Strid om ansvaret for veteraners psykiske helse

Per Halvorsen
journalist

Hvem bør ha funksjon som kompetansesenter for veteraners psykiske helse? Fagmiljøer og veteranorganisasjoner strides.

Krigsveteraner som trenger psykisk helsehjelp, går ofte under radaren i behandlingsapparatet, mener psykologene Kjersti Sørdal og Hanne Haarset. De vil opprette regionale sentre med veteranspesifikk kompetanse innenfor helseforetakene. I dag er det Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforeygging (RVTS-ene) som har funksjon som kompetansesenter, også for veteranhelse.

– Et kompetansesenter må også kunne tilby behandling, det gjør ikke RVTS-ene, sier de.

I artikkelen «Vi må våge å tenke nytt om veteranbehandling» i denne utgaven av Psykologtidsskriftet etterlyser de en tydeligere behandlingslinje overfor veteraner.

– Psykisk helseproblemer blant Afghanistan- veteraner er økende, sier de med henvisning til Afghanistan-undersøkelsen som ble publisert i fjor.

Mistillit

Sørdal og Haarset sier at veterangruppen ofte skygger unna behandling i det sivile behandlingsapparatet, delvis på grunn av mistillit.

– *Hvor kommer denne mistilliten fra?*

– Det kan være en naturlig følge av den høye beredskapen soldatene læres opp til som en del av tjenesten. Det kan også være uttrykk for en kultur for å ville ordne opp selv, sier de.

Deres erfaring er at mange krigsveteraner opplever å bli møtt med manglende interesse og kritiske holdninger fra det sivile samfunnet. De viser til spørreundersøkelser blant afghanistanveteraner, der det kommer fram at flertallet foretrekker militær helsehjelp.

At veteranene får hjelp, er av stor betydning også for pårørende

– Kanskje de frykter moralsk fordømmelse for det de har vært med på. At det de har opplevd i krig, og som har påført dem psykisk skade, vil bli bedre forstått i en militær kontekst eller av folk som har spesifikk kunn-skap om veteraners situasjon, sier Sørdal og Haarset.

Moralsk skade

Det er ikke minst fenomenet Moral Injury (MI) de hevder klinikere flest ikke har nok kunnskap om. Kunnskapsmangelen mener de kan utgjøre en kritisk forskjell i behandling av posttraumatisk stressyndrom (PTSD). I artikkelen refererer de til forskning som viser at MI er utbredt blant militært personell som har utført aktiv krigsinnsats, og at MI kan gi mer alvorlig PTSD. De mener imidlertid at MI stadig blir ignorert og neglisjert av psykisk helsepersonell, som gjerne utelukkende retter oppmerksomheten mot PTSD.

– MI kan forhindre effektiv behandling av PTSD. Derfor er det viktig at behandlere har kunnskap om fenomenet, sier de.

Norske veteraner

- 100 000 norske kvinner og menn har deltatt i utenlandsoperasjoner etter andre verdenskrig. På frigjøringsdagen 8. mai markeres innsatsen deres.
- Afghanistan-undersøkelsen fra 2020 viste at én av ti Afghanistan-veteraner hadde pådratt seg en eller flere psykiske helseplager. Andelen hadde økt med 2,2 prosentpoeng blant dem som også deltok i Afghanistan-undersøkelsen i 2012.
- Posttraumatisk stress (PTSD) er en vanlig diagnose. En tilleggstilstand kan være Moral Injury (MI), som kan oppstå hvis man unnlater å forhindre eller er vitne til hendelser som strider mot egen moralsk overbevisning.
- Personer som har deltatt i internasjonale operasjoner, har rett til helsehjelp fra Forsvaret i ett år etter endt tjeneste. Deretter overføres de til sivilt hjelpeapparat.

Kilder: Forsvaret.no, Forsvarets Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS), Lov om forsvarspersonell, U.S. Departement of Veteran Affairs

MI handler enkelt fortalt om belastninger du kan bli påført når du utfører eller er vitne til handlinger som frontkolliderer med dine egne verdier, for eksempel ser at barn bli skadet eller drept.

– Burde all behandling av psykiske krigsskader strengt tatt ha vært Forsvarets eget ansvar?

– Slik Forsvarets sanitet (FSAN) er organisert i dag, er det lite realistisk. I Norge har vi bestemt at dette er det sivile hjelpeapparatets ansvar ett år etter at tjenesten er over. At veteranene får hjelp, er av stor betydning også for pårørende, ikke minst barna, sier de.

Sørdal er privatpraktiserende psykolog og har militær bakgrunn som fenrik. Haarset er psykologspesialist ved Sykehuset Østfolds behandlingstilbud til veteraner med psykiske senskader.

– Å gjøre enkelte DPS-er til kompetansesentre spesielt for krigsveteraner vil stride mot inntakskriteriene i helsevesenet

– I strid med inntakskriterier

Spesialrådgiver og psykologspesialist Tone Bovim ved RVTS Øst sier det er RVTS-ene som per i dag har funksjon som kompetansesenter for veteraners psykiske helse, og som tilbyr opplæring til det sivile hjelpeapparatet over hele landet. Det skjer i samarbeid med Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS), Nasjonalt senter for vold og trauma-tisk stress (NKVTS), veteranorganisasjonene og Forvarets veterantjenester. RVTS koordinerer også et nasjonalt og regionalt fagnettverk om veteraner hvor de regionale helseforetakene er representert.

Bovim mener at en modell med særskilte DPS-er som kompetansesentre rettet mot spesielle grupper ikke er forenlig med hvordan helsevesenet er bygget opp i Norge.

– Å gjøre enkelte DPS-er til kompetansesentre spesielt for krigsveteraner vil stride mot inntakskriteriene i helsevesenet, sier hun.

Hun sier det er diagnoser og symptomer som er inngang til behandling, ikke hvorvidt du tilhører en pasientspesifikk gruppe.

– Veteraner skal ha samme rett til spesialisert behandling for sine plager i sitt nærområde som andre pasienter. Vi må ikke risikere at de går glipp av tilgang til spesialisert behandling på bakgrunn av gruppetilhørighet, sier hun.

Vil ha eget behandlingstilbud

Haarset og Sørdal mener at et kompetansesenter også må kunne tilby behandling.

– RVTS-ene tilbyr ikke behandling. Vår ide innebærer at det etableres et eget behandlingstilbud i hver helseregion for veterangruppen. Slik kan veteranspesifikk kompetanse utvikles over tid, hevder de.

– *Blir det ikke litt spesielt å peke ut veterangruppen som en egen gruppe som trenger særskilt behandling, i motsetning til andre grupper som også har en spesiell bakgrunn, for eksempel flyktninger?*

– Allerede i dag finnes det pasientgrupper som gis særlig oppmerksom-het, eksempelvis mennesker med OCD, en satsing som har vært svært vellykket. Flyktninggruppen er så stor at alle deler av behandlingsapparatet før eller siden vil komme i kontakt med den og utvikle kompetanse på området. Ved DPS Moss har vi også en traumegruppe tilpasset flyktninger, sier Haarset.

Seniorrådgiver Arne Ørum i veteranforbundet for Skadde i internasjonale operasjoner (SIOPS) mener RVTS-ene ikke har tilstrekkelig «kompetansefunksjon».

> *De har ikke villet inkludere behandlere eller forskere fra den sivile helsetjenesten i dette arbeidet*

– De har ikke villet inkludere behandlere eller forskere fra den sivile helsetjenesten i dette arbeidet, verken i kurskomiteene eller som undervisere på kursene, sier Ørum.

– Når målet er å skape interesse for en slik pasientgruppe, og å øke kompetansen hos ansvarlige behandlere i sivil helsetjeneste, må man også trekke med seg disse fagmiljøene i kursarbeidet. De fremste behandlerne og forskerne på psykotraumefeltet er jo å finne i universitetsmiljøene, skriver Ørum i en e-post.

Tone Bovim sier det er feil at sentrale forsknings miljøer ikke er representert i utvikling av veterankompetansen ved RVTS-ene.

– Forskere i kurskomite og forelesere er tilknyttet både UiO, NTNU og NKVTS, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Ikke forskning og behandling

I en kommentar på e-post skriver Arne Ørum følgende:

– Jeg har uttalt meg om RVTS' og FSANs meritterende kurs for leger og psykologer. Jeg har på vegne av SIOPS vært i flere møter med RVTS Øst og Forsvarets sanitet. Dette var før kursene som de arrangerte i aug.–sept. 2021.

– Jeg kom da med kritikk av at man helt klart ikke hadde med folk fra sivile behandlings- og forsknings miljøer i kurskomiteen eller som undervisere. Kritikken ble hver gang besvart med at dette ikke var nødvendig. Hvis man nå har inkludert kurskomitemedlemmer og undervisere fra NTNU, UiO etc., så er det noe nytt i forhold til hva man sa på møtene vi hadde, skriver han.

Bovim opplyser også at det er flere behandlere fra den sivile helsetjenesten både i kurskomiteen og som forelesere.

– Hvilken kommentar har du til kritikken mot RVTS-ene om at de selv verken driver behandling av veteraner eller forskning på fagfeltet?

– Det er ikke en del av vårt oppdrag å drive forsk ning og behandling. Vi skal formidle kunnskap til tjenestene og gi råd til helsemyndighetene. Flere av oss har imidlertid deltidsstillinger i klinikk eller forskningsinstitusjoner.

– Men ikke spesifikt innenfor feltet veteranhelse?

– Det foreligger ingen spesifikk behandling for veteraner, sier hun.

Jeg mener det hadde vært fint med et kunnskapssenter som også har et høykvalitets behandlingstilbud

Dette synspunktet støttes av Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO). Forbundet er den største veteranorganisasjonen i Norge med cirka 7000 medlemmer. Rådgiver Borgny Tjelle uttrykker følgende overfor Psykologtidsskriftet:

– Vi kan ikke si noe spesifikt om hva som er veterankompetanse. Dette blir noe hver tjeneste i kommunen må forholde seg til dersom de har med veteraner å gjøre.

NVIO mener det ikke er formålstjenlig å forkaste tilbudet som i dag er bygget opp via RVTS-ene, for å bygge opp noe nytt. Ifølge Tjelle vil det ta tid og ressurser som risikerer å ikke nå fram til veteraner som trenger det.

Sliter med å finne god behandling

Militærpsykolog og forsker (ph.d.) Andreas Espetvedt Nordstrand ved Forsvarets Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) er en av 30 militærpsykologer i Norge. Alle har spisskompetanse på traumebehandling. Han sier han av og til sliter med å finne andre plasser å henvise veteraner til enn tilbudet på IMPS. Ved de spesialiserte traumepoliklinikkene på Østmarka i Trondheim og Modum bad i Oslo kan ventetida være lang. Ved de ordinære DPS-ene mener Nordstrand nivået på traumekompetansen er sterkt varierende. Han har opplevd at veteraner som er blitt henvist til det sivile behandlingsapparatet, har fått oppnevnt en psykiatrisk sykepleier uten spesielle kunnskaper om traumebehandling.

– Det er ikke godt nok, sier han.

Nordstrand støtter tanken om å styrke behandlingstilbudet til krigsveteraner. Men han er usikker på hvordan det best kan gjøres.

– Det er jo ikke nødvendigvis vår oppgave som fagfolk å vurdere om vår gruppe fortjener mer spesifikk hjelp enn andre grupper, som eksempelvis flyktninger, sier han.

– Bør et kompetansesenter også tilby behandling?

– Jeg mener det hadde vært fint med et kunnskapssenter som også har et høykvalitets behandlingstilbud. Hvem som eventuelt skal gi et slikt tilbud, bør utredes godt, og veteranforeningene bør ha stor plass i en slik utredning.

– Hvorfor kan ikke Forsvaret bygge opp et eget behandlingstilbud til soldater som har vært i krig for landet, slik de har gjort eksempelvis i Danmark og Tyskland?

– Det er et politisk spørsmål. Forsvarets ansvar strekker seg til å gi helsehjelp til militærpersonell i ett år etter at de er ferdige med tjenesten. Det kan være verdt å diskutere om vi ikke burde strekke forpliktelsen lenger. Plagene soldatene kommer hjem med, er jo en form for yrkesskade som kan manifestere seg flere år etter endt tjeneste, sier han.

Nordstrand var en av forskerne bak Afghanistan-undersøkelsen fra 2020. Den viste blant annet at én av ti veteraner hadde én eller flere psykiske helseplager ved undersøkelsestidspunktet. I gruppen som også hadde svart på den første Afghanistan-undersøkelsen fra 2012, hadde forekomsten av psykiske helseplager økt med 2,2 prosentpoeng.

Publisert: 02.05.2022, Tidsskrift for Norsk psykologforening.