y4Odkg/forsvarssjefen-300-kolleger-har-ptsd)

Warriors Rest Foundation (2022, 4. mars). Post Critical Incident Seminar. <https://www.warriorsrestfoundation.org/pcis>
Williamson, V., Murphy, D., Stevelink, S. A. M., Allen, S., Jones, E. & Greenberg, N. (2021). Delivering Treatment to Morally Injured UK Military Personnel and Veterans: The Clinician Experience. *Military Psychology: The Official Journal of the Division of Military Psychology, American Psychological Association*, 33(2), 115-123. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1897495>

World Health Organization (2013). WHO Guidelines on Conditions Specifically Related to Stress. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>.

Xamk (2022, 28. januar). On the Way to Find out the Effectivity of the Post Critical Incident Seminar. <https://www.xamk.fi/en/research-and-development/on-the-way-to-find-out-the-effectivity-of-the-post-critical-incident-seminar/>