



HJEMVENDTE SOLDATER

SFI DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER
FOR VELFÆRD

DANSKE HJEMVENDTE SOLDATER

SOLDATERNES PSYKISKE SUNDHEDSPROFIL FØR OG EFTER UDSENDELSE



12:24

STÉPHANIE VINCENT LYK-JENSEN
JULIE HEIDEMANN
ANE GLAD
CECILIE DOHLMANN WEATHERALL

12:24

DANSKE HJEMVENDTE SOLDATER

SOLDATERNES PSYKISKE SUNDHEDSPROFIL
FØR OG EFTER UDSENDELSE

STÉPHANIE VINCENT LYK-JENSEN
JULIE HEIDEMANN
ANE GLAD
CECILIE DOHLMANN WEATHERALL

KØBENHAVN 2012
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DANSKE HJEMVENDTE SOLDATER
SOLDATERNES PSYKISKE SUNDHEDSPROFIL
FØR OG EFTER UDSENDELSE

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Henrik Steen Andersen, Rigshospitalet
Anders Korsgaard, Rigshospitalet
Søren Worm-Petersen, Forsvarets Sundhedstjeneste
Ann-Christina H. Salquist, Soldaterlegatet
Sissel Vorstrup, Lundbeckfonden
Peter W. Jepsen, Psykiatrisk Center København,

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-119-6

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Polfoto
Netpublikation.

© 2012 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORKORTELSER OG DEFINITIONER	7
	FORORD	13
	RESUMÉ	15
1	INDLEDNING	23
2	DATA	29
	Data	29
	Datasikkerhed	33
	DEL I: VETERANERS SUNDHEDSPROFIL – FØR OG EFTER UDSENDELSE	35

3	METODE OG POPULATION	37
	Analytiske udfordringer	37
	Definitioner	39
	Før- og efteranalysen	43
	Kontrolgruppe	46
	Statiske test og regressioner	50
	Opsamling	51
4	PSYKIATRISKE DIAGNOSER OG KONTAKTER TIL DET PSYKIATRISKE SUNDHEDSSYSTEM	55
	Psykiatriske diagnoser	57
	Psykiatriske kontakter	86
	Opsamling	93
5	MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME OG MISBRUGSBEHANDLING	95
	Medicin mod psykisk sygdom	97
	Stofmisbrugsbehandling	111
	Hvor mange har fået psykiske mén efter deres første udsendelse?	113
	Opsamling	114
6	ARBEJDSSKADER	117
	Hvad er en arbejdsskade?	117
	Oplysninger om arbejdsskader	119
	Arbejdsskadestyrelsen	122
	Forsvarets arbejdsskade- og erstatningskontor	136
	Hvor mange er blevet såret, repatrieret eller har fået anmeldt en arbejdsskade?	138
	Hvem er i risiko for at blive såret, repatrieret eller få anmeldt en arbejdsskade?	138
	Opsamling	140

	DEL II: DØDELIGHED OG FRAFALD	145
7	DØDELIGHEDSANALYSE	147
	Data og metode til dødelighedsanalyse	148
	Kortlægning af de udsendtes dødelighed	151
	Over- eller underdødelighed (SMR)	166
	Opsamling	170
8	FRAFALDSANALYSE AF FORSVARETS OPFØLGINGSUNDERSØGELSE	171
	MPA-data og metode til frafaldsanalyse	172
	Frafaldsanalyse	174
	Hvad kan vi konkludere på baggrund af frafaldsanalysen?	181
	Opsamling	182
9	KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING	185
	Perspektivering	191
	BILAG	195
	Bilag 1 Datakilder	195
	Bilag 2 Data fra Arbejdsskadestyrelsen	197
	Bilag 3 Data fra Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor	198
	LITTERATUR	199
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2011	203

FORKORTELSER OG DEFINITIONER

Arbejdsulykke: En fysisk eller psykisk skade på helbredet som følge af en påvirkning, der sker pludseligt eller i løbet af 5 dage.

ASK: Arbejdsskadestyrelsen.

ATC: *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*. ATC-systemet er et system til klassifikation af lægemidler efter deres primære indholdsstof samt virkemåde.

Anden mission: Indeholder både missioner med FN-observatører og mindre missioner, fx United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL) eller United Nations Iraq-Kuwait Observation Mission (UNIKOM).

Andre missionserfaringer: Udsendte som har været af sted på internationale missioner til andre steder end Afghanistan, Irak eller Eksjugoslavien.

Andet personel: Omfatter fx læger, sygeplejersker, præster og tolke.

BPP: Børge Prien-prøven. Den intelligencetest, som forsvaret benytter på Forsvarets Dag for at vurdere egnethed til militærtjeneste.

DIB: Den Danske Internationale Brigade var en reaktionsstyrke, som værnepligtige kunne tilmelde sig for at blive udsendt på internationale missioner. DIB blev oprettet ved en folketingsbeslutning i 1993 og færdigopstillet i 1997, men blev nedlagt igen ved forsvarsforliget i 2005 i forbindelse med reorganiseringen af hæren.

DST: Danmarks Statistik.

Engangsudsendte: Soldater eller civilt personel, der har været udsendt én gang i alt.

Erhvervsevnetab: Et erhvervsevnetab opstår, når en arbejdsskade forringer den enkeltes indtjeningsmuligheder ved arbejde.

Erhvervssygdom: En sygdom, der opstår på grund af arbejdet eller arbejdsforholdene.

FAEK: Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor.

Flergangsudsendte: Soldater eller civilt personel, der har været udsendt mere end én gang.

Forsvarets Dag: Gennemføres af forsvaret med det formål at rekruttere unge mænd og kvinder til værnepligtstjeneste. På det tidspunkt, hvor de fylder 18 år, bliver alle unge mænd indkaldt, og siden 2004 er alle unge kvinder blevet inviteret til at deltage. Forsvarets Dag har afløst den tidligere session.

FN: Forenede Nationer. United Nations (UN) på engelsk.

FPT: Forsvarets Personeltjeneste.

FTK: Flyvertaktisk Kommando.

Førstegangsudsendte: Soldater, der sendes ud på internationale missioner for første gang.

HBU: Hærens Basisuddannelse. Varigheden er typisk 4 måneder. Undtagelserne er Den Kongelige Livgarde, Gardehusarregimentets Hesteskadron og Kongeskibet Dannebrog, hvor varigheden er henholdsvis 8, 12 og 9 måneder. HBU blev tidligere benævnt ”værnepligt”.

HOK: Hærens Operative Kommando.

HRU: Hærens Reaktionsstyrkeuddannelse er en 8 måneder lang uddannelse, som værnepligtige kan vælge i forlængelse af basisuddannelsen (HBU). Denne supplerende uddannelse forbereder soldater til at deltage i forsvarets internationale missioner med henblik på en udsendelse af ca. 6 måneders varighed.

ICD-10: *International Classification of Diseases*. Et system til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. ICD-10 er den tiende udgave af dette system.

IFOR: *UN-Mandated Implementation Force* (december 1995 til december 1996) i Bosnien-Hercegovina.

IMP: Institut for Militærpsykologi, fra 1. januar 2011: Militærpsykologisk Afdeling (MPA).

INTOPS: Internationale Operationer.

IRAK: Koalitionen i Irak, der valgte at arbejde uden for FN-kontrol (2003-2008).

ISAF: *International Security Assistance Force* (2002-) i Afghanistan. Danmark har haft soldater udsendt under NATO-kommando siden januar 2002.

KFOR: *NATO Kosovo Force*, (juni 1999-).

K3/HRU-kontrakt: Hærens Reaktionsstyrkeuddannelse (HRU) er en kontrakt, der kan tegnes i forlængelse af Hærens Basisuddannelse (HBU), og som er et supplerende uddannelsesforløb på 8 måneder. Den efterfølges af en missionsspecifik uddannelse (MSU), som varer mellem 1 og 3

måneder, og endelig følger en udsendelse på ca. 6 måneder. K3 er det samme som en HRU-kontrakt.

K35 og K60: Kontrakttyper for fastansatte i forsvaret, som indbefatter ansættelse, indtil soldaten fylder henholdsvis 35 år eller 60 år. Ansatte på K35 optjener ret til civil uddannelse (CU) undervejs, og denne uddannelse kan tages i forbindelse med ansættelsen på K35. K60 er langtidskontrakter med ansættelse, indtil soldaten fylder 60 år. K60 tilbydes typisk soldater, der er 28-30 år, inden deres K35 udløber.

Mégrad: En lægelig vurdering af den økonomiske kompensation, der gives for den daglige ulempe, en skade har betydet for den personlige livsførelse, uanset køn, erhverv, indkomst m.m.

Mission: En militær operation. En stor mission (fx ISAF) indeholder flere holdudsendinger, dvs. en gruppe af personer som udsendes sammen. En holdudsending varer typisk 6 måneder og starter som regel i februar eller august. En person kan derfor godt være på den samme mission flere gange, men på forskellige hold.

MPA: Militærpsykologisk Afdeling tidligere Institut for Militær Psykologi (IMP).

MSU: Missionsspecifik Uddannelse, der for HRU-personel varer cirka en måned og finder sted umiddelbart inden udsending.

NATO: The North Atlantic Treaty Organization.

Repatrierede: Soldater eller civilt personel, der af forskellige årsager bliver hjemsendt fra en mission før tid. Der kan være mange årsager til at repatriere soldater. De hyppigste årsager er sociale årsager (egne eller familien) og sygdom (egen).

SFI: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

SFI's datagrundlag: Kapitel 2 beskriver de forskellige registre fra forsvaret, DST og SST, vi bruger til analysen. Sammenkørslen af disse registre udgør SFI's datagrundlag.

SFOR: *Stabilization Force*, i Bosnien-Hercegovina (december 1996 til 2004).

SKS: Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem er et system designet til klassifikation inden for sygehusvæsenet og sundhedsvæsenets primærsektor. Systemet indeholder en række hovedgrupper, der er tildelt ét bogstav. Herefter følger en kode på op til 9 alfanumeriske tegn. Disse tegn angiver undergrupper under hovedgruppen. I SKS indgår også internationale klassifikationer – fx sygdomsklassifikationen ICD10. Klassifikationerne findes opdateret på nettet med mulighed for søgning og download samt til validering af egne udtræk fra klassifikationerne ved hjælp af SKS-værktøjerne (se medinfo.dk/sks/brows.php for yderligere information).

SOK: Søværnets Operative Kommando.

SST: Sundhedsstyrelsen.

UNCRO: *United Nations Confidence Restoration Operation in Croatia* (marts 1995 til januar 1996).

UNAMI: *United Nations Assistance mission in Iraq* (2003-).

UNIFIL: *United Nations Interim Force in Lebanon*. Missionen begyndte i 1978, men blev forstærket i 2006.

UNIKOM: *United Nations Iraq-Kuwait Observation Mission* (april 1991 til oktober 2003).

UN: United Nations. Forenede Nationer (FN) på dansk.

UNPROFOR: *United Nations Protection Forces*, i Bosnien-Hercegovina, Kroatien, Serbien, Montenegro og Makedonien (februar 1992 til marts 1995).

Udsendelse: Når en person deltager på en international mission. En person kan have flere udsendelser i sin karriere i forsvaret.

Veteran: ”Ved en veteran forstås en person, der som enkeltperson eller i en enhed har været udsendt i mindst én international operation. Personen kan fortsat være ansat i forsvaret eller anden myndighed, men kan også være overgået til det civile uddannelsessystem, arbejdsmarked eller andet”. (Regeringen 2010).

WHO: *World Health Organization*. Verdenssundhedsorganisationen er et FN-organ til varetagelse af international sundhed. Den blev oprettet 7. april 1948.

FORORD

Denne analyse af soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter deres udsendelser på internationale missioner er sjette del af projektet ”Danske hjemvendte soldater”. Hovedprojektets overordnede formål er at undersøge, hvilke konsekvenser udsendelse har for de danske soldater, der sendes ud til internationale militære missioner. Denne rapport belyser soldaternes psykiske mén i form af psykiatriske diagnoser og kontakter til det psykiatriske sundhedssystem, køb af medicin mod psykiske sygdomme, misbrugsbehandling og arbejdsskader. Desuden undersøger vi veteraners dødelighed efter udsendelse. Analyserne er baseret på registerdata fra forsvaret og Danmarks Statistik og omhandler de ca. 26.000 soldater, som har været udsendt i perioden 1992-2009. Vi kan desuden sammenligne udsendte mænd født i 1975-1982 med en jævnaldrende gruppe bestående af mænd, der er blevet erklæret egnede på Forsvarets Dag.

Rapporten analyserer derudover frafaldet af en opfølgingsundersøgelse foretaget af forsvarets psykologer blandt tidligere udsendte, hvor 40 pct. ikke har besvaret det tilsendte spørgeskema. Formålet med frafaldsanalysen er at undersøge, om forsvarets psykologer får kontakt til veteraner, der er i risiko for at udvikle psykiske mén. Respondenterne er soldater, der har været udsendt i perioden 2007-2009 til enten Afghanistan, Eksjugoslavien eller Irak. Frafaldsanalysen gør det muligt at se, om der er systematik i sundhedsprofilen for de veteraner, som forsvarets

psykologer ikke kommer i kontakt med, eksempelvis om de har dårligere psykisk trivsel.

Analysen af soldaternes psykiske sundhedsprofil er med til at belyse nogle aspekter af en udsendelse, som ikke tidligere har været belyst.

Rapporten er bestilt og finansieret af Soldaterlegatet med støtte fra henholdsvis Trygfonden og Lundbeckfonden.

Undersøgelsen er gennemført af seniorforsker Stéphanie Vincent Lyk-Jensen (projektleder), videnskabelige assistenter Julie Heide-mann og Ane Glad og forsker Cecilie Dohlman Weatherall. Studenterne Morten Holm Enemark og Jesper Fels Birkelund har bidraget til data-grundlaget. Desuden har forskningsleder ved Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner, Jacob Nielsen Arendt, samt forskningsprojektets følgegruppe læst og kommenteret udkastet til rapporten. Jens E.P. Stokkebye, chef for Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor, har også læst og kommenteret nogle afsnit af rapporten. Peter W. Jepsen har fungeret som sparringspartner på projektet samt deltaget i følgegruppen. Vi vil gerne takke alle for værdifulde råd og konstruktive kommentarer. SFI og rapportens forfattere er ansvarlige for rapportens konklusioner.

København, september 2012

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Formålet med denne rapport er at undersøge den psykiske sundhedsprofil blandt danske soldater, der har været sendt ud til internationale missioner.

Rapportens hovedkonklusioner er:

1. Samlet er der knap 17 pct. af de 26.000 udsendte i perioden 1992-2009, som efter udsendelse er registreret med en psykiatrisk diagnose, køb af medicin mod psykiske sygdomme, eller som har været i behandling for stofmisbrug uden at have været registreret før.
2. Når vi sammenligner de udsendte (født mellem 1975 og 1982) med en sammenlignelig kontrolgruppe bestående af godt 100.000 mænd, der er vurderet egnet til militærtjeneste på Forvarets Dag (tidligere session), men ikke er blevet udsendt, finder vi, at de udsendte generelt har færre psykiatriske diagnoser og kontakter til det psykiatriske sundhedssystem. Derudover er der færre, der køber medicin mod psykiske sygdomme samt færre, der har været i behandling for stofmisbrug. Vi finder desuden, at de udsendte har en underdødelighed sammenlignet med kontrolgruppen.
3. På udsendelsestidspunktet er forekomsten af psykiske sygdomme lavere blandt de udsendte end blandt personer i kontrolgruppen,

men omkring tre år efter udsendelse sker der en relativt markant stigning sammenlignet med den jævne stigning, vi observerer i kontrolgruppen. Det resulterer i, at udsendte i løbet af få år ender på samme niveau som kontrolgruppen. Desuden får de udsendte anmeldt flere psykiske erhverssygdomme end kontrolgruppen, og de får generelt anmeldt flere arbejdsskader.

4. Det er især tidligere udsendte til Eksjugoslavien i starten af 1990'erne, som er registreret med psykiske mén, men også repatrierede fra missioner i Afghanistan og Irak i perioden 2005-2009 registreres med mén efter udsendelse.
5. Udsendte i perioden 2007-2009, der ikke har besvaret spørgeskemaerne i forbindelse med opfølgingsundersøgelser fra Militærpsykologisk Afdeling (MPA), har dårligere psykisk helbred end dem, der har besvaret spørgeskemaerne.

I rapporten belyser vi sammenhænge mellem udsendelse og psykiske mén ved at sammenligne de udsendtes psykiske helbred før og efter udsendelse samt sammenligne med en kontrolgruppe bestående af mænd, der er blevet erklæret egnede til aftjening af værnepligt på Forsvarets Dag (tidligere session), men som ikke har været udsendt. Vi undersøger psykiske mén i form af psykiatriske diagnoser, køb af medicin mod psykiske sygdomme, kontakter til det psykiatriske sundhedssystem og misbrugsbehandling før og efter udsendelse. Derudover kortlægger vi arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK) samt alle anmeldelser til Arbejdsskadestyrelsen (ASK).

Endvidere sammenligner vi dødeligheden efter udsendelse for de udsendte med dødeligheden i kontrolgruppen. Endelig foretager vi en frafaldsanalyse af en opfølgingsundersøgelse, som forsvarets psykologer har gennemført i form af en spørgeskemaundersøgelse. Formålet med frafaldsanalysen er at belyse, om de personer, som ikke har svaret, adskiller sig fra dem, der har svaret, fx ved at have flere psykiatriske diagnoser eller større køb af medicin mod psykiske sygdomme. På den måde er det muligt at se, hvem forsvaret kommer i kontakt med på baggrund af deres opfølgingsundersøgelser.

Vi har gennem de forskellige analyser fokus på, om der findes forskelle blandt grupperinger af udsendte såsom personelgrupper eller udsendte med varierende missionserfaring.

Datagrundlaget består af registerdata fra forsvaret, Danmarks Statistik, Sundhedsstyrelsen og Arbejdsskadestyrelsen. Frafaldsanalysen er lavet på baggrund af opfølgingsundersøgelser fra Militærpsykologisk Afdeling (MPA) tidligere Institut for Militær Psykologi (IMP) samt registerdata fra Danmarks Statistik.

PSYKIATRISKE DIAGNOSER OG KONTAKTER

Vi undersøger både omfanget og typen af forskellige psykiatriske diagnoser samt kontakter, som de tidligere udsendte har haft til det psykiatriske sundhedssystem.

I alt er der 1.410 tidligere udsendte med en registreret psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 (svarende til godt 5 pct. af alle udsendte). Der er særlige karakteristika, som øger risikoen for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse. Det er at være registreret med en psykiatrisk diagnose inden udsendelse eller at være blevet repatrieret under udsendelse i perioden 2005-2009. Sociodemografiske karakteristika, der er forbundet med større risiko, er at have anden etnisk baggrund end dansk, have kort uddannelse inden første udsendelse, have været anbragt uden for hjemmet under opvæksten, være opvokset i eneforsørgerfamilie, være ledig året inden første udsendelse, være mellem 25 og 44 år ved første udsendelse, have været udsendt for mere end 6 år siden eller have været på første mission i Eksjugoslavien i begyndelsen af 1990'erne.

De mest udbredte psykiatriske diagnoser efter udsendelse er nervøse og stressrelaterende tilstande, der udgør 41 pct. af alle psykiatriske diagnoser blandt tidligere udsendte. Dernæst følger affektive lidelser (fx depression), som udgør 31 pct. Blandt alle veteraner, der har været udsendt mellem 1992 og 2009, er 2,4 pct. blevet registreret med diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) efter at have været udsendt (628 personer).

Når vi sammenligner fødselsårgangene 1975-1982 blandt de udsendte, der har været udsendt første gang i 2002, med kontrolgruppen, finder vi, at psykose samt nervøse og stressrelaterede tilstande stiger mere blandt de udsendte efter år 2002, end det er tilfældet blandt personer i kontrolgruppen.

Når vi sammenligner før og efter udsendelse, finder vi, ligesom med antallet af psykiatriske diagnoser, at der desuden sker en stigning over tid i antallet af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem. Stigningen sker særligt 3-5 år efter udsendelse.

I analyserne kan vi dog ikke tage højde for om forskellene mellem udsendte i den tidlige periode, dvs. til Eksjugoslavien, og udsendte i den senere periode skyldes ændringer i forsvarets udvælgelsesproces, eller om det skyldes forskelle i belastning under udsendelse. Sandsynligvis har begge dele en betydning, men det er ikke muligt at isolere de to effekter.

MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME OG MISBRUGSBEHANDLING

En anden måde at undersøge de udsendtes psykiske helbred på er ved at se på omfanget af køb af udvalgt medicin mod psykiske sygdomme samt hvor mange udsendte, der har været i behandling for stofmisbrug.

Analysen af medicinkøb og misbrugsbehandling viser, at tidligere udsendte til Eksjugoslavien er en gruppe af udsendte, der hyppigere køber medicin mod psykiske sygdomme og kommer i misbrugsbehandling, også når vi tager højde for, at de udgør den største andel af de udsendte i perioden 1992-2009. Generelt er der dog få tidligere udsendte, der har været i misbrugsbehandling (0,5 pct. sammenlignet med 1,6 pct. i kontrolgruppen)

Sandsynligheden for at købe den udvalgte medicin mod psykiske sygdomme er større for udsendte, der også har købt lægemidlerne før udsendelse, er blevet repatrieret under udsendelse i perioden 2005-2009, senest har været udsendt for mere end 6 år siden eller har følgende kombinationer af missionserfaringer: Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan, Eksjugoslavien og Irak, Eksjugoslavien og Afghanistan, Afghanistan og Irak (i forhold til Andre lande). Det samme gælder for udsendte, der enten har været anbragt uden for hjemmet i barndommen, var ledige året inden første udsendelse, er opvokset i en eneforsørgerfamilie, har kort eller lang uddannelse, var over 24 år på første udsendelse eller er kvinde.

Analyserne indikerer, at risikoen for psykiske mén muligvis er langsigtet, idet køb af medicin mod psykiske sygdomme først viser sig en årrække efter udsendelse (medianen er 5 år efter første udsendelse og 3 år efter seneste). Derfor er det vigtigt at pointere, at det endnu er for tidligt at drage håndfaste konklusioner om det samlede omfang af psykiske mén, særligt for de senere generationer af udsendte til Irak og Afghanistan.

I alt er der knap 17 pct. af de 26.000 udsendte, der enten har fået registreret en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske lidel-

ser eller har været i behandling for stofmisbrug efter udsendelse uden at have været registreret før.

HVOR STOR ER UDBREDELSEN AF ARBEJDSKADER BLANDT DE UDSENDTE?

Vi undersøger omfanget af arbejdsskader blandt tidligere udsendte ud fra anmeldelser til Arbejdsskadestyrelsen (ASK) samt registrerede arbejdsulykker fra Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK). Der er samlet set 17 pct. af de udsendte (i alt 4.448 personer), som har fået anmeldt en arbejdsskade hos ASK eller registreret en arbejdsulykke hos FAEK i analyseperioden. En stor del af de anmeldte arbejdsskader og arbejdsulykker er uden méngrad.

Sammenlignet med kontrolgruppen har de tidligere udsendte fået anmeldt flere arbejdsskader til ASK i perioden 1992-2009 – 19 pct. af de tidligere udsendte (1.289 ud af de 6.778 udsendte, der er født i årgangene 1975-1982) har fået anmeldt en arbejdsskade hos ASK, mens denne andel i kontrolgruppen ligger på 9 pct. Det er vigtigt at bemærke, at ikke alle anmeldelser foretaget på vegne af de tidligere udsendte bliver anerkendte. Endvidere er langt fra alle anmeldelser sket på grund af hændelser under udsendelser. De udsendte er ikke nødvendigvis ansat i forsvaret i hele perioden, og arbejdsskaden kan også være sket i forbindelse med arbejde hos en anden arbejdsgiver eller under tjeneste i Danmark. Men tendenserne i data indikerer, at de tidligere udsendte har haft en mere udfordrende arbejdsplads.

Hvis vi fokuserer på anmeldte arbejdsskader på baggrund af psykiske lidelser, er der en overrepræsentation blandt de udsendte sammenlignet med kontrolgruppen. 18 pct. af de anmeldte erhvervssygdomme blandt de udsendte er baseret på en psykisk diagnose, mens denne andel er 5 pct. for kontrolgruppen.

I forhold til diagnosen PTSD finder vi, at der er 174 veteraner, som har fået anmeldt en erhvervssygdom på baggrund af denne diagnose i perioden 1997-2009. Anmeldelser af PTSD som erhvervssygdom skal ses i lyset af arbejdsskadereformen, der i 2005 udvidede erhvervssygdomsfortegnelsen til også at omfatte PTSD.

For at få et samlet billede af konsekvenserne af udsendelse undersøger vi omfanget af de udsendte, som enten har fået anmeldt eller behandlet en arbejdsskade, er blevet såret eller repatrieret. Næsten alle sårede (92 pct. af i alt 123 sårede) og lidt under halvdelen af de repatrierede (48 pct. af i alt 399 repatrierede) er registreret med en arbejdsskade. I

alt er der 18 pct. af de udsendte (i alt 4.659 personer), som enten er blevet såret, repatrieret eller har fået anmeldt en arbejdsskade. Af disse 18 pct. er det knap hver fjerde (22 pct.), der er registreret med en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske lidelser eller har været i behandling for stofmisbrug i perioden 1995-2010. Der er således et mindre overlap mellem de udsendte med psykiske mén og udsendte, som har fået anmeldt eller behandlet en arbejdsskade. Dette kan både forklares ved, at mange af de anmeldte skader er uden méngrad, og at andelen af anmeldte psykiske erhvervssygdomme er relativ lille.

DØDELIGHED

En stor og direkte omkostning ved krig er, når udsendte dør under udsendelse. En indirekte omkostning kan være, hvis veteraner efter udsendelse har større dødelighed end en sammenlignelig gruppe. I rapporten undersøger vi, om der er indikation på indirekte omkostninger i form af øget dødelighed blandt veteraner efter udsendelse.

Vi kortlægger først dødeligheden blandt mandlige udsendte med udgangspunkt i de 295 mænd, der er døde (både under udsendelse og efterfølgende) ud af alle de 26.000 udsendte i perioden 1992-2009. Kortlægningen af de døde viser stor variation med hensyn til personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika. Der er relativt flere unge mellem 18 og 24 år, der er døde under udsendelse, end ældre udsendte over 45 år. Desuden er der relativt flere selvmord blandt veteraner, som senest har været på missioner i Eksjugoslavien i starten af 1990'erne.

Vi undersøger dernæst, om der er særlige faktorer, der øger risikoen for at dø efter udsendelse. Analysen viser, at en registreret psykiatrisk diagnose eller køb af medicin mod psykiske sygdomme er risikofaktorer i forbindelse med død blandt veteraner. Desuden er der blandt engangsudsendte samt udsendte til Eksjugoslavien en øget risiko for at dø efter udsendelse. Risikoen øges også, hvis den udsendte ved seneste udsendelse er mere end 45 år, har en kort uddannelse, samt hvis den udsendte ikke har børn.

Efterfølgende beregner vi et dødelighedsindeks (Standard Mortality Ratio, SMR) blandt de udsendte og kontrolgruppen. Vi foretager SMR-beregningerne i perioden 1992-2010 for årgangene født i 1975-1982 og udelader udsendte, der er ind- eller udvandrede samt dem, der døde mens de var udsendt. Beregningerne viser en underdødelighed blandt veteraner sammenlignet med kontrolgruppen. Vi finder, at døde-

ligheden inden for årgangene er forskellig, men resultaterne er ikke signifikante, da antal døde per årgang er lavt.

HVEM BESVARER IKKE SPØRGESKEMAER I FORBINDELSE MED FORSVARETS OPFØLGNINGSUNDERSØGELSERNE?

Siden 1997 har Militærpsykologisk Afdeling (MPA) – tidligere Institut for Militær Psykologi (IMP) – løbende foretaget opfølgningsundersøgelser af holdudsendt personel i international tjeneste. Formålet med undersøgelsen er primært at få kontakt til de soldater, der har fået problemer som følge af udsendelse og tilbyde dem bistand. Undersøgelsen foregår ved, at MPA sender spørgeskemaer ud, og det betyder, at hvis de udsendte ikke svarer på skemaet, da er det svært for forsvarets psykologer at yde bistand. I den forbindelse er det derfor vigtigt at lave en frafaldsanalyse, som beskriver de udsendte, som ikke besvarer spørgeskemaet (ca. 40 pct.).

Frafaldsanalysen tager udgangspunkt i de hold udsendt i perioden 2007-2009, hvor vi har en oversigt over soldater, der har modtaget et spørgeskema fra MPA. Det drejer sig om 4.520 udsendte på missionerne i Irak, Afghanistan og Eksjugoslavien (4.972 udsendelser i alt, da nogle har været udsendt mere end en gang i perioden).

Frafaldsanalysen viser, at de udsendte, der ikke besvarer MPA's opfølgningsskema, i høj grad er enlige, mænd og 18-24 år. Militære karakteristika som at være konstabel, engangsudsendt eller at have tidligere missionserfaring fra Eksjugoslavien og Afghanistan mindsker sandsynligheden for at besvare MPA's opfølgningsskema. Endelig viser resultaterne, at sandsynligheden for at besvare opfølgningsskemaet mindskes, hvis den udsendte får registreret en psykiatrisk diagnose eller køber medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse. Frafaldsanalysen viser således, at det ikke er tilfældigt, hvem der besvarer MPA-opfølgningsskemaet, og gruppen af veteraner med psykiske mén er således underrepræsenteret blandt respondenterne.

INDLEDNING

Fra 1992 og frem til 2012 har Danmark udsendt mere end 30.000 soldater til internationale militære missioner. Det internationale engagement kan have både positive og negative konsekvenser for de udsendte, fx i form af bedre selvtillid eller i form af psykiske mén. Formålet med hovedprojektet ”Danske hjemvendte soldater” er at undersøge, hvilke konsekvenser udsendelse har for de danskere, der sendes ud på internationale militære missioner. Der er indlysende risici ved at blive udsendt, fx at komme til skade eller at miste livet, men der er også andre mindre synlige sundhedspåvirkninger, som eksempelvis psykiske efterreaktioner. Det er disse, der er i fokus i denne rapport.

Rapporten er den sjette og sidste udgivelse inden for projektet ”Danske hjemvendte soldater” og fokuserer på soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse. Rapporten bygger på viden fra de tidligere rapporter, som har været med til at identificere specifikke potentielt sårbare grupper blandt soldaterne, fx tidligere udsendte til Eksjugo-slavien.

SFI har tidligere udgivet følgende rapporter:

- Hjemvendte soldater. En interviewundersøgelse (2010).
- Soldater – før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie (2010).

- Soldater før og under udsendelse. En kortlægning (2011).
- Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse (2012).
- Soldater før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet (2012).

Den kvalitative interviewundersøgelse belyste de oplevelser, soldaterne har i forbindelse med deres udsendelser og pegede bl.a. på, at typen af mission, soldaterne har været udsendt på, har en betydning for deres oplevelser. Litteraturstudiet bidrog til en bedre forståelse af konsekvenserne af udsendelse for danske soldater på internationale missioner ved at gennemgå den væsentligste internationale videnskabelige viden på området. Kortlægningen tegnede et portræt af soldaterne, inden de tog af sted på deres første mission, og beskrev de sårede, de repatrierede og de omkomne. Kortlægningen var også med til at identificere særligt udsatte grupper blandt de udsendte soldater, som fx tidligere udsendte konstabler til Eksjugoslavien. Spørgeskemaundersøgelsen belyste den aktuelle situation for veteraner på forskellige områder eksempelvis missionserfaringer og oplevelser, sociale relationer, sygelighed, rygning og forbrug af rusmidler. Den viste bl.a., at soldater ikke havde større forbrug af rusmidler end jævnaldrende mænd i befolkningen, og at 17 pct. af veteranerne vurderede, at de havde fået varige psykiske mén af deres udsendelse. Rapporten, som omhandlede før- og efteranalysen, belyste ændringer i soldaternes motivationer før og efter udsendelse, samt hvordan udsendelse påvirker soldaternes økonomiske situation og kriminalitet. Undersøgelsen viste bl.a., at soldaterne var mindre kriminelle end en kontrolgruppe – både i forhold til kriminalitet generelt (færdselsovertrædelser ekskluderet) og voldskriminalitet.

Vi kortlægger i denne rapport soldaternes sundhedsprofil før og efter udsendelse med udgangspunkt i populationen af de ca. 26.000 soldater, der har været udsendt i perioden 1992-2009. Vi undersøger soldaternes psykiske helbred i form af psykiatriske diagnoser, køb af medicin mod psykiske sygdomme og antallet af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem. Derudover kortlægger vi arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK) samt alle anmeldelser til Arbejdsskadestyrelsen (ASK). Endvidere analyserer vi dødeligheden for de udsendte.

I analyserne sammenligner vi de udsendte med en kontrolgruppe bestående af mænd, som er vurderet egnet til militærtjeneste på

Forsvarets Dag (tidligere session). Vi har desuden fokus på, om der er forskelle mellem grupper af udsendte såsom mellem personelgrupper eller udsendte med varierende missionserfaring.

Analyserne er baseret på et datagrundlag bestående af registerdata fra forsvaret, Danmarks Statistik, Arbejdsskadestyrelsen og Sundhedsstyrelsen samt oplysninger fra Krise- og Katastrofepsykiatrisk Center (Militærpsykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet). Datagrundlaget gør det muligt at undersøge, om der fx sker ændringer i soldaternes køb af medicin eller kontakt til sundhedssystemet før og efter udsendelse, og om disse forskelle knytter an til forskellige militære forhold såsom antallet af udsendelser, missionstype eller personelgruppe.

Derudover foretager vi en frafaldsanalyse af forsvarets psykologers opfølgingsundersøgelse. Formålet med frafaldsanalysen er at undersøge, om de personer, som ikke har besvaret psykologernes spørgeskema, adskiller sig fra dem, der har besvaret det, fx ved at have flere psykiatriske diagnoser eller ved at købe mere medicin mod psykiske sygdomme. Frafaldsanalysen gør det muligt at vurdere, hvor mange potentielt sårbare soldater forsvarets psykologer formår at komme i kontakt med. Datagrundlaget for frafaldsanalysen er baseret på den såkaldte opfølgingsundersøgelse som består af en spørgeskemaundersøgelse udarbejdet og gennemført af forsvarets militærpsykologer.

I denne rapport benytter vi udtrykkene ”veteran”, ”soldat” og ”udsendt” synonymt, selvom ikke alle udsendte nødvendigvis er soldater. Der findes fx også læger og tolke blandt de udsendte.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at det ikke er et tilfældigt udsnit af den danske befolkning, som bliver sendt ud som soldater på internationale militære missioner. Særlige udvælgelsesprocesser betyder, at det generelt er et særligt udsnit af befolkningen, der er i forsvaret og bliver udsendt på militære operationer. Derfor er det en vanskelig opgave at konstruere en kontrolgruppe for de udsendte. Vi har konstrueret en kontrolgruppe, der består af mænd, der er vurderet egnet til aftjening af værnepligt på Forsvarets Dag (tidligere session), og som *ikke* har været udsendt. Personer i kontrolgruppen og de udsendte har gennemgået forsvarets egnethedsvurdering og adskiller sig derfor ikke væsentligt, hvad angår forskellige objektive forhold som intelligens og helbred på det tidspunkt, hvor de deltager på Forsvarets Dag. Vi kan derefter sammenligne den gennemsnitlige forskel mellem de udsendte og kontrolgruppen fx i

form af forskelle i køb af medicin mod psykiske sygdomme eller antal kontakter til det psykiatriske system.

De tidligere udgivelser i projektet ”Danske hjemvendte soldater” (Lyk-Jensen m.fl., 2011 og 2012) viste, at de udsendte er en sammensat gruppe, og vi forventer derfor ikke, at forekomsten af psykiske mén vil være ens blandt alle veteraner. Der kan tænkes at være forskelle, der knytter an til personelgruppe, type af mission m.m. For at kunne tolke statistiske estimater som kausale effekter i en konsekvensanalyse er det nødvendigt at kontrollere for en række parametre som eksempelvis kampeksponering, oplevelser under mission samt socioøkonomisk baggrund. Datagrundlaget gør det muligt at kontrollere for social baggrund, men vi kan ikke kontrollere for oplevelser under en mission som fx kampeksponering.

Desuden kan det være svært at påvise, hvorvidt en given effekt skyldes udsendelse. Derfor arbejder vi ud fra en hypotese om, at hvis soldaterne ikke er registreret med en psykiatrisk diagnose, ikke har købt medicin mod psykiske sygdomme og heller ikke har været i behandling for stofmisbrug før udsendelse, så kan ændringerne i soldaternes psykiske helbred efter udsendelse med sandsynlighed henføres til udsendelse – især hvis ændringerne i soldaternes sundhedsprofil afviger fra en sammenlignelig kontrolgruppe. Selvom vi ikke foretager en decideret kausalanalyse, vil vi således alligevel kunne udtale os om nogle følger af udsendelse.

Rapporten afdækker følgende spørgsmål:

- Har soldaterne fået psykiske mén efter deres udsendelser? Viser eventuelle mén sig i form af psykiatriske diagnoser, misbrugsbehandling eller i køb af medicin mod psykiske sygdomme?
- Hvordan er udviklingen i soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse?
- Hvordan er udviklingen i soldaternes psykiske sundhedsprofil i forhold til en kontrolgruppe?
- Hvor mange soldater er registreret med en anmeldt arbejdsskade?
- Har tidligere udsendte en højere risiko for at dø tidligt i forhold til en kontrolgruppe?

- Er der større psykiske mén blandt soldater, der ikke har besvaret militærpsykologernes spørgeskema sammenlignet med soldater, der har?

Svarene på ovenstående spørgsmål bidrager til ny viden om danske veteraners psykiske helbred og kan være med til at identificere eventuelle problemstillinger blandt veteranerne generelt eller mere specifikt blandt særlige grupper af veteraner.

Vi har struktureret rapporten som følger:

- I del I kortlægger vi soldaternes sundhedsprofil før og efter udsendelse. Analyserne bygger på registerdata fra forskellige kilder. I kapitel 2 præsenterer vi data og i kapitel 3 undersøgelsesmetoden. Fra kapitel 4 til 6 præsenterer vi resultaterne af analyserne af henholdsvis psykiatriske diagnoser samt antal og type af kontakter til det psykiatriske system (kapitel 4), køb af medicin mod psykiske sygdomme og omfanget af personer i stofmisbrugsbehandling (kapitel 5) samt arbejdsskader i form af anmeldte arbejdsulykker og erhvervsygdomme (kapitel 6).
- I del II undersøger vi dødeligheden efter udsendelse blandt de udsendte (kapitel 7). Kapitel 8 består af en frafaldsanalyse af forsvarrets psykologers opfølgingsundersøgelse.

Hvert kapitel afsluttes med en opsamling af de væsentligste pointer. De vigtigste konklusioner fra hvert kapitel gennemgår vi i kapitel 9 i en samlet konklusion og perspektivering.

DATA

I dette kapitel beskriver vi det datagrundlag, som vi anvender i analyserne, og betegner som SFI's datagrundlag.

DATA

DATAGRUNDLAGET

Det medicinske modul bygger på data om soldater, der har været udsendt mellem 1992 og 2009 – ca. 26.000 personer. Data omfatter oplysninger om sårede i kamp (123 personer) og døde under udsendelse uanset årsag (51 personer) fra 1992-2009¹, repatrierede fra 2005-2009 (399 personer)² samt 15.433 personer der i perioden 1997-2009 har besvaret spørgeskemaer i forbindelse med opfølgingsundersøgelsen fra det daværende Institut for Militærpsykologi (IMP), der i dag hedder Militærpsykologisk Afdeling (MPA).

For at kunne analysere ændringer i soldaternes sundhedsprofil før og efter udsendelse er det afgørende at have adgang til detaljerede

-
1. Blandt de udsendte i perioden 1992-2009 er der yderligere fire personer, som er omkommet i 2010.
 2. I perioden 2005-2009 er der overlap mellem de repatrierede og sårede, idet 48 repatrierede findes blandt de sårede.

data. Det er nødvendigt, at data beskriver personerne over en årrække (paneldata³), da analyserne kræver informationer før, under og efter en udsendelse. For at afdække forklaringer og gøre det muligt at inddele de udsendte i undergrupper inddrager vi desuden deres sociodemografiske og militære karakteristika. Rapportens datagrundlag tager udgangspunkt i det datasæt, der er blevet dannet i forbindelse med rapporten *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011). Datagrundlaget, der beskriver de 26.000, er sammensat af mange forskellige datakilder, for flere detaljer se Lyk-Jensen m.fl. (2011). Her er det desuden muligt at læse mere om, hvordan vi har defineret og afgrænset en udsendelse samt om de forskellige kvalitetstjek, vi har foretaget for at validere data.

Fra forsvarrets egne registre har vi fået adgang til oplysninger om enkeltindivider i analyseperioden 1992-2009, fx antal udsendelser, missioner, personelgruppe eller funktion, enhed og resultater af intelligenstag. Vi har dog ikke fået oplysninger om typen af ansættelseskontrakt (fx K35 og K60⁴). Det betyder, at der er nogle forhold, det er muligt at kontrollere for i analyserne, mens vi ikke kan kontrollere for andre forhold, selv om det ligeledes kunne have været relevant.

REGISTERDATA

Analysen bygger på registerdata fra Danmarks Statistik (DST) og Sundhedsstyrelsen (SST) i perioden fra 1995-2010. Denne periode er valgt, da data fra Lægemedeldatabasen først er tilgængelige fra 1995. Register over stofmisbrugere i behandling er tilgængeligt fra 1996, men der er få observationer i dette register, så vi har alligevel valgt at se på data fra 1995. Data beskriver de personer, der har været udsendt på internationale missioner fra 1992 til 2009 samt de personer, der er blevet vurderet egnet til værnepligt på Forsvarets Dag i perioden 1994-2010. Informationer om både de udsendte og en kontrolgruppe vil blive beskrevet nærmere i kapitel 3. De enkelte registre er sammensat til et paneldatasæt og ved hjælp af personernes identifikationsnumre, som er anonymiserede cpr-numre, er det muligt at koble de forskellige paneldatasæt sammen. Denne rapport bygger på følgende registre:

3. Paneldatasæt indebærer, at personerne i stikproven kan observeres i flere år.

4. K35 og K60 er kontrakttyper for fastansatte i forsvaret, som indbefatter ansættelse, indtil man fylder henholdsvis 35 år og 60 år.

1. Befolknings-, hustrands- og familieregistrene, som indeholder informationer om fx køn, alder, bopæl, familietype og antal børn.
2. Uddannelsesregistret, som indeholder informationer om højeste fuldførte og igangværende uddannelse.
3. Indkomstregistret, som indeholder informationer om socioøkonomisk status.
4. Børne- og ungeregistret, som indeholder informationer om forebyggende foranstaltninger, herunder anbringelser.
5. Registrene for vandringer, indvandrere og efterkommere, som indeholder informationer om etnisk baggrund samt indvandrings- og udvandringstidspunkter.
6. Psykiatriske registeret (PSYK), som indeholder oplysninger om psykiatriske diagnoser, antal kontakter til det psykiatriske sundhedssystem og typer af kontakt (ambulant, skadestuebesøg, indlæggelser).
7. Lægemedeldatabasen (LMDB), som indeholder oplysninger om køb af medicin, såsom antal køb, volumen målt i døgndosis og antal pakker.
8. Sygesikringsregistret, som indeholder oplysninger om kontakt til alment praktiserende læge, speciallæge eller psykiater og psykolog.
9. Misbrugsregistret, som indeholder oplysninger om de personer, der har modtaget behandling for stofmisbrug i perioden 1996-2010.
10. Arbejdsskadestyrelsens register (ASK), som indeholder oplysninger om anmeldte arbejdsskader i perioden 1992-2009. Registret indeholder oplysninger om kendelse, skadesdato, ulykkens art, erhvervs sygdommens diagnose, méngrad, erhvervsenetabsprocent, mén godtgørelse og samlet erhvervsenetabs erstatning.
11. Døderregistret fra Danmarks Statistik og dødsårsagsregistret fra Sundhedsstyrelsen, der begge indeholder information om dødsår og dødsårsager.

ANDRE DATAKILDER

- Oplysninger om psykiatriske diagnoser og året for diagnoserne fra Krise- og Katastrofe psykiatrisk Center (Militærpsykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet) i perioden

1992-2010.⁵ Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FA-EK) som i perioden 1997-2010 har registreret arbejdsulykker samt bagatelsager (dvs. hvor méngraden er under 5 pct.) for udsendte til internationale missioner. Her findes oplysninger om skadesdato, skadesland og méngrad.

- MPA's opfølgingsundersøgelse. Siden 1997 har MPA jævnligt foretaget en undersøgelse af holdudsendt personel efter deres hjemkomst fra internationale missioner. Vi foretager en frafaldsanalyse af MPA's undersøgelse ud fra en liste (postlisten) over dem, MPA har sendt deres undersøgelse til. Postlisten dækker årene 2007-2009.

Disse registre kan tilsammen bruges til at kortlægge sundhedsprofilen samt den sociodemografiske profil for de udsendte soldater og kontrolgruppen. Udsendte er defineret som de danske soldater, der har været udsendt på én eller flere internationale militære missioner i perioden 1992-2009, og kontrolgruppen er defineret som personer, der er vurderet egnede til værnepligt på Forsvarets Dag i perioden 1994-2009, jf. metodekapitlet (kapitel 3).

Sammenkørslen af disse registre udgør vores datagrundlag, som vi fremadrettet vil referere til som "SFI's datagrundlag" i kildehenvisningerne til tabeller og figurer i analysen.

BAGGRUNDSVARIABLER

SOCIODEMOGRAFISKE VARIABLER

Vi har benyttet Danmarks Statistiks demografiske variable til at beskrive sammensætningen af populationen af udsendte og kontrolgruppen. Vi anvender oplysninger såsom:

- Køn
- Alder⁶ (18-24 år, 25-29 år, 30-44 år, 45 år og ældre)
- Civilstand (enlig/ikke-enlig)
- Etnisk baggrund (etnisk dansk/anden etnisk baggrund end dansk)

5. Det vil sige, at når vi undersøger psykiatriske diagnoser, er vores kilder PSYK og KKC, men når vi undersøger kontakter til psykiatri, er vores kilde udelukkende PSYK.

6. I regressionsanalyserne har vi samlet kategorierne 25-29 år og 30-44 i én kategori: 25-44 år.

- Uddannelse (uddannelse på lavt niveau: grundskole/uoplyst; uddannelse på mellemniveau: en gymnasial-/erhvervsuddannelse; uddannelse på højere niveau: kort/mellem/lang videregående uddannelse)
- Hjemmeboende børn (ja/nej)
- Anbragt uden for hjemmet inden det 18. leveår (ja/nej)
- Opvokset i eneforsørgerfamilie⁷ (ja/nej).

Disse forhold indgår som kontrollerende variabler i regressionsanalyserne (del I og II). Med undtagelse af alder, der er opgjort i selve året for den første udsendelse, er alle baggrundsvariabler opgjort ét år før første udsendelse. Årsagen er, at baggrundsvariablene ellers kan være påvirkede af udsendelsen fx kan civilstand ændre sig fra gift til skilt eventuelt pga. en udsendelse. Specifikke oplysninger om sundhedsvariablerne beskrives særskilt i de tilhørende kapitler.

Derudover benytter vi i før- og efteranalysen militære oplysninger om:

- Personelgrupper (konstabel-, sergent-, officersgruppen, andet personel⁸, uoplyst)
- Første mission (UNPROFOR: *United Nations Protection Forces* i Bosnien-Herzegovina, Kroatien, Serbien, Montenegro og Makedonien⁹, IFOR: *UN-mandated Implementation Force* i Bosnien-Herzegovina, SFOR: *Stabilization Force* i Bosnien-Herzegovina, KFOR: *NATO Kosovo Force* i Kosovo, ISAF: *International Security Assistance Force* i Afghanistan, IRAK: Koalitionens i Irak og andre missioner¹⁰)
- Missionserfaring i alt (jf. kapitel 3)
- Udsendelsesår

DATASIKKERHED

Det kræver adgang til de udsendtes cpr-numre at sammenkoble alle oplysningerne fra Danmarks Statistiks registre og forswarets registre. Adgangen til data foregår gennem Danmarks Statistik i en anonymiseret

7. Hvorvidt personen som 17-årig boede med én forælder.

8. Andet personel er fx læger, sygeplejersker, præster og tolke.

9. UNPROFOR indeholder også UNCRO: *United Nations Confidence Restoration Operation in Croatia*.

10. Andre missioner omfatter mindre missioner samt missioner som FN-observatorer.

form, hvilket sikrer, at vi overholder registerlovgivningen. Projektet er (jf. persondataloven, kapitel 4 § 10) anmeldt til og godkendt af Datatilsynet.

Danmarks Statistik anonymiserer data (cpr-numre erstattes af identifikationsnumre), og efterfølgende bliver alle oplysninger opbevaret på Danmarks Statistiks forskermaskine, som SFI's forskere har en sikret adgang til. Selve afrapporteringen af analysens resultater udført af SFI foregår på et overordnet niveau, hvor det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner.

DEL I: VETERANERS SUNDHEDSPROFIL – FØR OG EFTER UDSENDELSE

Denne del af rapporten har til formål at kortlægge soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse på en international militær mission. Fokus er på psykiske mén i form af psykiatriske diagnoser, køb af udvalgt medicin mod psykiske lidelser, indlæggelsesmønstre, misbrugsbehandling, anmeldte arbejdsulykker og erhvervssygdomme. Vi vil derudover undersøge, om der er forskelle mellem grupper af udsendte – fx mellem engangs- og flergangsudsendte.

Med udgangspunkt i populationen af de ca. 26.000 udsendte, der har deltaget i internationale militære missioner i perioden 1992-2009, anvender vi et analysedesign, der kan sammenligne forhold før og efter udsendelse. Vi undersøger, hvordan de udsendtes sundhedsprofil udvikler sig i perioden 1995-2010, hvor data er tilgængelige både før og efter deres første udsendelse. Når det er muligt, sammenholder vi de udsendte med en sammenlignelig kontrolgruppe.

I kapitel 3 præsenterer vi undersøgelsesmetoden. Efterfølgende præsenterer vi i kapitel 4 resultaterne for analysen af psykiatriske diagnoser og kontakter til det psykiatriske sundhedssystem. I kapitel 5 kortlægger vi køb af medicin mod psykiske sygdomme og misbrugsbehandling, og i kapitel 6 beskriver vi anmeldte arbejdsskader blandt de udsendte.

METODE OG POPULATION

I dette kapitel beskriver vi forskellige udfordringer i forbindelse med analysen af ændringer i soldaternes sundhedsprofil før og efter udsendelse. Dernæst definerer vi de centrale variabler, vi anvender i de forskellige analyser i del I. Efterfølgende præsenterer vi før- og efteranalysen og formålet med at sammenligne de udsendte med en kontrolgruppe. Til sidst beskriver vi de statistiske metoder og test, vi anvender.

ANALYTISKE UDFORDRINGER

I denne rapport vil vi undersøge psykiske helbredsmæssige konsekvenser efter udsendelse. Det anvendte datamateriale (registerdata) er et resultat af passive observationer af individers valg og handlinger. Derfor kan vi desværre ikke uden videre konkludere, at de forskelle, vi finder i udfaldsmål (fx andel der køber medicin mod psykiske sygdomme eller andel med en psykiatrisk diagnose) mellem de udsendte (indsatsgruppen) og kontrolgruppen, skyldes selve udsendelsen. Det er derfor ikke muligt at drage håndfaste konklusioner i forhold til kausalitet.

Derudover er de soldater, der udsendes på internationale missioner, ikke et tilfældigt udsnit af den danske befolkning. Det betyder, at eventuel variation mellem de udsendte og kontrolgruppen kan skyldes, at

der er systematiske forskelle – ud over dem, vi kan kontrollere for – der påvirker udfaldsmålet. Vi kan eksempelvis forestille os, at personer med særlige karakteristika vælger at blive udsendt på en international militær mission eller på særlige missioner. Dette kaldes ”selvseleksion” og det kan vi ikke kontrollere for.

Så længe deltagelsen i en specifik mission ikke er tilfældig, kan forskelle ikke umiddelbart tilskrives udsendelsen på den givne mission. Forskelle kan skyldes andre faktorer som fx forskelle i social baggrund. Et eksempel kan være, hvis soldater, der vælger at deltage i én mission, i forvejen er mere (eller mindre) socialt belastede, og dermed har større (eller mindre) sandsynlighed for efterfølgende at udvikle reaktioner eller få sociale problemer efter hjemkomst end soldater, der vælger at deltage i en anden mission eller end dem, som helt fravælger en udsendelse. Det kan også tænkes, at soldater, der vælger at deltage i en mission, er særligt udvalgte gennem forsvarrets udvælgelsesprocesser, og derfor er psykisk stærkere personer, der har mindre sandsynlighed for efterfølgende at udvikle reaktioner. Disse eksempler illustrerer, at det kan være svært at påvise, at en given ændring skyldes udsendelse og ikke andre forhold.¹¹

Derfor arbejder vi med en hypotese om, at hvis en soldat ikke har haft kontakt til det psykiatriske sundhedssystem, fået en psykiatrisk diagnose, modtaget misbrugsbehandling, eller købt medicin mod psykiske sygdomme før udsendelse, vil det være sandsynligt, at ændringer i psykisk helbred skyldes udsendelse. Det vil især være tilfældet, hvis ændringerne i soldatens sundhedsprofil afviger fra en sammenlignelig kontrolgruppe.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at vores datagrundlag kun indeholder oplysninger om udsendelser til og med 2009, og derfor omhandler resultaterne i projektet ”Danske hjemvendte soldater” kun de udsendte mellem 1992 og 2009. Det er således ikke muligt på baggrund af rapportens datagrundlag at drage konklusioner for udsendte efter 2009. Det er heller ikke muligt at se, om de udsendte har været på mission før 1992. Derudover har vi oplysninger fra sundhedsregistrene i perioden 1995/1996-2010, og det betyder, at vi ikke kan se historikken før udsendelse for soldater, der har været udsendt i begyndelsen af 1990’erne. Til gengæld risikerer vi ikke at sammenblande hændelser før

11. Disse er blot eksempler, og Lyk-Jensen mfl. (2011) *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* viser, at de udsendte i perioden 1992-2009 i gennemsnit ikke er mere socialt belastede end jævnaldrende mænd i Danmark. Dog kan der være forskelle mellem udsendte på forskellige missioner.

og efter udsendelse ved fejlagtigt at observere diagnoser inden udsendelse, som i virkeligheden er diagnoser, der registreres efter en tidligere udsendelse før 1992.

DEFINITIONER

HVAD ER EN UDSENDELSE?

Analyserne i denne rapport fokuserer på psykiske helbredsmæssige konsekvenser af en udsendelse. I dette afsnit vil vi beskrive, hvor forskellige udsendelser kan være, og hvor forskellige opfattelserne af en udsendelse kan være. Indledningsvis stillede vi en række undersøgelsesspørgsmål, som analyserne kan besvare. For eksempel: Har de udsendte fået en psykiatrisk diagnose efter udsendelse? Har de udsendte i gennemsnit købt mere medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse end før? For at kunne besvare disse spørgsmål er det vigtigt at definere en udsendelse. Er det udsendelsen i sig selv, eller er det særlige oplevelser under nogle bestemte udsendelser, der påvirker soldaterne og deres psykiske helbred?

Tidligere rapporter fra projektet ”Danske hjemvendte soldater” har vist, at en udsendelse kan være meget forskellig fra hold til hold, fra mission til mission og fra år til år. Spørgeskemaundersøgelsen *Soldater efter udsendelse – en spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) viser fx, at hver anden udsendte har oplevet kamphandlinger, og at samlet set 17 pct. af respondenterne angav, at de har fået større eller mindre varige psykiske mén af deres udsendelse.

De 26.000 udsendte er, som tidligere nævnt, en meget heterogen gruppe, der har været udsendt til missioner med forskelligt risikoniveau (se Lyk-Jensen m.fl., 2011). Vi forventer derfor ikke, at udsendelse har de samme følger for alle 26.000 udsendte, og vil derfor undervejs fokusere på forskellige grupper af udsendte. I rapporten *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet?* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) viste vi, at der i perioden 1992-2011 er sket en markant stigning i forhold til antallet af sårede og omkomne, samt at der i perioden 2005-2011 er sket en markant stigning i antallet af repatrierede. Rapporten viste også, at udsendtes missionserfaringer er meget forskellige – omstændighederne under udsendelse varierer meget, og forholdene på missionerne kan ændre sig, efterhånden som konflikter bliver løst eller optrappet. Oplevelserne ved at have været udsendt med fx Nato Kosovo Force (KFOR) i Eksjugoslavien før eller efter 2000 kan derfor være me-

get forskellige, ligesom oplevelserne ved at have været udsendt med International Security Assistance Force (ISAF) i Afghanistan før eller efter 2004 kan være meget forskellige.

Soldaternes arbejdsfunktion under udsendelse, fx minerydder eller kok, er også en vigtig faktor, der kan forklare eventuelle forskelle i risikoniveau og oplevelser under udsendelse. Desværre har vi ikke oplysninger om de udsendes arbejdsfunktion, og kan derfor ikke kontrollere for disse forskelle.

Når vi sammenligner soldaterne med kontrolgruppen er forskellen at førstnævnte gruppe har været udsendt. Udsendelse kan betragtes som en indsats (en slags intervention), som soldaterne selv har indvilliget i. I den forbindelse er det vigtigt at huske på, at udsendelser kan bestå af én udsendelse i alt, flere udsendelser i løbet af få år eller flere udsendelser i løbet af mange år, samt at soldaternes erfaring på udsendelsestidspunktet varierer. Det betyder, at indsatsen "udsendelse" ikke nødvendigvis er afgrænset i tid, og at udsendte på forskellige missioner og hold kommer hjem på forskellige tidspunkter med forskellige oplevelser i bagagen. Indsatsen varierer med andre ord fra soldat til soldat afhængigt af mission, udsendelsesår, personelgruppe m.m.

Som illustreret af ovenstående er der mange udfordringer i forbindelse med at undersøge konsekvenser af en udsendelse på soldaternes sundhedsprofil. Nogle af disse udfordringer er det muligt at tage højde for ved at vælge passende metoder og ved at inddrage de rette variabler. Senere i dette kapitel vil vi præsentere vores metodetilgang, der så vidt muligt tager højde for nogle af de omtalte udfordringer. Samtidig vil vi tilpasse metodetilgangen i de forskellige kapitler, så vi bedst muligt kan tage højde for de forskellige udfordringer, der kan være.

HVEM ER INDSATSGRUPPEN?

I denne undersøgelse er det militært personel¹², der har været udsendt på internationale militære missioner for Danmark i perioden fra 1992-2009, der udgør indsatsgruppen, dvs. som har været udsendt. Vores indsatsgruppe er således ikke et tilfældigt udsnit af befolkningen, men derimod en selekteret gruppe af militært personel, som gennemgår en særlig formel og uformel udvælgelsesproces inden udsendelse (for flere detaljer se

12. Der er omkring 5 pct. blandt de 26.000 udsendte, som har været udsendt som civilt personel. Civilt personel gennemgår ikke de samme udvælgelsesprocesser inden udsendelse, da deres arbejdsopgaver typisk er anderledes end det militære personels arbejdsopgaver.

Lyk-Jensen m.fl., 2011: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*, kapitel 3, og Lyk-Jensen m.fl., 2010: *Soldater før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*, kapitel 2). Soldater, der har gennemført værnepligt, er dels blevet erklæret egnet eller delvist egnet til aftjening af værnepligt på baggrund af deres fysik og en intelligencetest (Børge Prien-prøven)¹³. Inden udsendelse sker der desuden endnu en selektion, da potentielle kandidater til udsendelse skal leve op til en række psykiske og fysiske krav.

Hovedparten af danske veteraner udsendt mellem 1992 og 2009 kan grupperes i tre kategorier:

- **Veteraner fra Eksjugoslavien**, som har været udsendt siden 1992. Missionerne i Eksjugoslavien har været fredsbevarende, men belastningsgraden har været meget forskellig afhængigt af tidspunktet og stedet for udsendelse. Visse hold har oplevet kamphandlinger, og i alt er 12 soldater døde, og 36 er blevet såret i Eksjugoslavien.
- **Veteraner fra Irak**, som har været udsendt mellem 2003 og 2007¹⁴. Missionerne i Irak var fredsskabende, og indsatsen var præget af konfrontationer med oprørsgrupper og angreb mod danske styrker. I alt er 8 soldater døde, og 19 soldater er blevet såret i Irak.
- **Veteraner fra Afghanistan**, som har været udsendt siden 2002. Indsatsen har i stigende grad, og i langt højere grad end tidligere missioner med dansk deltagelse, været præget af hyppige konfrontationer med oprørsstyrker. Det har afspejlet sig i et væsentligt større antal faldne og sårede soldater. Pr. 28. september 2011 er 38 soldater døde, og 175 soldater er blevet såret i Afghanistan.

I perioden 1992-2009 har nogle soldater været udsendt til ét af disse tre missionsområder, mens andre har været udsendt til en kombination af de tre missionsområder. Derfor grupperer vi soldaterne efter deres missionserfaring og undersøger syv grupper af soldater udsendt til forskellige missionsområder eller kombinationer af missionsområder. De forskellige kombinationer af missionsområder kan indikere belastningsgraden forbundet med udsendelse, selvom det kan variere meget fra hold til hold. Vi inddeler soldaterne i følgende grupper efter missionserfaring:

13. De udsendte har ikke nødvendigvis alle aftjent deres værnepligt, men det har hovedparten, og derfor antager vi, at flertallet af de udsendte blev selekteret på baggrund af adgangskravene til værnepligt. Disse krav er klar defineret fra forsvarers side.

14. I 2012 er der stadig et fåtal udsendte i Irak, men i 2007 sluttede det militære engagement, og størstedelen af soldaterne blev sendt hjem.

1. Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan
2. Irak og Afghanistan
3. Irak og Eksjugoslavien
4. Afghanistan og Eksjugoslavien
5. Eksjugoslavien
6. Irak
7. Afghanistan

Kategori 1-4 indeholder således udsendte, der har været på en kombination af forskellige missioner fx i både Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan (kategori 1), hvorimod kategori 5-7 indeholder udsendte, der kun har været i henholdsvis Eksjugoslavien, Irak eller Afghanistan. Restkategorien (Andre lande) indeholder kun soldater, som hverken har været udsendt til Eksjugoslavien, Afghanistan eller Irak¹⁵.

Vores datagrundlag omfatter både soldater, der har været udsendt én gang (ca. 48 pct.) og soldater, som har været udsendt mere end en gang (ca. 52 pct.). Den information benytter vi til at undersøge engangs- og flergangudsendte særskilt for at finde ud af, om der er noget, der tyder på forskellige følgevirkninger i forhold til antal udsendelser.

HVAD ER UDFALDSMÅLENE?

Vores analyse anvender forskellige helbredsindikatorer fra forskellige sundhedsregistre til at undersøge konsekvenser af udsendelse på soldaternes psykiske helbred. Definitionerne af helbredsvariablerne er komplicerede og meget specifikke i forhold til analyserne, og vi har derfor valgt at lave udførlige definitioner på helbredsvariablerne i selve kapitlerne i del I. Helbredsvariablerne bliver defineret i følgende kapitler:

- Psykiatriske diagnoser (kapitel 4)
- Kontakt til det psykiatriske sundhedssystem (kapitel 4)
- Køb af medicin mod psykisk sygdom (kapitel 5)
- Misbrugsbehandling (kapitel 5)
- Anmeldte arbejdsskader registreret hos Arbejdsskadestyrelsen (kapitel 6)
- Arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (kapitel 6)

15. Restkategorien udgør samlet set 5 pct. af de udsendte mellem 1992 og 2009.

FØR- OG EFTERANALYSEN

Formålet med denne analyse er dels at se udviklingen før og efter udsendelsestidspunktet og dels at identificere faktorer blandt udsendte, der giver øget risiko for at opleve psykiske mén efter udsendelse som medfører fx psykiatriske diagnoser eller køb af medicin mod psykiske sygdomme. Der er flere forhold, vi skal være opmærksomme på, når vi sammenligner soldaternes situation før og efter udsendelse. Det er vigtigt, at vi kan tidsfastsætte indsatsen (udsendelsen) for at sikre, at ændringer før og efter udsendelse ikke skyldes ændringer i populationens sammensætning. Derudover er der nogle metodiske forudsætninger, der skal være opfyldt. I de følgende afsnit præsenterer vi disse krav til analysen.

UDSENDELSESDATO

En vigtig oplysning i forbindelse med før-og efteranalysen er datoerne for soldaternes udsendelser. Analyseperioden burde dække alle udsendelser i perioden 1992-2009, men datagrundlaget er sammensat af mange forskellige kilder, og det betyder, at nogle udsendelsesdatoer er behæftet med usikkerhed. Derfor kan vi ikke udelukke, at der findes udsendelser, som ikke er registreret, enten fordi der er fejl i datoerne fra forsvaret, eller fordi der i øvrigt er mangelfulde oplysninger om udsendelsen. Derudover kan nogle af de udsendte, vi definerer som førstegangsendte, have været udsendt tidligere – især hvis den tidligere udsendelse er før 1992 og derfor ikke registreret. Denne usikkerhed drejer sig dog om ganske få udsendelser¹⁶.

I før- og efteranalysen vil vi undersøge ændringerne før og efter den første udsendelse. Den seneste udsendelse definerer vi som den sidste udsendelse, der er registreret i vores datagrundlag med status i 2009, selvom der er nogle, der kan have haft flere udsendelser efterfølgende. Det vil sige, at for nogle er det reelt den sidste udsendelse, mens andre bliver udsendt igen efter 2009. For engangsendte i perioden 1992-2009 er første og seneste udsendelse den samme.

ANALYSEPERIODEN

Første del af analysen (del I) er afgrænset til perioden 1995-2010, idet data for medicinkøb først er tilgængelige fra 1995, mens diagnosekoder

16. For flere detaljer, se rapporten *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011).

ifølge international klassifikation findes fra 1994. Misbrugerregistret er først tilgængeligt fra 1996, men det omfatter kun få udsendte.

Før- og efteranalysen kræver, at de udsendte findes i befolkningsregistret i hele perioden (1995-2010). Hvis ikke alle findes i registret i hele perioden, kan forskelle før og efter udsendelse skyldes ændringer i sammensætningen af personer. Derfor ser vi bort fra udsendte, der ind- eller udvandrer eller dør i løbet af analyseperioden.¹⁷

PRINCIPPET I FØR- OG EFTERANALYSEN

Den grundlæggende forudsætning for en før- og efteranalyse er, at den tager udgangspunkt i det faktum, at personen på nogle tidspunkter er udsendt og på andre tidspunkter ikke er udsendt. Analysen sammenligner på den måde en person med sig selv ved at beregne forskelle i gennemsnit i udfaldsmål såsom medicinkøb eller antal kontakter til det psykiatriske sundhedssystem før og efter udsendelse. Metoden fjerner faste individuelle komponenter (dvs. individuelle karakteristika, der ikke ændrer sig over tid), og giver det gennemsnitlige individuelle afkast blandt indsatsgruppen (de udsendte), dvs. den gennemsnitlige effekt af udsendelse på de udsendte.

For at undersøge om udsendelse har en effekt på soldaternes psykiske helbred, er det nødvendigt at definere den kontrafaktiske situation – dvs. det, der ville være sket, hvis de udsendte (indsatsgruppen) ikke havde været udsendt. Det problem kan løses ved at inddrage en kontrolgruppe bestående af personer, der ligner de udsendte så meget som muligt, men som ikke har været udsendt. Derved kan den gennemsnitlige forskel i udfaldsmål mellem indsats- og kontrolgruppe tolkes som effekten af udsendelse. I før- og efteranalysen udgør de udsendte deres egen kontrolgruppe, idet de er observeret to gange, både før de blev udsendt (kontrolgruppen), og efter de har været udsendt (indsatsgruppen). Undersøgelsen sammenligner dermed de udsendtes psykiske helbred målt i form af psykiatriske diagnoser, køb af medicin mod psykiske sygdomme, misbrugsbehandling samt antallet af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem efter udsendelse med de udsendtes psykiske helbred før udsendelse.

Der er forskel på missionerne, og derfor vil analysen afgøre, om udsendte på forskellige missioner eller forskellige personelgrupper er blevet relativt mere eller mindre ”belastede” efter udsendelse sammen-

17. Vi analyserer dødelighed særskilt i kapitel 8.

lignet med udsendte fra andre missioner eller andre personelgrupper. På den måde løser vi problemet med det kontrafaktiske udfald ved at benytte et design, hvor den samme person – på forskellige tidspunkter – observeres både i kontrol- og indsatsgruppen.

Før- og efteranalysen forudsætter, at udsendelse afhænger af, at både observerbare individuelle karakteristika (fx køn, alder) og ikke-observerbare karakteristika (fx evner) er uændrede over tid. Derudover forudsætter analysen, at det gennemsnitlige udfaldsmål (fx psykiatriske diagnoser) blandt de udsendte og kontrolgruppen ville have været det samme, hvis de udsendte ikke havde været udsendt. Overtrædelser af antagelserne kan være:

- Ashenfelter's Dip: Ashenfelter viser, at personer, der har deltaget i jobtræningsprogrammer, har tendens til at opleve et "fald" i deres indtjening, lige inden de kommer ind i programmet. Dette forbigående indtjeningsfald påvirker effekten af jobtræningsprogrammer ved, at en eventuel efterfølgende effekt er overdrevet (Ashenfelter, 1978). Det kan eksempelvis være relevant, hvis de udsendte stopper med at købe medicin mod psykiske sygdomme lige før udsendelse og forsætter igen bagefter.
- Hvis ændringer i gennemsnit skyldes udeladte variabler, fx ændringer i økonomiske konjunkturer eller forandringer i livscyklus.

Fordelen ved denne før- og efteranalyse er, at vi ikke behøver at skaffe data om kontrolgruppen eller yderligere antagelser om udvælgelsesprocessen. Derudover kan metoden kontrollere for selektion på faste, individuelle observerede og ikke-observerede karakteristika.

En ulempe ved en før- og efteranalyse er, at analysen ikke er robust over for ændringer over tid, såsom at medicinforbrug typisk stiger med alderen. Den er heller ikke robust over for ubemærkede midlertidige individspecifikke komponenter, der påvirker deltagelse, såsom motivation eller evner.

Når vi sammenligner forhold før og efter første udsendelse er det dog vigtigt at pointere, at soldaterne bliver udsendt på et tidspunkt, hvor de både fysisk og psykisk må formodes at være på toppen. Det er derfor stort set ikke muligt for dem at få et bedre psykisk helbred efter udsendelse, og vi forventer derfor at deres sundhedstilstand vil forværres alt andet lige. Det er dog interessant at undersøge, hvorvidt og i hvor høj grad den forværres, og hvad tidsperspektivet er sammenlignet med kon-

trolgruppen, fx om der er systematik i, hvornår psykiske sygdomme optræder i de to grupper.

Igen er det vigtigt at understrege, at vi kun benytter før- og efteranalysen til at beskrive ændringerne før og efter udsendelse samt til at undersøge risikofaktorer i forbindelse med at udvikle psykiske mén efter udsendelse. Derfor kan analyserne ikke fortolkes som kausale. En måde, hvorpå det er muligt at tage højde for ændringerne, der kan skyldes udeladte variabler, er at sammenligne de udsendte med en kontrolgruppe, som ikke er dem selv.

KONTROLGRUPPE

Som vi så i ovenstående afsnit, er det vigtigt at kunne sammenligne udviklingen i de udsendtes sundhedsprofil med en kontrolgruppe bestående af ikke-udsendte. På den måde bliver det muligt at tage højde for, at psykiske sygdomme kan opstå med alderen, samt at der kan ske strukturelle ændringer, fx hvis sundhedssystemet ændrer praksis med hensyn til diagnosticeringen af psykiske lidelser. Før- og efteranalysen kan ikke tage højde for disse forhold. Derfor vælger vi at sammenligne de udsendte med en kontrolgruppe.

Som udgangspunkt skal kontrolgruppen ligne de udsendte så meget som muligt for at sikre, at eventuelle forskelle mellem grupperne kan henføres til *udsendelse* og ikke til andre forhold. De udsendte og personerne i kontrolgruppen kan fx være ens i forhold til alder, køn og uddannelse. Styrken ved en kontrolgruppe er, at det bliver muligt at tage højde for ændringer, der ville være sket, selvom personerne ikke havde været udsendt, så de ikke forveksles med konsekvenser af udsendelse. Det er vanskeligt at konstruere en sådan gruppe, og vi kan derfor ikke nødvendigvis konkludere, om ændringer skyldes udsendelsen eller om der også er andre årsagssammenhænge, der spiller ind.

Vi konstruerer en kontrolgruppe ud fra oplysninger fra Forsvarets Dag for nogle udvalgte årgange og sammenligner dem med de samme årgange blandt de udsendte. Forsvarets Dag har til formål at rekrutte-

re unge mænd og kvinder¹⁸ til værnepligtstjeneste, og er afløseren for den tidligere session.

Kontrolgruppen vil således på mange måder ligne de udsendte, idet de er erklæret egnet på Forsvarets Dag, jf. boks 3.1. Som tidligere nævnt har de udsendte dog været igennem en yderligere selektion, inden de er blevet udvalgt til udsendelse, og det kan derfor forventes, at de er i bedre psykisk og fysisk form end kontrolgruppen. Kontrolgruppen er dog et bedre sammenligningsgrundlag end jævnaldrende i befolkningen, da vi forventer, at forekomsten af psykiske sygdomme i kontrolgruppen er lavere end forekomsten af psykiske sygdomme for hele fødselsårgangen i befolkningen, idet kontrolgruppen er blevet erklæret egnet til aftjening af værnepligt på Forsvarets Dag, hvor de via et spørgeskema giver udtryk for, om de har eller har haft fysiske eller psykiske problemer samt gennemgår forsvarers intelligencetest. Derfor kan de udsendte og kontrolgruppen antages at være forholdsvis ens på forskellige objektive forhold som intelligens og helbred på det tidspunkt, hvor de deltager på Forsvarets Dag.

Selvom kontrolgruppen kan adskille sig fra gruppen af udsendte med hensyn til forskellige faktorer, udgør de alligevel et stærkt sammenligningsgrundlag, når vi sammenligner forekomsten af psykiske sygdomme. Desuden har vi adgang til en række baggrundsoplysninger om disse personer, som vi kan inddrage i analysen.

BOKS 3.1

Egnetheds erklæring på Forsvarets Dag (tidligere betegnet session)

Alle mænd bliver automatisk indkaldt til Forsvarets Dag, når de fylder 18 år. Siden 2004 er 18-årige kvinder også blevet inviteret til at deltage. I et gennemsnitligt år vurderes 50 pct. egnet, 10 pct. begrænset egnet og 40 pct. uegnet til aftjening af værnepligt. Begrundelser for fysisk uegnet kan fx være astma eller rygproblemer. Ca. 7 pct. af de indkaldte findes uegnet på grund af psykiske problemer.

Det er lovpligtigt for alle unge mænd med fast ophold i Danmark at møde til Forsvarets Dag det år, de fylder 18 år. Det er dog muligt at søge om udsættelse, hvis man er under uddannelse eller i lære. Udsættelse kan bevilges ind til det år, hvor den unge mand fylder 25 år. Gentagne udeblivelser fra Forsvarets Dag kan i sidste ende medføre bødestraf eller fængsel.

Kilde: Oplysninger fra Forsvarets Rekruttering, jf. Lyk-Jensen m.fl. (2011) samt Forsvaret (2012).

18. Kvinder har ikke værnepligt i Danmark, men når de melder sig, bliver de også omfattet af betegnelsen "værnepligtige". Den korrekte betegnelse er dog, at de "gør tjeneste på værnepligtstilignende vilkår".

Blandt udsendte er der både personer, der er erklæret egnet og begrænset egnet på Forsvarets Dag (ca. 3 pct.), hvorimod vi i kontrolgruppen kun har medtaget personer, der er blevet erklæret egnet. Årsagen er, at de begrænset egnet, der ender med at blive udsendt efter gennemført værnepligt, desuden gennemgår flere udvælgelsesprocesser, hvor de vurderes egnet til udsendelse. Der sker derfor en yderligere selektion, hvor det kun er de mest engagerede blandt de begrænset egnet, der ender med at blive udsendt. Der er derfor sandsynligvis en del af de begrænset egnet i kontrolgruppen, der er i relativt dårligere fysisk eller psykisk forfatning end de begrænset egnet blandt de udsendte¹⁹.

Udvælgelsesprocessen i den danske hærs reaktionsstyrke er relativt uformel. Der er nogle enkelte test, men derudover er det i stor udstrækning befalingsmændene, der gennem træningsforløbet vurderer, hvem der er egnet til at blive udsendt. Erfaringer fra USA viser desuden, at psykiske belastningsreaktioner blandt amerikanske soldater ofte bliver opdaget tidligt, således at den grundlæggende træning i sig selv fungerer som en slags psykologisk udvælgelsesproces (jf. Larsson m.fl., 2008). Dette resulterer i en såkaldt *Healthy Warrior Effect*, hvilket viser sig ved, at alle psykiske symptomer med undtagelse af PTSD optræder med lavere frekvens blandt militært personel sammenlignet med andre grupper. Derfor forventer vi, at forekomsten af psykiske lidelser blandt de udsendte vil være mindre hyppig end blandt personer i kontrolgruppen.

Vi undersøger en lang periode, og derfor er der en stor aldersspredning blandt de udsendte mellem 1992-2009. Det er således svært at finde en god sammenligningsgruppe for alle de udsendte, og vi udvælger derfor nogle specifikke årgange, når vi sammenligner udsendte med kontrolgruppen. Det største overlap mellem fødselsårgange blandt de udsendte og kontrolgruppen findes for fødselsårgangene 1975-1982.²⁰ Det vil sige, at når vi efterfølgende refererer til *kontrolgruppen*, mener vi mænd født mellem 1975 og 1982, som er blevet vurderet egnet på Forsvarets Dag i perioden 1994 til 2010, og som ikke har været udsendt. For sikre at vi følger de samme personer i hele perioden, har vi desuden frasorteret

19. I *Soldater før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) undersøger vi forskelle mellem udsendte og en kontrolgruppe bestående af egnet og begrænset egnet på Forsvarets Dag. Vi vurderer dog, at den fysiske vurdering i denne rapport er af større betydning og medtager derfor ikke de begrænset egnet. Der er ca. 16 pct. delvist egnet i data fra Forsvarets Rekruttering. Analysen er også både lavet med og uden delvist egnet, og de overordnede resultater er de samme.

20. Disse årgange er alle fyldt 25 år i 2010. Derfor observeret vi alle mænd fra disse årgange, der er blevet vurderet egnet.

personer, der ind- eller udvandrer eller dør i løbet af perioden, både i kontrolgruppen og blandt de udsendte.

Desuden undersøger vi en mere afgrænset gruppe af soldater, bestående af soldater, der er født i årene 1975-1982, og som har været udsendt første gang i 2002. På den måde er perioden før og efter udsendelse bedre afgrænset, end når vi sammenligner alle udsendte født mellem 1975-1982 med kontrolgruppen. Vi har valgt udsendte i år 2002, fordi det er det år, hvor flest førstegangsendte fra fødselsårgangene 1975-1982 udsendes. Derudover har førstegangsendte i 2002 været på forskellige missioner i Eksjugoslavien (SFOR og KFOR, ca. 81 pct.), Afghanistan (ISAF, ca. 2 pct.) samt på andre missioner (ca. 17 pct.). Selvom 2002 er et år med relativt få ulykkelige hændelser for danske udsendte soldater, har der alligevel været omkomne blandt udsendte på SFOR og ISAF. En yderligere fordel ved at vælge udsendelsesåret 2002 er, at vi med større sikkerhed ved, at der for de førstegangsendte reelt er tale om første udsendelse. Alt i alt er 2002 således et velegnet år i den forstand, at der er udsendte fra forskelligartede missioner, som har været udsat for forskelligartet eksponering, men samtidig er det ikke et år, der har været karakteriseret af ekstremt mange omkomne og tilskadedkomne soldater.

Kontrolgruppen inddrages for at kontrollere, om eventuelle tendenser skyldes generelle tendenser i samfundet, eller om det er særligt for de udsendte. Analysedesignet er således møntet på beskrivende analyser, idet kontrolgruppen ikke kan leve op til de stringente krav en kausalanalyse stiller, fordi de udsendte ikke er et tilfældigt udsnit af befolkningen. Fordelen ved dette design er dels, at det er meget transparent, og dels at det giver mulighed for at fortolke tendenser ud fra hypotesen om, at hvis de udsendte ikke er registreret med en psykiatrisk diagnose, ikke har købt medicin mod psykiske sygdomme og heller ikke har været i behandling for stofmisbrug før udsendelse, så kan ændringerne henføres til udsendelsen. Det betyder, at selvom vi ikke kan drage konklusioner omhandlende kausalitet i ordets mest stringente betydning, kan vi alligevel fortolke tendenser ud fra denne hypotese.

STATISTISKE TEST OG REGRESSIONER

I denne rapport anvender vi forskellige regressionsmetoder og statistiske test for at vurdere, om forskelle mellem de grupper, vi sammenligner, er signifikante eller blot kan tilskrives statistiske tilfældigheder.

Vi anvender χ^2 -test og t-test for numeriske variable. For samtlige test er angivet, om der er en statistisk signifikant forskel og i så fald på hvilket niveau, eller om der ikke er nogen statistisk signifikant forskel (n.s.). I en anmærkning angiver vi p-værdien, som er et udtryk for, hvor statistisk signifikant sammenhængen er. Signifikante parametre i regressionerne er angivet med *, ** eller *** i en anmærkning i tabellerne. Det vil sige, at *** betyder, at variable er signifikante på 1-procent-niveau, ** at de er signifikante på et 5-procent-niveau, og * at de er signifikante på et 10-procent-niveau. P-værdien (p) er et udtryk for, hvor statistisk signifikant sammenhængen er og siger noget om, hvor stor en usikkerhed vi accepterer. Er p-værdien $< 0,05$ (**) anses sammenhængen eller forskellen for at være tilstrækkelig sikker, så vi kan antage, at det ikke skyldes et tilfælde.

Vi laver logistisk regression, som viser sammenhængen mellem sandsynligheden for fx at købe medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse og socioøkonomiske, helbredsmæssige samt militære karakteristika. Den simple logistiske regressionsmodel beskriver, at udfaldsvariablen y repræsenterer sandsynligheden θ for, at en hændelse indtræffer, mens x repræsenterer forskellige baggrundskarakteristika. Sandsynligheden er ikke et lineært udtryk, der kan antage vilkårlige talværdier, men varierer mellem 0 og 1. Det er derfor nødvendigt at transformere sandsynlighederne ved hjælp af nedenstående model:

$$\log\left(\frac{\theta_i}{1-\theta_i}\right) = y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip}$$

Her betegner θ_i sandsynligheden for hændelsen for den i 'te observation. Ved den logistiske regression finder vi altså frem til sammenhængen mellem sandsynligheder for fx at få en psykiatrisk diagnose og socioøkonomiske baggrundsfaktorer som civilstand og uddannelsesniveau. I tabellerne viser vi odds ratio (OR), der angiver sandsynligheden for, at en hændelse finder sted sammenlignet med sandsynligheden for, at den ikke finder sted. OR skal tolkes således, at hvis værdien er 1, er der lige stor

sandsynlighed for, at hændelsen finder sted som for, at den ikke finder sted. Er OR derimod større eller mindre end 1, er der henholdsvis større eller mindre sandsynlighed for, at hændelsen finder sted for udsendte med de givne karakteristika.

OPSAMLING

I dette data- og metodekapitel har vi opridset de centrale definitioner og metoder, vi anvender gennem rapporten. Mere specifikke definitioner gennemgås i de relevante kapitler.

Metodetilgangen i kapitlerne i del I kan skitseres som følger:

- Først kortlægger vi de centrale sundhedsvariabler før og efter den første udsendelse for alle ca. 26.000 soldater, som har været udsendt i perioden 1992-2009.
- Dernæst undersøger vi ændringerne i soldaternes sundhedsprofil før og efter udsendelse.
- Til sidst sammenligner vi udviklingen i de centrale sundhedsvariabler blandt de udsendte med udviklingen i en sammenlignelig kontrolgruppe.

Dog undersøger vi ikke nødvendigvis alle trin i de forskellige kapitler. Til- eller frafaldet af de forskellige trin afhænger af, hvor meget de kan bidrage til analysen.

Ved at sammenligne de udsendte med en kontrolgruppe kan vi se, om der har været en generel stigning i antallet af diagnoser i en lignende del af befolkningen i samme periode og på den måde tage højde for strukturelle ændringer i samfundet. Da de udsendte ikke er et tilfældigt udsnit af befolkningen, kan vi med rimelighed antage, at deres køb af medicin mod psykiske sygdomme er lavere, end det er i befolkningen generelt. Vi udvælger derfor en kontrolgruppe bestående af mænd i årgangene 1975-1982, der er vurderet egnet på Forsvarets Dag. Mænd i kontrolgruppen, formoder vi, har et bedre helbred end jævnaldrende mænd i befolkningen, og derfor udgør de et mere solidt sammenligningsgrundlag for de udsendte, som har været igennem en fysisk og psykisk selektionsproces, inden de er blevet godkendt til udsendelse.

Analysedesignet er tilrettet rapportens formål: at kortlægge de tidligere udsendtes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse. Vi kan derfor ikke udtale os om kausale sammenhænge.

Analytiske variabler (udfaldsmål) i perioden 1995-2010:

- Psykiatriske diagnoser før og efter den første udsendelse (kapitel 4)
- Kontakter til det psykiatriske sundhedssystem før og efter den første udsendelse (kapitel 4)
- Køb af medicin mod psykisk sygdom før og efter den første udsendelse (kapitel 5)
- Misbrugsbehandling før og efter den første udsendelse (kapitel 5)
- Anmeldte arbejdsskader registreret hos Arbejdsskadestyrelsen (ASK) (kapitel 6)
- Arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK) (kapitel 6)

Analyseperioden:

- Vi fokuserer på perioden før og efter den første udsendelse

Populationer af udsendte:

- Alle soldater, der har været udsendt mellem 1992 og 2009. Vi kortlægger dem i perioden 1995-2010, som er de år, hvor data er tilgængelige. Undtagelserne er data om misbrug, der er tilgængelige fra 1996 og data om arbejdsulykker fra FAEK, i perioden 1997-2009. ASK data er tilgængelige fra 1992-2009 med undtagelse af erstatningssummer, som først er valide fra 1997, hvorfor dele af beskrivelsen af ASK kun dækker 1997-2009.
- Soldater født mellem 1975 og 1982 uanset udsendelsesår i en periode på 16 år (1995-2010).
- Soldater født mellem 1975 og 1982, der har været udsendt første gang i 2002.

Kontrolgruppe:

- De udsendte selv i før- og efteranalysen. Hypotesen er, at hvis de udsendte ikke har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, fået en psykiatrisk diagnose eller købt medicin mod psykiske sygdomme før udsendelse, så kan ændringerne henføres til udsendelsen.
- Mænd født mellem 1975 og 1982, der er vurderet egnet til værnepligt på Forsvarets Dag, men som ikke har været udsendt.

PSYKIATRISKE DIAGNOSER OG KONTAKTER TIL DET PSYKIATRISKE SUNDHEDSSYSTEM

I *Soldater før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie* (Lyk-Jensen m.fl., 2010) fandt vi, at metode og resultater i undersøgelser af veteraners psykiske sundhedstilstand oftest er baseret på selvevaluering. Det kan være problematisk, da det er baseret på erindring (Wessely m.fl., 2003), men også fordi der kan være andre problemer ved spørgeskemaundersøgelser såsom en manglende kontrolgruppe (Bache, 1998) eller frafald af respondenter. Rona m.fl. (2004) viser i deres undersøgelse, at militært personel med potentielt alvorlige psykiske sygdomme havde en lavere svarprocent end resten af den undersøgte population.

I *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl. 2012) fandt vi, at 17 pct. af respondenterne angiver, at de har fået varige psykiske mén af deres udsendelse (4 pct. større og 13 pct. mindre varige mén). Vi har nu mulighed for at undersøge, hvor udbredt registrerede psykiske mén efter hjemkomst er blandt de udsendte på baggrund af objektive passive observationer af individers valg og handlinger (registerdata). Det gør vi ved at inddrage forskellige faktorer, der indikerer psykiske mén. Konkret undersøger vi i dette kapitel, hvor mange veteraner der har fået registreret en psykiatrisk diagnose, samt hvor mange der har haft kontakt til det psykiatriske sundhedssystem. Det er vigtigt at understrege, at det kan tage lang tid, før en tidligere udsendt føler sig parat til at henvende sig med et psykisk problem, da det kan være forbundet med stor

overvindelse og for nogle føles stigmatiserende. Vores resultater skal derfor ses som et minimumsestimater af, hvor mange der oplever psykiske mén.

BOKS 4.1

Definition af psykiatriske diagnoser og kontakter

Psykiatriske kontakter

En psykiatrisk kontakt er en indlæggelse, et ambulant forløb på en psykiatrisk afdeling eller et besøg på en psykiatrisk skadestue. I afsnittet om psykiatriske kontakter defineres de forskellige typer kontakter nærmere.

Psykiatriske diagnoser

Ved hver psykiatrisk kontakt stilles en A-diagnose (aktionsdiagnose) og eventuelt flere supplerende B-diagnoser (bi-diagnoser). Hvis en person har flere kontakter til det psykiatriske sundhedssystem, vil vedkommende få stillet minimum én diagnose for hver kontakt. Diagnoserne kan være forskellige fra gang til gang, men det kan også være den samme diagnose, der stilles flere gange. Ændrer en psykiatrisk diagnose sig drastisk under et behandlingsforløb, afsluttes den pågældende kontakt, og en ny påbegyndes. I afsnittet om psykiatriske diagnoser vil vi ud-specificere, hvilke diagnoser vi ser på, samt hvordan vi hierarkiserer dem.

Kilde: Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Formålet med dette kapitel er således at undersøge udbredelsen af psykiatriske diagnoser og hyppigheden af psykiatriske kontakter blandt de tidligere udsendte soldater. Vi undersøger følgende:

Psykiatriske diagnoser

- Hvor udbredte er psykiatriske diagnoser blandt de udsendte i perioden 1995-2010 – før og efter udsendelse? Hvordan er udviklingen? Hvor mange har fået posttraumatisk belastningsreaktion, (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)?
- Hvilke sociodemografiske og militære karakteristika kendetegner de udsendte, der har fået registreret en psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010?
- Hvor udbredte er psykiatriske diagnoser blandt de udsendte sammenlignet med en kontrolgruppe?

Psykiatriske kontakter

- Hvor mange og hvilke typer kontakter har de udsendte til det psykiatriske sundhedssystem før og efter udsendelse? Hvordan er udviklingen?
- Hvor mange og hvilke typer kontakter har de udsendte til det psykiatriske sundhedssystem i perioden 1995-2010 sammenlignet med kontrolgruppen?

Når vi undersøger psykiske sygdomme blandt de udsendte, kan vi benytte os af, at alle sygehus- og sygesikringskontakter bliver registreret under et internationalt klassifikationssystem (WHO, 2007)²¹. Derfor bliver alle som kontakter sygehusvæsenet med en psykisk lidelse, som fx depression eller skizofreni, registreret med en diagnose. Det vil vi beskrive nærmere i dette kapitel.

PSYKIATRISKE DIAGNOSER

Vi undersøger forekomsten af psykiske lidelser blandt de personer, der er registreret i det psykiatriske centralregister (PSYK), eller som har været i kontakt med Krise- og Katastrofepsykiatrisk Center (KKC) (Militærpsykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet) og har fået en psykiatrisk diagnose.

Som tidligere nævnt (jf. kapitel 3) fokuserer vi på analyseperioden 1995-2010, idet de sundhedsregistre, vi anvender, er mest valide i denne periode.²² I løbet af perioden kan en person have flere kontakter til det psykiatriske sundhedssystem og derfor, som det fremgår af boks 4.1, få stillet flere diagnoser eller samme diagnose flere gange enten i løbet af perioden eller inden for et enkelt år i perioden. Derfor har vi valgt at inddele både hoved- og bi-diagnoser²³ i et diagnosehierarki, jf. boks 4.2.

21. WHO-ICD-10-kode har været implementeret i Danmark siden 1994.

22. For eksempel er diagnosekoderne i ICD-10 først registreret fra 1994, og lægemiddeldatabasen omfatter perioden fra 1995.

23. Diagnosens art afhænger af, hvad der var genstand for den aktuelle behandling. En patient vil fx have A-diagnosen F20.0 (paranoid skizofreni) og B-diagnosen F10.2 (alkoholafhængighedssyndrom), hvis det er skizofrenisygdommen, der er i fokus i behandlingen, eller A-diagnosen F10.2 og B-diagnosen F20.0, hvis det er alkoholmisbruget, som er i fokus.

BOKS 4.2

Diagnosekoder i ICD-10 (International Classification of Diseases).

Diagnosekoder

Diagnosekoderne i ICD-10 (International Classification of Diseases) indgår i et alfanumerisk hierarki i sundhedsvæsenets klassifikationssystem (SKS). En sygdoms plads i hierarkiet er bestemt af to forhold: ætiologi (årsag) og sværhedsgrad. Sygdomme med (kendt) organisk ætiologi er placeret øverst i hierarkiet (diagnosekoder 00-19). Eksempelvis har skizofreni diagnosekoden F20.0, hvor "F" referer til kapitlet psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser og 20.0 til sygdommens hierarkiske placering mellem yderpunkterne F00 (Alzheimers demens) og F99 (uspecificeret psykisk lidelse).

Andre diagnoser

I psykiatriregistret findes også Z-diagnoser. Disse diagnoser rummer administrative forhold fx personer, der er i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse. Men disse diagnoser kan også henvise til en dom til psykiatrisk behandling (Z04.61). Disse diagnoser kan ikke indplaceres i hierarkiet og tæller med under andre diagnoser, hvis de er registreret som personens eneste diagnose i perioden.

Hierarkiet af diagnoser med hensyn til sværhedsgrad ser sådan ud: F00-09>F20>F21-29>F30-39 ... >F90-99>F10-19, hvoraf de førstnævnte er de mest alvorlige. Vi har ligesom i Hageman m.fl. (2008) valgt at kategorisere *psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psychoaktive stoffer* (F10-19) nederst i hierarkiet, dvs. sekundært til de øvrige diagnoser. Hvis der kun er én diagnose, fx en misbrugsdiagnose, er dennes plads i hierarkiet givet ved diagnosens nummer.²⁴

I boks 4.3 præsenterer vi de forskellige diagnoser, vi undersøger i analysen af soldaternes psykiske tilstand efter en udsendelse, samt de grupperinger vi benytter. De er udvalgt, fordi det er diagnoser, der kan tænkes at opstå efter udsendelse.

24. Diagnosekoderne 20-69 er rangeret efter sygdommens sværhedsgrad. Diagnosekoderne 70-98 henviser til børne- og ungdomspsykiatriske diagnoser, mens 99 er en residualkategori.

BOKS 4.3

Psykiatriske diagnoser i fokus i undersøgelsen.

Vi har udvalgt nogle specifikke psykiske lidelser, som er relevante i forhold til at analysere soldaternes psykiske tilstand efter en udsendelse. Disse er følgende:

- Posttraumatisk hjernesyndrom (F07.2)¹
- Skizofreni (F20)
- Depressiv enkeltepisode (F32)
- Tilbagevendende depression (F33)
- Reaktion på svær belastning, tilpasningsreaktion (F43), herunder posttraumatisk belastningsreaktion (F43.1)
- Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse (F62.0)

I analysen bruger vi følgende kategorier:

- Organiske psykiske lidelser (F00-09)
- Organiske lidelser og misbrugslidelser (F10-19)
- Skizofreni (F20)
- Skizotypisk sindslidelse, psykose mv.(F21-29)
- Affektive sindslidelser (F30-39)
- Nervøse og stressrelaterede tilstande (F40-49)
- Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-59)
- Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen (F60-69)
- Andre diagnoser F-diagnoser
- Andre diagnoser såsom Z-diagnoser.

1. Irak-krigen har introduceret et nyt militærmedicinsk syndrom: Mild Traumatic Brain Injury (MTBI). Diagnosen er somatisk, men den er i realiteten identisk med den psykiatriske diagnose posttraumatisk hjernesyndrom (ICD-10: F07.2), tidligere kendt som postcommotionelt syndrom.

PSYKIATRISKE DIAGNOSER BLANDT DE UDSENDTE I PERIODEN 1995-2010

Vi indleder med at beskrive udbredelsen af psykiske lidelser blandt alle de udsendte. Her tager vi ikke højde for personer, der er døde samt ind- og udvandring i perioden, hvilket betyder, at det ikke nødvendigvis er de samme personer, vi følger før og efter udsendelse.

Tabel 4.1 viser, at blandt de ca. 26.000, som har været udsendt mellem 1992 og 2009, er der 1.410 udsendte, der er registreret i Det Psykiatriske Centralregister eller i Krise- og Katastrofepsykiatrisk Center (KKC) og har fået mindst én psykiatrisk diagnose i perioden 1995-

2010.²⁵ Hovedparten af de udsendte, der har fået en psykiatrisk diagnose, har fået den efter deres første udsendelse (1.108), mens 302 (254+48 jf. tabel 4.1) har fået en psykiatrisk diagnose før deres første udsendelse. Der kan være forskellige årsager til, at der er nogle, der har fået en psykiatrisk diagnose før deres første udsendelse. Det kan skyldes fejl i datoer, fejl i antal registrerede udsendelser²⁶, men det kan også skyldes, at oplysningerne ikke er blevet gjort tilgængelige for forsvaret under deres udvælgelsesproces.²⁷ Derudover kan det være en vurdering fra forsvarets side at vælge at udsende personen alligevel, ligesom vi så for kriminalitet i den tidligere rapport (*Soldater før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. Lyk-Jensen m.fl., 2012). Det kan også være, at den registrerede psykiske lidelse opstod i barndommen, og ikke nødvendigvis er kendt af forsvaret. I alt er der 108 udsendte, som har fået registreret en diagnose, inden de er fyldt 18 år.

TABEL 4.1

Udsendte med mindst én psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010. Særskilt for, hvornår diagnosen er registreret i forhold til den første udsendelse. Antal og procent.

	Antal	Procent
Psykiatrisk diagnose kun før udsendelse ¹	254	1,0
Psykiatrisk diagnose kun efter (inkl. udsendelsesår) udsendelse ²	1.108	4,3
Psykiatrisk diagnose både før og efter udsendelse ³	48	0,2
Uden psykiatrisk diagnose i alt	24.628	94,6
Antal udsendte i alt	26.038	100,0

Anm.: Blandt de flergangsendte er der 70 personer, som har fået en psykisk diagnose mellem udsendelser. I denne tabel findes de i perioden efter den første udsendelse. På grund af afrunding summerer tallene ikke til 100.

1. Heraf 96 personer, der optræder i det psykiatriske register, inden de fylder 18 år.

2. Heraf 19 personer i selve udsendelsesåret.

3. Heraf 12 personer, der optræder i det psykiatriske register, inden de fylder 18 år.

Kilde: SFT's datagrundlag.

I det følgende vil vi undersøge, hvilke typer diagnoser der optræder blandt de udsendte før og efter deres første udsendelse, samt hvornår diagnoserne er registreret.

25. Som tidligere nævnt har vi også tilføjet oplysninger fra KKC, jf. kapitel 3. Vi har oplysninger for 129 udsendte, og heraf er 38 personer udelukkende registreret i KKC og ikke i psykiatregisteret. Data fra KKC omfatter kun diagnose, ikke antal kontakter til det psykiatriske sundhedssystem.

26. Datagrundlaget er dog jf. rapporten *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011) blevet grundigt kvalitetstestet på forskellige parametre.

27. 15 personer er registreret med en diagnose i KKC før en udsendelse, der ifølge vores datagrundlag er den første.

Gennemsnitligt er de udsendte 32 år, når de registreres med en diagnose, og for hovedparten sker det efter udsendelse (se tabel 4.1).

Tabel 4.2 viser sociodemografiske oplysninger for soldater med og uden psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010, uanset hvornår de har været udsendt, mens tabel 4.3 viser deres militære oplysninger. Alle karakteristika er opgjort 1 år før den første udsendelse med undtagelse af alder, som er opgjort i udsendelsesåret. Oplysninger om, hvorvidt den udsendte har været såret eller repatrieret går frem til år 2009, og oplysninger om døde er opgjort med status per 31. december 2010. Missionserfaringer dækker hele udsendelsesperioden fra 1992 til 2009.

I tabel 4.2 undersøger vi de forskellige karakteristika enkeltvis. Resultaterne viser, at der er flere udsendte med en psykiatrisk diagnose blandt udsendte som på deres første udsendelse var 18-24 år, var kvinder, havde anden etnisk baggrund end dansk, var enlige, var uden børn og havde grundskole eller uoplyst som højest fuldførte uddannelse.

Derudover viser tabel 4.2, at psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010 desuden er mere udbredte blandt udsendte som har været anbragt som børn, er vokset op i en eneforsørgerfamilier og er døde i perioden.²⁹

Vi vil i de følgende afsnit, ved hjælp af en multipel logistisk regressionsanalyse, identificere de forskellige faktorer som kan øge sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse.

28. Både det psykiatriske centralregister og Krise- og Katastrofeopsykiatrisk Center (Militærpsykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center København, Righospitalet) (KKC).

29. Døde omfatter både dødsfald under og efter udsendelse.

TABEL 4.2

Udsendte opdelt efter sociodemografiske karakteristika 1 år før første udsendelse, særligt for udsendte med og uden psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010. Procent.

Kategorier	Udsendte mellem 1992-2009		
	Uden psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010	Med psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010	I alt
<i>Køn</i>			
Mand**	95	94	95
Kvinde**	5	6	5
I alt	100	100	100
<i>Aldersgrupper¹</i>			
18-24 år**	56	58	56
25-29 år	19	21	19
30-44 år	18	16	18
45 år og ældre***	7	5	7
I alt	100	100	100
<i>Etnicitet</i>			
Dansk*	98	97	98
Ikke dansk*	2	3	2
I alt	100	100	100
<i>Civilstand*</i>			
Ikke i et parforhold***	84	88	84
I et parforhold***	15	11	15
Uoplyst	1	1	1
I alt	100	100	100
<i>Hjemmeboende børn</i>			
Nej***	90	93	91
Ja***	10	7	9
I alt	100	100	100
<i>Uddannelse</i>			
Grundskole ***	44	59	45
Ungdomsuddannelse ***	21	14	20
Faglært**	20	17	20
Videregående uddannelse ***	14	8	13
Uoplyst**	1	2	1
I alt	100	100	100
<i>Øvrige variabler</i>			
Ledig året før den første udsendelse***	2	3	2
Anbragt som barn ² ***	4	11	4
Vokset op i eneforsørgerfamilie***	17	24	17
Død i perioden 1992-2010***	1	3	1
Antal personer i alt	24.628	1.410	26.038

Anm.: Antal personer i alt 26.036. 1.410 med en psykiatrisk diagnose. Chi²-test og Fisher Exact Test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

1. Alder er opgjort i selve udsendelsesåret.
2. Anbragt uden for hjemmet inden det 18. leveår.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Når vi undersøger forskelle i militærbaggrund i forhold til psykiatriske diagnoser (jf. tabel 4.3), finder vi, at der i perioden 1995-2010 er flere med en psykiatrisk diagnose blandt:

- udsendte med uoplyst personelgruppe (dvs. udsendte i perioden 1992-1996, da vi i de tidligste år mangler oplysninger om grad)
- udsendte på missionen UNPROFOR³⁰
- tidligere udsendte til Eksjugoslavien
- udsendte, som har været repatrieret mellem 2005 og 2009
- i mindre grad engangsudsendte (p -værdi $<0,1$).³¹

Der er færre med en psykiatrisk diagnose blandt:

- sergenter
- officerer
- udsendte på missionen KFOR og Andre missioner
- udsendte med missionserfaring kun fra Irak
- udsendte, der har været både i Eksjugoslavien og Afghanistan
- i mindre grad udsendte, som har missionserfaring fra både Irak, Eksjugoslavien og Afghanistan (p -værdi $<0,1$).

Blandt veteraner med en psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 findes lige så mange engangsudsendte som flergangsudsendte, og de fleste har været udsendt til Eksjugoslavien (tabel 4.3). Der er overlap mellem disse kategorier, og vi vil derfor kontrollere for forholdene i en logistisk regression senere i kapitlet (jf. tabel 4.8).

30. Missionerne UNCRO og UNPROFOR er samlet under et, jf. kapitel 2.

31. Blandt de repatrierede i perioden 2005-2009 har flest været udsendt på mission i Afghanistan og næstflest på mission i Irak.

TABEL 4.3

Udsendte opdelt efter militære karakteristika 1 år før deres første udsendelse, særligt for udsendte med og uden psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010. Procent.

Kategorier	Udsendte mellem 1992-2009		I alt
	Uden psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010	Med psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010	
<i>Personelgruppe</i>			
Konstabel	34	35	34
Sergent***	11	5	11
Officer***	8	3	8
Andet	2	2	2
Uoplyst ¹ ***	45	55	45
I alt	100	100	100
<i>Første mission</i>			
UNPROFOR***	24	33	25
IFOR	5	6	5
SFOR	17	16	17
KFOR***	23	19	23
ISAF	10	10	10
IRAK	8	7	8
Andre missioner***	12	8	12
I alt	100	100	100
<i>Missionserfaring i alt</i>			
Eksjugoslavien og Irak og Afghanistan*	3	2	3
Eksjugoslavien og Irak	6	6	6
Eksjugoslavien og Afghanistan**	6	4	6
Afghanistan og Irak	3	2	3
Eksjugoslavien***	58	65	58
Irak**	8	6	8
Afghanistan	11	11	11
Anden missionserfaring	5	4	5
I alt	100	100	100
<i>Antal udsendelser</i>			
Engangsudsendte*	48	50	48
Flergangsudsendte	52	50	52
I alt	100	100	100
<i>Øvrige variabler</i>			
Såret i perioden 1992-2009	0,4	0,5	0,4
Repatrieret i perioden 2005-2009***	1	3	1
Antal personer i alt	24.628	1.410	26.038

Anm.: Chi²-test og Fisher exact test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

1. Der er flere uoplyste i variablen personelgruppe mellem 1999 og 2004, da disse oplysninger ikke indgår i datagrundlaget for perioden 1992-1996 og er mangelfulde i perioden 1997-2001.

Kilde: SFI's datagrundlag.

DIAGNOSER FØR OG EFTER UDSENDELSE?

I tabel 4.4 optræder de udsendte med deres højest rangerede diagnose, jævnfør det tidligere nævnte hierarki (se boks 4.2). Vi fokuserer på den højest rangerede psykiatriske diagnose før og efter den første udsendelse, og derfor kan en person optræde to gange, dvs. en gang før og en gang efter udsendelse. Kessler m.fl. (2005) rapporterer i en amerikansk undersøgelse, at debutalderen for skizofreni og bipolar lidelse er den tidlige voksenalder. Derfor kan det forventes, at nogle af diagnoserne under alle omstændigheder ville opstå blandt de udsendte. Vi kan derfor ikke entydigt konkludere, hvorvidt diagnoserne skyldes udsendelse eller ej.

TABEL 4.4

Udsendte fordelt efter deres højest rangerede registrerede psykiatriske diagnose i perioden 1995-2010, særskilt for før og efter første udsendelse. Antal og procent.

Diagnoser	Før den første udsendelse		Efter den første udsendelse		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Organiske psykiske lidelser ¹ (F00-09)	2	1	21	2	23	2
Organiske lidelser og misbrugs-lidelser (F10-19)	17	6	57	5	74	5
Skizofreni (F20)	0	0	36	3	36	2
Skizotypiske sindstilnelser, Psykose mv. ² (F21-29)	11	4	44	4	55	4
Affektive lidelser (F30-39)	44	15	364	31	408	28
Nervøse og stressrelaterede tilstande ³ (F40-49)	117	39	472	41	589	40
Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-59)	13	4	34	3	47	3
Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen ⁴ . (F60-69)	18	6	48	4	66	5
Andre F- diagnoser	55	18	20	2	75	5
Andre diagnoser (Z-diagnoser)	25	8	60	5	85	6
I alt med diagnoser	302	100	1.156	100	1.458	100

Anm.: Antal personer i alt er større end populationen af 1.410 personer, idet de samme personer kan findes før og efter udsendelse.

1. Inkl. F07.2 posttraumatisk hjernesyndrom (MTBI). MTBI er en somatisk diagnose, men på symptomniveau svarer den til den psykiatriske diagnose posttraumatisk hjernesyndrom (F07.2), der tidligere blev kaldt postcommotionelt syndrom (commotio cerebri = hjernerystelse, engelsk concussion). Den somatiske diagnose for commotio cerebri er S06.3. Den diagnose dækker alene commotio som (akut) skade.

2. Inkl. F23 akutte og forbigående psykoser.

3. Inkl. F43.1 PTSD.

4. Inkl. F62.0 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse

Kilde: SFI's datagrundlag.

Tabel 4.4 viser, at før udsendelse udgør nervøse og stressrelaterede tilstande (39 pct.) samt andre F-diagnoser (18 pct.) hovedparten af de psy-

kiatriske diagnoser (i alt 57 pct.). Desuden er procentdelen af affektive lidelser, fx depression, inden udsendelse betragtelig (15 pct.).

Efter udsendelse er det stadig nervøse og stressrelaterede tilstande (41 pct.), men derudover også affektive lidelser (31 pct.), der udgør hovedparten af de psykiatriske diagnoser blandt udsendte (i alt 72 pct.).

HVOR MANGE HAR FÅET POST TRAUMATISK BELASTNINGSREAKTION?

Vi har desuden mulighed for at undersøge, hvor mange udsendte, der registreres med nogle specifikke psykiatriske diagnoser (jf. boks 4.3). Tabel 4.5 viser antal og procent af udsendte, som mindst én gang har fået en af de udvalgte psykiatriske diagnoser. Den samme udsendte kan godt optræde flere gange, hvis personen har fået flere forskellige diagnoser i analyseperioden, da diagnoserne i det følgende ikke er rangeret i det tidligere nævnte hierarki. De udsendte optræder dog kun én gang for en specifik diagnose.

TABEL 4.5

Udsendte, som har fået mindst én af de udvalgte psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010, ikke rangeret, fordelt efter udvalgte diagnoser, særskilt for før og efter første udsendelse. Antal og procent.

	Før den første udsendelse		Efter den første udsendelse		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Posttraumatisk hjernesyndrom (F07.2)	4	2	8	1	12	1
Skizofreni (F20)	1	1	35	3	36	3
Depressiv enkeltepisode (F32)	41	21	283	25	324	25
Tilbagevendende depression (F33)	15	8	128	11	143	11
Reaktion på svær belastning (F43) ¹	129	66	628	56	757	58
Personlighedsændring efter katastrofal oplevelse (F62)	3	2	20	2	23	2
Dom til behandling Z0461	2	1	16	1	18	1
Dom til anbringelse Z0462	0	0	2	0	2	0
I alt	195	100	1.120	100	1.315	100

1. Inklusive F43.1 PTSD.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) er en særlig psykiatrisk diagnose eller mere præcist et syndrom, som er defineret ved tilstedeværelsen af en række symptomer. Tabel 4.5 viser, at "Reaktion på svær belastning", dvs. PTSD, udgør 66 pct. af de udsendtes diagnoser før udsendelse og 56 pct. efter udsendelse. Det høje tal før udsendelse kan skyldes tidligere

udsendelser, som ikke er blevet registreret, men det kan også skyldes andre hændelser i de udsendes liv såsom pludselige dødsfald eller ulykker.

Sundhedsstyrelsen (2010) skønner, at prævalensen af PTSD blandt veteraner er på 5-10 pct. svarende til ca. 1.300-2.600 personer i alt.³² Sundhedsstyrelsen forventer, at der derudover vil være veteraner med en ikke behandlingskrævende mild grad af PTSD.

Derudover skønner Militærpsykologisk Afdeling (MPA) i undersøgelsen af udsendte på hold 7 til Afghanistan i 2009 (en del af det såkaldte USPER PSYK-projekt), at godt 5 pct. af de udsendte har symptomer på PTSD³³ efter udsendelse. Der er dog et stort frafald i undersøgelsen, da 50 pct. af de udsendte på hold 7 ikke har besvaret spørgeskemaet (Thomsen m.fl., 2010).

Som det ses af tabel 4.5 finder vi, at 2,4 pct. blandt alle veteraner udsendt mellem 1992 og 2009 har været registreret med diagnosen PTSD efter udsendelse (628 personer). MPA viser i sine undersøgelser af psykiske efterreaktioner seks måneder efter udsendelse, at et stigende antal veteraner er i risikogruppen for at udvikle PTSD (Forsvarsministeriet, 2010, bilag 3).³⁴

MPA viser desuden, at der fra 1996 til medio september 2008 blev oprettet 2.952 nye journaler for soldater eller pårørende, som kom i psykologbehandling.³⁵ I 2003 blev der oprettet 133 nye journaler, mens der i 2007 blev oprettet 654. Samtidig har der siden 2008 været en stigning i antallet af repatrierede og sårede (jf. Forsvarsministeriet, 2010 & Lyk-Jensen m.fl., 2011).

Vi finder, at der er en overrepræsentation, som udvikler efterreaktioner efter en udsendelse, blandt personer, der bliver repatrieret under udsendelse. Tallene for repatrieringer er kun opgjort i 2005-2009, og her tyder det på, at antallet af repatrierede soldater er i stigning³⁶. Eftersom der oftest går en årrække fra hjemkomst til en psykiatrisk lidelse registreres, er det sandsynligt, at der i fremtiden vil ske en stigning i antallet af

32. Beregnet på baggrund af de ca. 26.000 udsendte i perioden 1992-2009.

33. PTSD-symptomerne er målt ud fra en valideret skala fra 17-85. IMP har sat 44 som grænseværdi, hvilket er lavere end den normalt anvendte grænseværdi på 50. Hvis en person scorer over denne værdi, vil personen med stor sandsynlighed kunne diagnosticeres med PTSD af en psykiater.

34. Der er stor variation over tid og fra hold til hold med hensyn til, hvor mange der bliver placeret i risikogruppen: fra knap 4 pct. til knap 17 pct. af dem, der har svaret.

35. En oprettet journal kan vedrøre en soldat eller en pårørende, der har alt fra enkelte samtaler til længerevarende samtaleforløb.

36. I rapporten *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011) fandt vi, at de hyppigste årsager til at repatriere soldater er sociale årsager – egne eller familiens – samt egen sygdom.

tidligere udsendte, der er blevet repatrieret, som registreres med en psykiatrisk diagnose.

Vi kan forvente, at et antal veteraner med missionsrelaterede psykiske lidelser sandsynligvis er kendt i det primære sundhedsvæsen eller det sociale system uden at være henvist til psykiatrisk behandling eller til de mere specialiserede behandlingstilbud. Derfor forventer vi, at antallet af veteraner med et psykiatrisk behandlingsbehov er større end det antal, der er registreret i psykiatriregistret og i KKC. Det er desuden sandsynligt, at der er et antal personer, der ikke er kendt i det behandlingsmæssige eller sociale system, som enten ikke ønsker kontakt til sygehusvæsenet eller forsvarets tilbud, eller som alene er i kontakt med egen praktiserende læge.

Det vil sige, at antallet af udsendte med en registreret psykiatrisk diagnose er et minimumsestimater på udbredelsen af psykiske mén.

HVORNÅR BLIVER DIAGNOSERNE REGISTRERET?

Vi undersøger, hvor lang tid der går fra henholdsvis den første og den seneste udsendelse til diagnoserne registreres. For engangsudsendte er første og seneste udsendelse i sagens natur den samme.

Tabel 4.6 viser, at i perioden 1995-2010 er der 5 pct. udsendte med psykiatriske diagnoser (1.410/26.038). Af disse er der ca. 22 pct. af de flergangsudsendte, som har fået en diagnose inden deres første udsendelse, mens det gælder ca. 20 pct. af de engangsudsendte. Det er lidt overraskende, da man kunne forvente, at de flergangsudsendte bliver visiteret oftere, hvis forsvaret vælger at udsende dem igen. På den anden side kan det være, at de ikke får problemer efter udsendelse, selvom de er blevet registreret med en diagnose inden. 6 pct. af de flergangsudsendte med en psykiatrisk diagnose bliver registreret 0 til 1 år efter deres første udsendelse, hvilket tyder på, at de får registreret en diagnose mellem udsendelser. Tabellen viser desuden, at 35 pct. af de udsendte med en psykiatrisk diagnose får registreret diagnosen fra 0 til 5 år efter første udsendelse.

TABEL 4.6

Udsendte fordelt efter antal år mellem den første udsendelse til en psykiatrisk diagnose registreres i perioden 1995-2010, særskilt for engangs- og flergangsendte. Antal og procent.

Antal år mellem første udsendelse og første psykiatrisk diagnose	Engangsendte		Flergangsendte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mere end 10 år før	14	2	17	2	31	2
Fra 10 til 9 år før	22	3	19	3	41	3
Fra 8 til 7 år før	16	2	24	3	40	3
Fra 6 til 5 år før	26	4	23	3	49	3
Fra 4 til 3 år før	28	4	39	6	67	5
Fra 2 til 1 år før	36	5	38	5	74	5
Fra 0 til 1 år efter	74	10	44	6	118	8
Fra 2 til 3 år efter	105	15	86	12	191	14
Fra 4 til 5 år efter	97	14	84	12	181	13
Fra 6 til 7 år efter	71	10	70	10	141	10
Fra 8 til 9 år efter	61	9	55	8	116	8
Over 9 år efter	161	23	200	29	361	26
I alt	711	100	699	100	1.410	100

Anm.: Summerer ikke til 100 på grund af afrunding. Medianen for alle er 4 år efter. Medianen for engangsendte er 4 år, og for flergangsendte er den 5 år.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Tabel 4.7 viser, hvor mange år der går fra seneste udsendelse, til første diagnose stilles. 34 pct. af alle udsendte med en psykiatrisk diagnose bliver først registreret med diagnosen 6 år eller mere efter deres seneste udsendelse. Det kan indikere, at der kan være nogle langsigtede konsekvenser af udsendelse, som det er vigtigt at være opmærksom på.

TABEL 4.7

Udsendte fordelt efter antal år mellem seneste udsendelse til en psykiatrisk diagnose stilles i perioden 1995-2010, særskilt for engangs- og flergangsendte. Antal og procent.

Antal år mellem seneste udsendelse og diagnose	Engangsendte		Flergangsendte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mere end 10 år før	14	2	36	5	50	4
Fra 10 til 9 år før	22	3	23	3	45	3
Fra 8 til 7 år før	16	2	37	5	53	4
Fra 6 til 5 år før	26	4	36	5	62	4
Fra 4 til 3 år før	28	4	46	7	74	5
Fra 2 til 1 år før	36	5	63	9	99	7
Fra 0 til 1 år efter	74	10	97	14	171	12
Fra 2 til 3 år efter	105	15	111	16	216	15
Fra 4 til 5 år efter	97	14	70	10	167	12
Fra 6 til 7 år efter	71	10	78	11	149	11
Fra 8 til 9 år efter	61	9	39	6	100	7
Over 9 år efter	161	23	63	9	224	16
I alt	711	100	699	100	1.410	100

Anm.: Summerer ikke til 100 på grund af afrunding. Medianen for alle er 3 år efter. Medianen for engangsendte er 4 år, og for flergangsendte er den 2 år.

Kilde: SFI's datagrundlag.

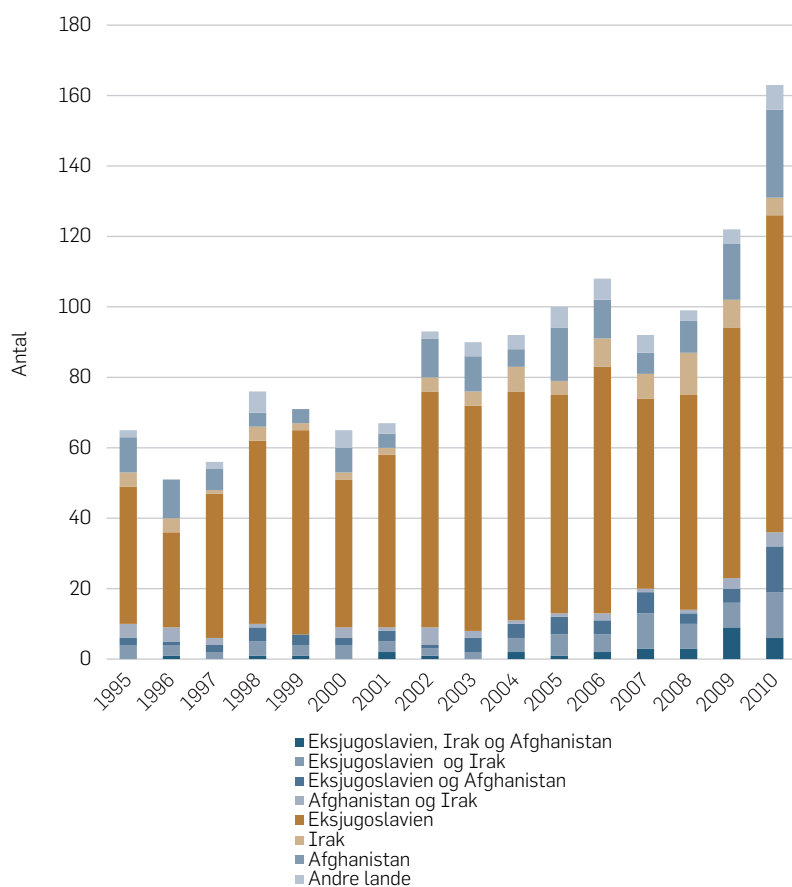
HVOR HAR SOLDATER MED PSYKIATRISKE DIAGNOSER VÆRET PÅ MISSION?

Figur 4.1 viser antallet af udsendte med mindst én psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 opdelt efter deres missionserfaring. Diagnoser før og efter udsendelse er vist samlet. Soldaterne optræder kun det første år, de bliver registreret med en psykiatrisk diagnose. Figur 4.1 viser, at antallet af soldater, der registreres med en psykiatrisk diagnose første gang, siden 1995 er steget fra ca. 60 til over 160 om året, dvs. der er sket mere end en fordobling.

Når vi undersøger det samlede antal udsendte med en psykiatrisk diagnose for hvert år i perioden 1995-2010, finder vi, at der i 1995 er ca. 0,89 pct. af dem, der har været udsendt i perioden 1992-2005, som har fået en psykiatrisk diagnose (65/7.335), mens det i 2010 er 1,5 pct. af de udsendte mellem 1992 og 2009 (389/26.038). Det betyder, at der er sket en stigning i antallet af udsendte med en psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010, og at stigningen ikke skyldes, at der er flere der har været udsendt i perioden.

FIGUR 4.1

Udsendte med mindst én psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 opdelt efter, hvilket år de første gang registreres i det psykiatriske system. Særskilt for missionserfaring. Antal.



Anm.: 1.410 udsendte med psykiatrisk diagnose i alt i perioden 1995-2010.
 Kilde: SFI's datagrundlag.

Figur 4.1 viser også, at der sker en markant stigning i antallet af udsendte, der registreres med en psykiatrisk diagnose fra 2009 til 2010, samt at soldater udsendt på missioner i Eksjugoslavien udgør den største andel af soldater med psykiske lidelser – selv i de senere år. Antallet af udsendte med erfaring fra de øvrige missioner begynder dog at stige i løbet af perioden – især antallet af personer, der har været udsendt til Afghanistan og Irak. Det kunne betyde, at deres diagnoser bliver registreret hurtigere

end tidligere, muligvis på grund af et øget fokus på psykiske eftervirkninger af udsendelse.

Den største andel af udsendelser mellem 1992 og 2009 har været på missioner i Eksjugoslavien. Tabel 4.3 viser, at 58 pct. af de udsendte udelukkende har været på mission i Eksjugoslavien, og disse udgør 65 pct. af udsendte med en psykiatrisk diagnose. Når vi undersøger udsendte med eller uden en psykiatrisk diagnose opdelt efter første udsendelsesår finder vi også, at det især er udsendte fra begyndelsen af 1990'erne, som har fået registreret en psykiatrisk diagnose (ikke vist).

Vi vil i de følgende afsnit, ved hjælp af en multipel logistisk regressionsanalyse, undersøge risikofaktorer blandt udsendte for at få registreret en psykiatrisk diagnose efter udsendelse.

HVEM FÅR EN PSYKIATRISK DIAGNOSE EFTER UDSENDELSE?

Tabel 4.1 viser, at de udsendte, som forventet, hyppigst bliver registreret med psykiatriske diagnoser i perioden efter udsendelse. Derudover registreres diagnoserne typisk først 3 år (median) efter den seneste udsendelse. Der er en klar stigning fra før til efter i antallet af diagnoser, når vi sammenligner før og efter den første udsendelse. I dette afsnit undersøger vi, hvem blandt de udsendte der har større sandsynlighed for at blive registreret med en diagnose i perioden 1995-2010.

For at undersøge de udsendtes sandsynlighed for at blive registreret med en psykiatrisk diagnose efter deres første udsendelse, ser vi nærmere på psykiatriske diagnoser i 1995-2010 blandt de 22.944 udsendte, som ikke er døde eller ind- eller udvandret. I alt er der 303 døde, hvilket svarer til ca. 1 pct.³⁷ af de udsendte i perioden, og der er 2.791 personer, der ind- eller udvandrer, hvilket svarer til ca. 11 pct. af de udsendte i perioden³⁸.

Tabel 4.10 viser resultaterne for en regressionsmodel, der forklarer sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose efter den første udsendelse. Modellen tager højde for forskellige baggrundskarakteristika.³⁹

37. Vi analyserer de døde særskilt i kapitel 7.

38. Vandringer (samlet ind- og udvandring) for mænd i Danmark, fordelt på aldersgrupper i perioden 1995-2009, ligger ifølge Danmarks Statistiks tal højest for de 18-24-årige med ca. 6 pct. Det ser ud til, at de udsendte generelt ind- og udvandrer mere end mænd i befolkningen. Det kan også skyldes deres arbejdsvilkår.

39. De udfald, vi udelader i regressionen, og som bliver reference (ref.), er alder (ref. 25-44 år), køn (ref. mand), civilstand (ref. enlig), etnisk baggrund (ref. anden etnisk baggrund), uddannelse (ref. mellemuddannelse dvs. ungdomsuddannelse og faglært), anbragt (ref. ikke anbragt i barndommen) og vokset op i eneforsørgerhjem (ref. ikke opvokset i eneforsørgerhjem). Vi bruger perso-

Vi har dels estimeret modellen uden variabelen psykiatrisk diagnose før og dels for de udsendte uden psykiatrisk diagnose. Resultaterne viser, at der ikke er interaktion mellem psykiatrisk diagnose før og de andre forklarende variable. Derfor præsenterer vi resultaterne for modellen med variabelen psykiatrisk diagnose før. Vi angiver odds ratio'er samt signifikansniveau (jf. kap. 3).

Størrelse af odds ratio angiver, om de forhold, variablene beskriver, er med til at mindske (odds ratio <1) eller at øge (odds ratio >1) sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse.

Analysen bidrager til at identificere risikofaktorer for at få registreret en psykiatrisk diagnose efter udsendelse og kan besvare følgende spørgsmål:

- Er der en sammenhæng mellem antallet af udsendelser og psykiske problemer?
- Har alder ved første udsendelse en betydning for udviklingen af psykiske lidelser?
- Er der forskelle mellem kønnene?

Tabel 4.3 viser, at når vi undersøger sammenhængen særskilt for engangs- og flergangsudsendte, så har engangsudsendte større risiko for at få en psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 (p -værdi $< 0,1$), uanset om de fik en psykiatrisk diagnose før eller efter udsendelse. Ved hjælp af logistisk regression kan vi kontrollere for forskellige baggrundsoplysninger og undersøge, om antallet af udsendelser stadig øger risikoen for at få en psykiatrisk diagnose. Derudover kan vi undersøge, om det at være udsendt for første gang i en alder af 18-24 år øger risikoen, samt om kvinder og mænd har forskellige risici for at få en psykiatrisk diagnose efter en udsendelse.

Tabel 4.8 angiver resultaterne af regressionsanalysen, der viser sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose efter den første udsendelse.

nens familiestatus som 17-årig til at definere, om personen er vokset op i en eneforsørgerfamilie, har hjemmeboende børn (ref. har ikke hjemmeboende børn), ledig 1 år før udsendelse (ref. ikke-ledig), om man har været udsendt udelukkende én gang (ref. flergangsudsendte), udsendelsesår (ref. udsendte efter 2010), første mission (ref. andre missioner) og personelgrupper (ref. konstabel).

Resultaterne viser, at der ikke er nogen sammenhæng mellem antal udsendelser, køn eller at være udsendt første gang i alderen 18-24 år og risikoen for at få registreret en psykiatrisk diagnose efter udsendelse. Faktisk viser det sig, at både de, der er yngre (18-24 år) og ældre (45 år og ældre) ved første udsendelse har en mindre risiko for at blive registreret med en psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 i forhold til aldersgruppen 25-44 år (referencegruppen). Når vi kontrollerer for forskellige baggrundsfaktorer, finder vi ikke, at engangsudsendte har en øget risiko for at blive registreret med en psykiatrisk diagnose. Det viser sig, at variabelen engangsudsendt er relativt stærkt korreleret med variablerne, der beskriver at have været udsendt i starten af 1990'erne. Det kan forklare, hvorfor engangsudsendt ikke er signifikant i regressionen, når vi tager højde for tidsdimensionen.

Kessler m.fl. (2005) finder, at kort uddannelse i den amerikanske befolkning er en risikofaktor i forbindelse med at udvikle misbrugslidelser. Vores analyse viser, at kort uddannelse (målt ved første udsendelse) medfører en øget risiko for de udsendte for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse (odds ratio = 1,6). Derudover finder Kessler m.fl. (2005), at der er forskelle mellem kønnene i forhold til forekomsten af udvalgte psykiske lidelser. For eksempel har mænd større risiko for misbrugslidelser, mens kvinder har større risiko for at udvikle angst.

TABEL 4.8

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at blive registreret med en psykiatrisk diagnose efter udsendelse.

Afhængig variabel: psykiatrisk diagnose efter den første udsendelse ja/nej	Sandsynlighed for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse	
	Odds ratio	Standardfejl
Psykiatrisk diagnose før første udsendelse	5,245 ***	1,068
Ikke-enlig	1,172	0,174
Kvinde	1,198	0,191
Etnisk dansk	0,597 **	0,137
18-24 år	0,740 ***	0,060
45 år og ældre	0,654 **	0,133
Uddannelse (kort)	1,577 ***	0,120
Uddannelse (lang)	0,664 **	0,109
Med hjemmeboende børn	0,940	0,129
Anbragt som barn	1,959 ***	0,223
Vokset op i eneforsørgersfamilie	1,314 ***	0,106
Ledig 1 år før første udsendelse	1,766 ***	0,320
Engangsudsendte	1,045	0,077
Såret under udsendelse ¹	1,004	0,488
Repatrieret fra udsendelse ²	3,493 ***	0,786
Sergent	0,589 ***	0,101
Officer	0,480 ***	0,132
Andet personel	1,478	0,446
Uoplyst grad	1,180	0,145
<i>Første mission</i>		
UNPROFOR	1,549 ***	0,231
IFOR	1,398 *	0,258
SFOR	1,256	0,188
KFOR	0,953	0,153
ISAF	1,189	0,243
IRAK	1,088	0,222
<i>Antal år siden seneste udsendelse</i>		
1 til 2 år siden seneste udsendelse (dvs. seneste udsendelse mellem 2008-2009)	0,646 ***	0,092
6-10 år siden seneste udsendelse (dvs. seneste udsendelse mellem 2000-2004)	1,774 ***	0,213
Mere end 10 år siden seneste udsendelse (dvs. seneste udsendelse mellem 1992-1999)	1,723 ***	0,237
Konstant	0,034 ***	0,010
Antal observationer		22.944
Log-likelihood		-3785,82

Anm.: *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Robust standardfejl.

1. Såret i perioden 1992-1999.
2. Repatrieret i perioden 2005-2009.

Kilde: SFI's datagrundlag.

I dansk kontekst viser MPA's opfølgingsundersøgelser, foretaget blandt militært personel, hyppigere forekomst af psykiske belastninger hos kvinder end hos mænd, hvilket er på linje med undersøgelser af den generelle befolkning. Dog kan man forvente, at de kvinder, der melder sig til internationale militære missioner, adskiller sig fra den generelle be-

folkning, men desværre har vi ikke en sammenlignelig kontrolgruppe for de kvindelige udsendte. Vores resultater tyder ikke på, at kvinder har større risiko for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse, men det kan være, at de har større risiko for at købe medicin mod psykiske sygdomme end mandlige udsendte. Det vil vi undersøge i det efterfølgende kapitel. Resultaterne for militær grad er ikke lige til at tolke, idet oplysningerne mangler for ca. 45 pct. af de udsendte. Vi har primært grad for udsendte mellem 2001 og 2009. Tabel 4.8 viser, at både sergenter og officerer har mindre risiko for at få en psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 end konstabler.

For de danske udsendte er den største risikofaktor i forbindelse med at få en psykiatrisk diagnose at have en tidligere psykiatrisk diagnose (odds ratio = 5,2) samt at have været repatrieret (odds ratio = 3,5). Det er vigtigt at understrege, at repatriering gælder udsendte i perioden 2005-2009, og derfor ikke kan henføres til missioner i Eksjugoslavien i begyndelse af 1990'erne. De fleste repatrierede i denne periode har været på mission i Afghanistan, mens næstflest har været i Irak.

Alt i alt viser resultaterne, at sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse er højere, hvis den udsendte:

- Havde en psykiatrisk diagnose inden udsendelse (ref. ingen diagnose før)
- Har anden etnisk baggrund end dansk (ref. anden etnisk baggrund)
- Var mellem 25-44 år ved første udsendelse (ref. 25-44 år)
- Har en kort uddannelse (ref. mellem uddannelse)
- Er blevet repatrieret under udsendelse (ref. ikke-repatrieret)
- Har været anbragt uden for hjemmet i barndommen (ref. ikke anbragt)
- Er opvokset i en eneforsørgerfamilie (ref. ikke opvokset i en eneforsørgerfamilie)
- Var ledig året inden den første udsendelse (ref. var ikke ledig)
- Har været senest udsendt for mere end 6 år siden (ref. for 3 til 5 år siden)

- Har været udsendt først gang på missionen UNPROFOR og i mindre grad IFOR (p-værdi <0,1) (ref. andre missioner).⁴⁰

SAMMENLIGNING AF UDSENDTE OG KONTROLGRUPPEN

Vi undersøger i dette afsnit, om udviklingen i psykiatriske diagnoser blandt de udsendte afviger fra udviklingen blandt personer i kontrolgruppen. På den måde kan vi sikre os, at ændringer i de udsendtes psykiske sygdomsmønster ikke skyldes generelle ændringer i samfundet. Derudover kan sammenligningen give en idé om forekomsten af psykiske lidelser blandt de udsendte i forhold til en sammenlignelig gruppe.

Vi sammenligner nogle udvalgte fødselsårsgange blandt de udsendte (uanset hvilket år de har været udsendt) med samme årgange i kontrolgruppen i perioden 1995-2010 (jf. kapitel 3). Vi har valgt at sammenligne fødselsårsgangene 1975-1982 (8 årgange i alt), da vi har mange personer både blandt udsendte og i kontrolgruppen fra disse årgange. Data om de udsendte omhandler de ca. 26.000 tidligere udsendte i perioden 1992-2009 som defineret i rapporten *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011). Data om kontrolgruppen stammer fra de ca. 300.000 personer, der blev vurderet egnet på Forsvarets Dag i perioden 1994-2010. Vi har valgt kun at se på mænd, da der optræder ganske få kvinder i data fra Forsvarets Dag. Vi har i alt 104.790 personer i kontrolgruppen. I *Soldater før og under udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) har vi sammenlignet de udsendte med en lignende kontrolgruppe⁴¹ i forhold til kriminalitet og økonomiske forhold, og vi finder, at de udsendte i gennemsnit var mindre kriminelle og havde mindre gæld end kontrolgruppen.

Vi observerer udsendte og kontrolgruppen i perioden 1995-2010, og ekskluderer personer, der er ind- eller udvandret eller er døde i analyseperioden. I vores sammenligningsanalyse har vi 6.778 udsendte (26 pct. af alle udsendte i perioden 1992-2009) og 104.790 i kontrolgruppen (ca. 35 pct. af alle personer, der optræder i data fra Forsvarets Dag i perioden

40. Ved hjælp af multipel logistisk regression har vi estimeret, hvordan missionserfaring påvirker sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose. Det viser sig, at missionserfaring ikke er signifikant, og vi har derfor i stedet brugt første mission i regressionen.

41. Kontrolgruppen i *Soldater før og under udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) indeholdt også delvist egnet. Da vi i denne undersøgelse har fokus på sundhed, har vi valgt udelukkende at undersøge dem, der er vurderet egnet til militærtjeneste på Forsvarets Dag. Vi har dog også foretaget analyserne med kontrolgruppen inkl. de begrænset egnet, og det ændrer ikke på konklusionerne.

1994-2010). De udsendte i analysen fordeler sig således, at 2.915 er en-gangsudsendte, og 3.863 er flergangsudsendte.

I 2002 er de udsendte i gennemsnit 23,8 år, mens kontrolgruppen i gennemsnit er 23,6 år (medianalderen for udsendte og kontrolgruppen er henholdsvis 24 og 23 år) jf. tabel 4.9.

Tabel 4.9 viser, at der findes forskelle mellem de to grupper i forhold til årgang, etnicitet⁴², om de har været anbragt som barn, samt om de er opvokset i eneforsørgerfamilie. Hvis disse karakteristika påvirker sandsynligheden for at få en psykisk sygdom, så kunne det betyde, at de udsendte har større sandsynlighed for at få registreret psykiatriske diagnoser end kontrolgruppen i hele perioden. Alligevel er sammenligningsgrundlaget bedre end jævnaldrende mænd i befolkningen, for hvem vi ikke nødvendigvis har adgang til disse baggrundsoplysninger.

TABEL 4.9

Udsendte og kontrolgruppen født i 1975-1982 opdelt efter årgange og sociodemografiske karakteristika. Antal og procent.

	Udsendte		Kontrolgruppen	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Årgang = 1975***	1.087	16	8.558	8
Årgang = 1976	949	14	13.778	13
Årgang = 1977**	879	13	14.635	14
Årgang = 1978***	841	12	14.725	14
Årgang = 1979***	812	12	14.304	14
Årgang = 1980***	775	11	13.790	13
Årgang = 1981***	711	10	12.592	12
Årgang = 1982**	724	11	12.408	12
Årgang i alt	6.778	100	104.790	100
Ikke dansk***	110	2	3.555	3
Anbragt som barn***	343	5	4.135	4
Vokset op i eneforsørgerfamilie***	204	21	18.256	17
		Udsendte		Kontrolgruppen
Median alder i 2002***		24 år		23 år
Gennemsnitsalder i 2002***		23,8 år		23,6 år

Anm.: Chi² test og t test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Kilde: SFI's datagrundlag.

42: Der er flere etniske danske blandt de udsendte.

Tabel 4.10 viser missionserfaring for de 6.778 udsendte fra fødselsårgangene 1975-1982. Deres missionserfaring er meget lig erfaringen blandt alle udsendte jf. tabel 4.3, der viser, at flest har været udsendt til Eksjugoslavien.

TABEL 4.10

Udsendte født i 1975-1982 fordelt efter missionserfaring, særsilt for antal udsendelser. Antal og procent.

	Engangsudsendte		Flergangsudsendte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan	0	0	299	8	299	4
Eksjugoslavien og Irak	0	0	593	15	593	9
Eksjugoslavien og Afghanistan	0	0	399	10	399	6
Afghanistan og Irak	0	0	197	5	197	3
Eksjugoslavien	2.163	74	1.709	44	3.872	57
Irak	351	12	188	5	539	8
Afghanistan	226	8	330	9	556	8
Andre lande	175	6	148	4	323	5
I alt	2.915	100	3.863	100	6.778	100

Kilde: SFI's datagrundlag.

DIAGNOSER BLANDT UDSENDTE SAMMENLIGNET MED KONTROLGRUPPEN

Tabel 4.11 viser, at udbredelsen af psykiatiske diagnoser blandt de udsendte generelt er mindre end i kontrolgruppen. De to grupper adskiller sig i forhold til misbrugslidelser (F10-19), skizofreni (F20) og specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen (F60-69). Forekomsten af de resterende udvalgte psykiatiske diagnoser ligger på samme niveau.

TABEL 4.11

Udsendte og kontrolgruppen født i 1975-1982 fordelt efter psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010. Antal og promille.

Diagnoser	Kontrolgruppen		Udsendte		I alt	
	Antal	Promille	Antal	Promille	Antal	Promille
Organiske psykiske lidelser ¹ (F00-09) ¹	77	1	4	1	81	1
Organiske lidelser og misbrugs- lidelser (F10-19)**	511	5	19	3	530	5
Skizofreni (F20)***	647	6	10	1	657	6
Skizotypiske sindslidelser, psy- kose mv. ² (F21-29)	415	4	23	3	438	4
Affektive lidelser (F30-39)	1.442	14	80	12	1.522	14
Nervøse og stressrelaterede tilstande ³ (F40-49)	2.046	20	143	21	2.189	20
Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-59)	136	1	10	1	146	1
Specifikke forstyrrelser af per- sonlighedsstrukturen ⁴ (F60- 69)**	480	5	19	3	499	4
Andre F-diagnoser	280	3	16	2	296	3
Andre diagnoser (Z-diagnoser)	384	4	22	3	406	4
I alt med diagnoser***	6.418	61	346	51	6.764	61
I alt med og uden diagnose	104.790	1.000	6.778	1.000	111.568	1.000

Anm.: Antal personer i alt er større end populationen af 1.410, idet den samme person kan findes før og efter udsendelse. Chi²-test og Fisher Exact Test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

1. Inkl. F07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom (MTBI). MTBI er en somatisk diagnose, men på symptomniveau svarer den til den psykiatriske diagnose posttraumatisk hjernesyndrom (F07.2), der tidligere blev kaldt postcommotionelt syndrom (commotio cerebri = hjernerytelse, engelsk concussion). Den somatiske diagnose for commotio cerebri er S06.3. Den diagnose dækker alene commotio som (akut) skade.
2. Inkl. F23 akutte og forbigående psykoser.
3. Inkl. F43.1 PTSD.
4. Inkl. F62.0 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

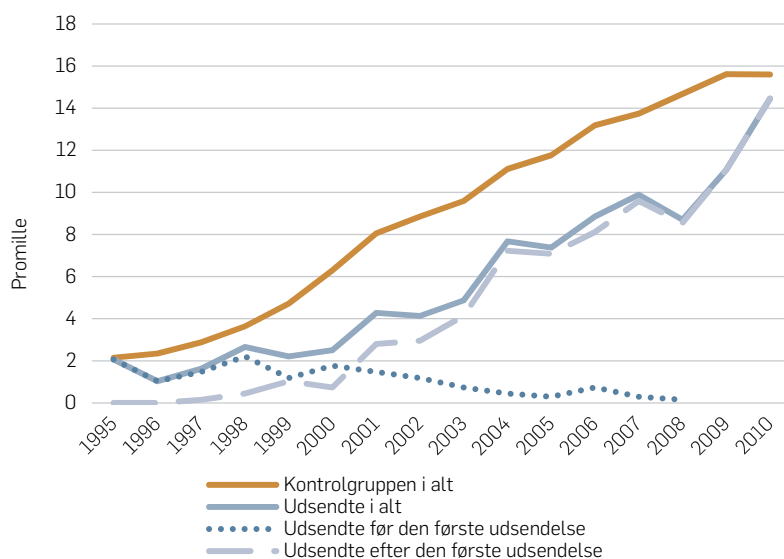
Kilde: SFI's datagrundlag.

Figur 4.2 viser antallet af psykiatriske diagnoser per tusind personer i de to grupper. Selvom kontrolgruppen ligger højere end de udsendte, kan vi i slutningen af perioden (fra 2008) se, at promillen med en psykiatrisk diagnose blandt udsendte stiger mere end i kontrolgruppen. Figur 4.2 illustrerer udbredelsen af psykiske sygdomme blandt de udsendte før og efter den første udsendelse særskilt. Inden udsendelse ligger kurven meget lavt, idet soldaterne er yngre (årgang 1982 er fx kun 13 år i 1995). Derudover afspejler kurven for de udsendte perioden inden udsendelse og dermed forsvarets udvælgelsesproces, som er med til at selekttere soldaterne bl.a. på baggrund af deres psykiske tilstand. Kurven før udsendelse viser, at udvælgelsesprocessen inden udsendelse er blevet mere og mere restriktiv i løbet af perioden. Figur 4.2 viser, at forekomsten af psy-

kiske sygdomme for begge grupper – de udsendte og kontrolgruppen – stiger med alderen⁴³. Kurven for soldater før udsendelse stopper i 2008, da vi følger udsendte mellem 1992 og 2009, og derfor ikke observerer dem før deres første udsendelse i år 2009 og 2010. Kurven efter udsendelse viser, at det primært er efter udsendelse, at udsendte bliver registreret med en psykiatrisk diagnose.

FIGUR 4.2

Andele af udsendte og kontrolgruppen født i 1975-1982 med psykiatriske diagnoser i perioden 1995-2010. Promille.



Anm.: Udsendte: 6.778 observationer for hvert år. Kontrolgruppen: 104.790 observationer for hvert år.
Kilde: SFI's datagrundlag.

FØRSTEGANGSUSENDTE I 2002 VS. KONTROLGRUPPEN

I dette afsnit vil vi for de udvalgte fødselsårgange (1975-1982) sammenligne de udsendte og kontrolgruppen før og efter et bestemt år – et udvalgt udsendelsesår for de udsendte. Det valgte udsendelsesår er 2002,

43. Vi har desuden set på udsendte og kontrolgruppen for hver årgang separat. Denne sammenligning viser ikke nogle forskelle, og der er derfor ikke noget, der tyder på, at det har nogen betydning, at udsendte er en anelse yngre end kontrolgruppen (medianalderen for udsendte og kontrolgruppen er henholdsvis 24 og 23 år).

hvor vi har et stort overlap mellem årgangene fra de to grupper. Vi har desuden valgt 2002, da der i det år blev udsendt mange fra fødselsårgangene 1975-1982. I 2002 blev i alt 1.623 personer udsendt for første gang, heraf er der 924⁴⁴, som ikke er døde, ind- eller udvandret, og som er født i årgangene 1975 til 1982. Det svarer til ca. 57 pct. af de udsendte i dette år. De udsendte, som vi inkluderer, har været på mission i Eksjugoslavi- en (SFOR og KFOR, ca. 91 pct.) samt i Afghanistan (ISAF, ca. 2 pct.) og på andre missioner (ca. 7 pct.). I 2002 har der også været omkomne under udsendelse blandt de udsendte på SFOR og ISAF.

Tabel 4.12 sammenligner de førstegangsendte i 2002 med kontrolgruppen. Medianalderen i de to populationer er 23 år.

TABEL 4.12

Førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen født i 1975-1982, opdelt efter årgange og sociodemografiske karakteristika. Antal og procent.

	Førstegangsendte 2002		Kontrolgruppen	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Årgang = 1975***	49	5	8.558	8
Årgang = 1976***	63	7	13.778	13
Årgang = 1977***	80	9	14.635	14
Årgang = 1978***	86	9	14.725	14
Årgang = 1979***	191	21	14.304	14
Årgang = 1980***	225	24	13.790	13
Årgang = 1981***	170	18	12.592	12
Årgang = 1982***	60	6	12.408	12
Årgang i alt	924	100	104.790	100
Anden etniske baggrund end dansk***	11	1	3.555	3
Anbragt som barn	48	5	4.135	4
Vokset op i eneforsørgelse**	198	21	18.256	17
		Førstegangsendte 2002		Kontrolgruppen
Median alder i 2002		23 år		23 år
Gennemsnitsalder i 2002***		22,9 år		23,6

Anm.: Chi² test og t test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Kilde: SFI's datagrundlag.

Tabel 4.13 viser, hvilken missionserfaring de førstegangsendte i 2002 har fået i alt i perioden 2002-2009. De fleste har udelukkende været udsendt til Eksjugoslavien (66 pct.), mens der er ca. 15 pct. som efterfølgende har været udsendt til både Eksjugoslavien og Irak. Når vi sammenligner missionserfaringer for alle udsendte født mellem 1975 og 1982

44. Heraf bliver 156 kun udsendt en gang i perioden 2002-2009, mens 768 bliver udsendt igen efter 2002.

(tabel 4.10) og de udsendte født mellem 1975 og 1982, som bliver udsendt første gang i 2002 (tabel 4.13), ser vi, at der blandt alle udsendte findes flere førstegangsendte med missionserfaringer fra andre missioner og Afghanistan. Eftersom missionen i Irak først begyndte i 2003, er der ingen førstegangsendte i 2002, som kun har været udsendt til Irak, hvorimod der er 8 pct. blandt alle udsendte fra fødselsårgangene 1975-1982. Hvis vi ser på gennemsnitsalderen blandt de førstegangsendte i 2002 og sammenligner engangsendte med dem, der ender med at være udsendt flere gange efter 2002, er førstnævnte gruppe lidt ældre (23,3 år, mens sidstnævnte er 22,8 år).

TABEL 4.13

Førstegangsendte i 2002 fordelt efter missionserfaring, særskilt for engangs- og flergangsendte. Antal og procent.

	Engangsendte		Flergangsendte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan	0	0	47	6	47	5
Eksjugoslavien og Irak	0	0	134	17	134	15
Eksjugoslavien og Afghanistan	0	0	66	9	66	7
Afghanistan og Irak	0	0	10	1	10	1
Eksjugoslavien	127	81	484	63	611	66
Afghanistan	21	13	16	2	37	4
Andre lande	8	5	11	1	19	2
I alt	156	100	768	100	924	100

Anm.: 924 førstegangsendte i 2002. 156 har været udsendt én gang i alt, og 768 har været udsendt flere gange i perioden 2002-2009.

Kilde: SFI's datagrundlag.

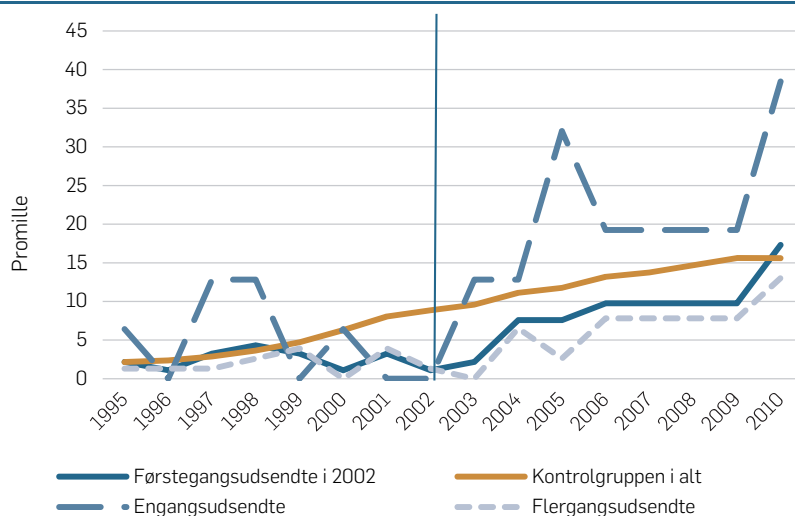
Figur 4.3 viser andelen af mænd med en psykiatrisk diagnose blandt de førstegangsendte fra fødselsårgangene 1975-1982 og kontrolgruppen. Perioden før og efter er nu nemmere at gennemskue, idet alle de udsendte har været udsendt første gang i 2002. Figuren viser, at særligt 3 år efter første udsendelse stiger antallet af udsendte med en psykiatrisk diagnose. Det hænger godt sammen med, at ca. 74 pct. af de udvalgte udsendte (førstegangsendte i 2002 fra fødselsårgang 1975-1982) har været på deres seneste mission inden år 2006 (jf. figur 4.4).

Figur 4.3 viser også, at der er forskelle mellem engangs- og flergangsendte. De engangsendte bliver ikke udsendt igen efter 2002, og de begynder at blive registreret med diagnoser efter 2003. Figuren viser også, at der er flere blandt de engangsendte, som har haft en

registreret psykiatrisk diagnose før år 2002. Det kan også afspejle en selektion hos forsvaret, der fravælger personer, som de ikke mener er egnet til at blive udsendt igen.

FIGUR 4.3

Andelen af mænd født i 1975-1982 med en registreret psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010, særligt for førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen samt for engangs- og flergangsendte. Promille.



Anm.: Den lodrette linje angiver 2002, der er udsendelsesåret for de udsendte.

924 udsendte: 156 engangsendte og 768 flergangsendte for hvert år. 104.790 personer i kontrolgruppen for hvert år.

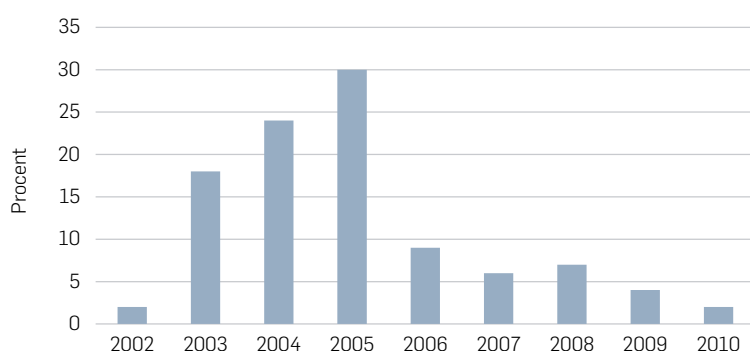
Kilde: SFI's datagrundlag.

Når vi sammenligner udsendte og kontrolgruppen i udvalgte år finder vi, at hyppigheden af psykiatiske diagnoser i de to grupper i 1999 er ens (p -værdi = 0,806), mens den i 2002 er lavere blandt udsendte (p -værdi = 0,007). Når vi igen sammenligner i 2010, er der ikke længere forskelle mellem de to grupper (p -værdi = 0,595). Kurven afspejler, at de to grupper nogle år før udsendelse er meget ens i forhold til hyppigheden af psykiatiske diagnoser. I selve udsendelsesåret bliver de udsendte selekteret, og hyppigheden af psykiatiske diagnoser er derfor lavere. I 2010 er de udsendte på samme niveau som kontrolgruppen, og sammenlignet med niveauet omkring udsendelsesåret er det i sig selv en forværring af deres situation.

For at sikre, at der ikke er en alderseffekt, har vi har også sammenlignet de forskellige årgange. Resultaterne for hver årgang ligner resultaterne fra figur 4.3. Det lader derfor ikke til at stigningen efter udsendelse skyldes aldersforskelle mellem de to grupper (ca. 6 mdr.).

FIGUR 4.4

Førstegangsudsendte i 2002 fordelt efter seneste udsendelsesår. Procent.



Kilde: SFI's datagrundlag.

Tabel 4.14 sammenligner psykiatriske diagnoser for fødselsårgangene 1975-1982 blandt førstegangsudsendte i 2002 og kontrolgruppen.

Ser vi på hyppigheden af psykose (F21-29) samt nervøse og stressrelaterende tilstande – herunder PTSD (F40-49) blandt de udsendte, finder vi, at der er sket en stor ændring fra før 2002 (første udsendelse) til årene efter. For eksempel var der 4,3 promille udsendte med diagnosen nervøse og stressrelaterende tilstande før 2002 og 14,1 promille efter, mens samme andel i kontrolgruppen stiger fra 6,2 promille før 2002 til 13,7 promille efter 2002. Det samme mønster finder vi for alle de 6.778 udsendte fra fødselsårgangene 1975-1982. Mens hyppigheden af psykose (F21-29) er ens blandt de udsendte og kontrolgruppen i perioden 1995-2001 (p -værdi = 1), bliver hyppigheden signifikant større for de udsendte efter udsendelse (2002-2010) (p -værdi = 0,088).

TABEL 4.14

Førstegangsudsendte i 2002 og kontrolgruppen født i 1975-1982, opdelt efter registrerede diagnoser i perioden 1995-2010, særskilt for før og efter 2002. Pro-mille.

Diagnoser	1995-2001		2002-2010		1995-2010	
	Kontrol-gruppen	Førstegangs-udsendte 2002	Kontrol-gruppen	Førstegangs-udsendte 2002	Kontrol-gruppen	Førstegangs-udsendte 2002
F00-09 Organiske psykiske lidelser ¹	0,2	1,1	0,5	1,1	0,7	2,2
F10-19 Organiske lidelser og misbrugs-lidelser	2,2	1,1	3,1	1,1	4,9	2,2
F20 - Skizofreni	1,9	0	3,2	1,1	6,2	1,1
F21-29 Skizotypiske sindslidelser, psykose mv. ²	1,3	1,1	2,5	5,4	4,0	6,5
F30-39 (Affektive lidelser)	2,3	2,2	11,0	7,6	13,8	10,8
F40-49 Nervøse og stressrelaterede tilstande ³	6,2	4,3	13,7	14,1	19,5	17,3
F50-59 Adfærd-sændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0,2	1,1	1,1	1,1	1,3	1,1
F60-69 Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen ⁴	2,2	3,2	2,7	1,1	4,6	4,3
Andre F- diagnoser	1,5	1,1	1,5	2,2	2,7	2,2
Andre diagnoser (Z-diagnoser)	1,5	0,0	2,5	1,1	3,7	3,2

1. Inkl. F07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom (MTBI). MTBI er en somatisk diagnose, men på symptomniveau svarer den til den psykiatriske diagnose posttraumatisk hjernesyndrom (F07.2), der tidligere blev kaldt postcommotionelt syndrom (commotio cerebri = hjernerystelse, engelsk concussion). Den somatiske diagnose for commotio cerebri er S06.3. Den diagnose dækker alene commotio som (akut) skade.

2. Inkl. F23 akutte og forbigående psykoser.

3. Inkl. F43.1 PTSD.

4. Inkl. F62.0 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

Kilde: SFI's datagrundlag.

PSYKIATRISKE KONTAKTER

I dette afsnit ser vi nærmere på omfanget af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem blandt de udsendte. Omfanget af disse kan give et billede af intensiteten i de udsendtes kontakt til det psykiatriske sundhedssystem. Vi kan se, hvor ofte de udsendte har psykiatriske heldøgnsindlæggelser, ambulante besøg på en psykiatrisk afdeling eller kontakt til en

psykiatrisk skadestue. Ligesom i de foregående analyser vil vi undersøge, om omfanget af kontakter er større efter udsendelse end før, samt om de udsendte gennemsnitligt har flere eller færre kontakter end personer i kontrolgruppen. Vi definerer, jf. boks 4.5, en psykiatrisk kontakt som en heldøgnsindlæggelse på en psykiatrisk afdeling, et ambulante besøg på en psykiatrisk afdeling eller en kontakt til psykiatrisk skadestue.

BOKS 4.4

Definition af psykiatriske kontakter.

Kontakter i psykiatriregistret (PSYK)

En kontakt i psykiatriregistret er en kontakt til det særlige psykiatriske system, dvs. en registrering på et sygehus eller en klinik offentlig såvel som privat (Sundhedsstyrelsen, 2012). Kontakter kan inddeles i heldøgnsindlæggelser på en psykiatrisk afdeling, ambulante besøg på en psykiatrisk afdeling og kontakter til psykiatrisk skadestue. Hvis en patient under en indlæggelse skifter afdeling, eller hvis diagnosen ændres væsentligt, så registreres en ny kontakt.

Heldøgnsindlæggelse

En indlæggelse kan være af varierende varighed. Uanset hvor mange dage der er tale om, opgøres hver indlæggelse som én kontakt.

Ambulant besøg

En ambulante kontakt består af en række ydelser og kan variere meget i omfang og varighed. Derfor tæller vi antallet af ambulante besøg per person.

Psykiatrisk skadestue

Et besøg på psykiatrisk skadestue tæller som én kontakt. Hvis besøget ender i en indlæggelse, vil det blive opgjort som én kontakt til psykiatrisk skadestue samt én heldøgnsindlæggelse.

I dette afsnit undersøger vi, hvor mange og hvilken type af psykiatriske kontakter de udsendte har før og efter deres første udsendelse. Vi fokuserer desuden på de udsendte, der har haft minimum én kontakt til det psykiatriske sundhedssystem og undersøger forskelle før og efter udsendelse, samt sammenligner kontaktmønstret blandt de udsendte med kontaktmønstret i kontrolgruppen.

FØR OG EFTER UDSENDELSE

Blandt de ca. 26.000 udsendte mellem 1992 og 2009 er der i alt 1.372⁴⁵ personer, der har haft minimum én kontakt til det psykiatriske sundheds-

45. I afsnittet om diagnoser kommer vi frem til, at 1.410 personer har fået en psykiatrisk diagnose. Forskellen skyldes, at der i afsnittet om diagnoser er tilføjet 38 personer, der kun er registreret ved Krise- og Katastrofepsykiatrisk Center (KKC) (Militærpsykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet).

system, og som det ses af tabel 4.15, finder størstedelen af kontakterne sted efter udsendelse. Samlet set er der 1.082 personer, der kun har kontakt til det psykiatriske sundhedssystem efter deres første udsendelse, som ikke har haft kontakt før, mens 290 personer har kontakt inden deres første udsendelse. Tabel 4.15 viser desuden antallet af de forskellige typer af kontakter defineret i boks 4.5 dels før og dels efter udsendelse. Den hyppigst forekommende type psykiatrisk kontakt er et ambulante besøg, der finder sted efter udsendelse.

TABEL 4.15

Antal kontakter per person blandt udsendte, der har haft kontakt til det psykiatriske sundhedssystem i perioden 1995-2010, særskilt for type af kontakt samt før og efter første udsendelse. Antal og gennemsnitligt antal.

		Antal kontakter	Antal personer	Gennemsnitligt antal kontakter
Psykiatriske heldøgnsindlæggelser	Før	107	84	1,3
	Efter	1.140	448	2,5
	I alt ¹	1.247	507	2,5
Ambulante besøg på psykiatrisk afdeling	Før	2.014	235	8,6
	Efter	13.710	813	16,9
	I alt ¹	15.724	1.004	15,7
Psykiatriske skadestuebesøg	Før	133	95	1,4
	Efter	1.165	519	2,2
	I alt ¹	757	590	1,3

Anm.: 1.372 personer.

1. Før og efter summerer ikke til summen angivet i alt, da der er nogle personer, der har haft kontakt til det psykiatriske sundhedssystem både før og efter udsendelse.

Kilde: SFT's datagrundlag.

Vi kan desuden se på den procentvise ændring fra før til efter udsendelse for de forskellige typer af kontakter særskilt. Her ses den største stigning i antallet af heldøgnskontakter. Tabel 4.15 viser desuden antallet af personer, der har kontakt til det psykiatriske system særskilt for de forskellige typer af kontakter. Tallene viser, at den største procentvise stigning findes i antallet af personer, der har minimum en kontakt til psykiatrisk skadestue samt antallet, der har haft minimum en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse.

SAMMENLIGNING AF DE UDSENDTE OG KONTROLGRUPPEN

I dette afsnit inddrager vi igen kontrolgruppen med det formål at sammenligne antallet af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem blandt

de udsendte med antallet af kontakter i kontrolgruppen. Dette kan sige noget om intensiteten i brugen af det psykiatriske sundhedssystem. Vi fokuserer som i tidligere afsnit på udsendte født i årgangene 1975-1982, der har været på mission første gang i 2002 og de personer i kontrolgruppen, der er født i årgangene 1975-1982.

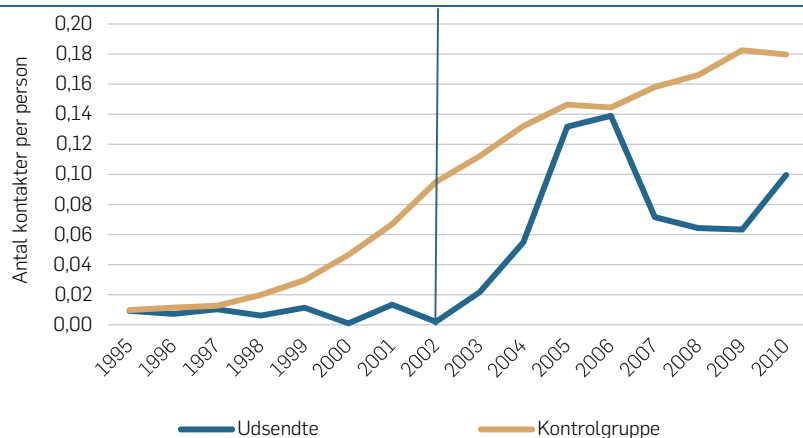
Figur 4.5 viser udviklingen i det samlede antal psykiatriske kontakter (dvs. heldøgnsindlæggelser, ambulante besøg og psykiatriske skadestuebesøg lagt sammen) gennem perioden 1995-2010. Figuren viser, at der sker en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter både blandt udsendte og i kontrolgruppen. For de udsendte er antallet relativt lavt og stabilt frem til de udsendes første gang i 2002. Derefter sker der en stigning og et fald igen omkring år 2006. Kontrolgruppen ligger generelt over gruppen af udsendte, og gennem hele perioden sker der en stabil stigning.

Det er i den forbindelse vigtigt at pointere, at selvom kontrolgruppen udgør et godt sammenligningsgrundlag for de udsendte soldater, er der alligevel sket en selektion, som det ikke er muligt at tage højde for. Denne selektion består blandt andet i, at de udsendte inden udsendelse har været igennem forsvarets visitation, hvorimod dette ikke er tilfældet for personer i kontrolgruppen, der alene på Forsvarets Dag er blevet erklæret egnede til aftjening af militærtjeneste. Det er desuden relevant at pointere, at antallet af psykiatriske patienter i det offentlige system ifølge beregninger foretaget af Kommunernes Landsforening (KL) (Jørgensen, 2011) er steget med 48 pct. i perioden fra 2000 til 2009. Den stigning, vi ser blandt udsendte og kontrolgruppen, kan således dels skyldes, at de bliver ældre i perioden, og dels at der i samfundet generelt er sket en stigning i antallet af psykiatriske kontakter.

Vi har desuden undersøgt heldøgnsindlæggelser, ambulante besøg og kontakter til psykiatrisk skadestue særskilt for både førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen. Resultaterne ses i tabel 4.16. Førstegangsendte i 2002, der har kontakt, har i alt i gennemsnit knap én kontakt (0,95), mens personer i kontrolgruppen, der har kontakt, i gennemsnit har knap halvanden (1,47). Til sammenligning er der blandt alle førstegangsendte i 2002 0,04 kontakter per person og blandt kontrolgruppen i gennemsnit 0,09 kontakter til det psykiatriske sundhedssystem.

FIGUR 4.5

Gennemsnitligt antal psykiatriske kontakter i perioden 1995-2010, særligt for førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen.



Anm.: Den lodrette linje angiver 2002, der er udsendelsesåret for de udsendte.
Kilde: SFI's datagrundlag.

Både i kontrolgruppen og blandt udsendte findes den største forskel i stigningen i antallet af heldøgnsindlæggelser og antallet af ambulante besøg fra før til efter udsendelse. Blandt udsendte sker der en femdobling i antallet af heldøgnsindlæggelser (fra 0,01 til 0,05) og en nidobling i antallet af ambulante besøg, mens der blandt kontrolgruppen sker en tredobling i antallet af indlæggelser (fra 0,03 til 0,09) og en femdobling i antallet af ambulante besøg (fra 0,37 til 2,06). Det kunne dog tænkes, at der er større opmærksomhed på psykiske problemer blandt tidligere udsendte, og at de derfor hurtigere og oftere vil blive henvist til det psykiatriske behandlingssystem.

TABEL 4.16

Gennemsnitligt antal kontakter til det psykiatriske sundhedssystem og standardafvigelse blandt førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen født i 1975-1982, opdelt efter type af kontakt, særskilt for før og efter 2002.

	1995-2001				2002-2010				1995-2010			
	Førstegangsendte i 2002		Kontrolgruppen		Førstegangsendte i 2002		Kontrolgruppen		Førstegangsendte i 2002		Kontrolgruppen	
	Antal	Standard-afvigelse	Antal	Standard-afvigelse	Antal	Standard-afvigelse	Antal	Standard-afvigelse	Antal	Standard-afvigelse	Antal	Standard-afvigelse
Heldøgn	0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,04	0,09	0,10	0,04	0,04	0,07	0,08
Ambulant	0,15	0,07	0,37	0,45	1,41	0,86	2,06	2,09	0,86	0,90	1,32	1,60
Skadestue	0,02	0,02	0,03	0,04	0,08	0,06	0,13	0,13	0,05	0,05	0,09	0,10
I alt	0,18	0,08	0,43	0,53	1,54	0,92	2,28	2,32	0,95	0,97	1,47	1,77

Anm.: 8.035 personer i kontrolgruppen. 45 førstegangsendte i 2002.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Vi har desuden set nærmere på heldøgnsindlæggelser særskilt. Vi har undersøgt, hvor mange indlæggelser de udsendte og kontrolgruppen har efter 2002, dvs. efter soldaternes første udsendelse. Resultaterne vises i tabel 4.17. Der er samlet set 36 førstegangsendte i 2002 (ca. 4 pct.), som har haft kontakt med sundhedssystemet efter udsendelse, mens der er 6.547 i kontrolgruppen (ca. 6 pct.). Hvis vi ser på fordelingen af, hvor mange indlæggelser personer med kontakt har haft, viser det sig, at der er en mindre andel blandt de udsendte, som har haft én eller flere heldøgnsindlæggelser efter deres første udsendelse sammenlignet med kontrolgruppen. Blandt de tidligere udsendte har omkring 2 ud af 3 af dem, der har haft kontakt, ikke været indlagt. Størstedelen blandt kontrolgruppen har derimod en eller flere heldøgnsindlæggelser. Der er ingen tidligere udsendte, der har haft flere end 4 heldøgnsindlæggelser.

TABEL 4.17

Heldøgnsindlæggelser efter 2002 blandt personer født i 1975-1982, der har haft kontakt med det psykiatriske sundhedssystem efter år 2002, fordelt efter antal indlæggelser, særskilt for førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen. Antal og procent.

Indlæggelser	Førstegangsendte 2002		Kontrolgruppen	
	Antal	Procent	Antal	Procent
0	23	63,9	2.501	38,2
1	7	19,4	2.704	41,3
2-4	6	16,7	1.173	17,9
Mere end 4	0	0	169	2,6
I alt	36	100	6.547	100

Kilde: SFI's datagrundlag.

Generelt tyder det på, at de udsendte i gennemsnit har færre kontakter til det psykiatriske sundhedssystem end kontrolgruppen. Som tidligere nævnt er det til dels forventeligt, da vi må antage, at de udsendte er en psykisk stærk gruppe på grund af den udvælgelsesproces, de har været igennem op til udsendelse. Dette bekræftes, når vi ser på, hvor mange kontakter til psykolog eller psykiater, de udsendte og kontrolgruppen har gennem sygesikringen (ikke vist).⁴⁶ Også her finder vi, at de udsendte generelt har færre kontakter end kontrolgruppen. Her skal det dog poin-

46. Kontakter til psykolog eller psykiater registreres i sygesikringsregistret (SSIK) og defineres som en konsultation, en telefonkonsultation eller et besøg hos patienten.

teres, at de udsendte har adgang til psykologhjælp inden for forsvaret, og at dette ikke nødvendigvis vil blive registreret i registrene.

OPSAMLING

Vi har i dette kapitel undersøgt forekomsten af psykiatriske diagnoser og forekomsten af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem blandt de udsendte. Vi har desuden sammenlignet forekomsten af psykiatriske diagnoser og kontakter blandt de udsendte med forekomsten i kontrolgruppen. Resultaterne peger på en række risikofaktorer for at udvikle psykiske mén efter en udsendelse. Vi kom frem til følgende:

Psykiatriske diagnoser:

- I alt er der 1.410 tidligere udsendte med en registreret psykiatrisk diagnose i perioden 1995-2010 (svarende til godt 5 pct. af alle udsendte).
- Analyserne indikerer, at det særligt er tidligere udsendte til Eksjugoslavien, der får psykiatriske diagnoser. Ud fra analyserne kan vi dog ikke konkludere, om den øgede forekomst af psykiske lidelser blandt udsendte til Eksjugoslavien skyldes, at udvælgelsesprocessen i starten af perioden ikke var nær så hård, eller om det skyldes særlige oplevelser under missioner i Eksjugoslavien. Sandsynligvis spiller begge dele ind, men det er ikke muligt at isolere de to effekter.
- Efter udsendelse udgør gruppen af nervøse og stressrelaterende tilstande den største andel af psykiatriske diagnoser (41 pct.), og dernæst følger affektive lidelser (31 pct.). Vi finder, at forekomsten af diagnoserne psykose samt nervøse og stressrelaterende tilstande stiger mere blandt de udsendte end i kontrolgruppen, når vi sammenligner forekomsten i de to grupper før og efter 2002.
- Nogle udsendte har større risiko for at få en registreret psykiatrisk diagnose. Det er udsendte, der havde en diagnose inden udsendelse, er blevet repatrieret under udsendelse i perioden 2005-2009, er mellem 25 og 44 år ved første udsendelse, har anden etnisk baggrund end dansk, har kort uddannelse, har været anbragt uden for hjemmet under deres opvækst, er opvokset i eneforsørgerfamilie,

var ledige året inden første udsendelse, har været udsendt senest for mere end 6 år siden, har været udsendt som konstabel og har været udsendt på UNPFORFOR eller IFOR som første mission.

- Det faktum, at repatrierede har en større risiko for at udvikle psykiske lidelser indikerer, at de er en gruppe af udsendte, som det er vigtigt at være opmærksom på. Det skal dog pointeres, at data om repatrieringer kun dækker perioden 2005-2009.

Psykiatriske kontakter:

- Blandt udsendte sker der generelt en stigning i antallet af kontakter efter udsendelse sammenlignet med antallet af kontakter før udsendelse. Sammenlignet med kontrolgruppen har de udsendte færre kontakter til det psykiatriske sundhedssystem. Når vi sammenligner stigningen i de to grupper, sker der dog generelt en større stigning i antallet af kontakter blandt udsendte – særligt i antallet af ambulante besøg og antallet af heldøgnsindlæggelser.
- Når vi alene ser på antallet af psykiatriske heldøgnsindlæggelser efter udsendelse blandt udsendte og personer i kontrolgruppen, der har kontakt til det psykiatriske system, ser vi, at der er færre udsendte, der har indlæggelser. Vi ser desuden, at de, der har været indlagt, i gennemsnit har færre indlæggelser end personer i kontrolgruppen.

MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME OG MISBRUGSBEHANDLING

I dette kapitel undersøger vi omfanget af køb af medicin mod psykiske lidelser blandt udsendte, samt hvor mange udsendte der har været i misbrugsbehandling. Inden for sundhedssystemet skelnes mellem den primære sundhedstjeneste (praktiserende læge) og den sekundære sundhedstjeneste (hospital). Vi kan, som tidligere nævnt, antage, at der er nogle hjemvendte soldater, der har det psykisk dårligt, men som er uden kontakt til det psykiatriske behandlingssystem i den sekundære sundhedstjeneste. Dem kan vi ikke identificere, hvis vi alene ser på behandlingskontakter og diagnoser i det sekundære behandlingssystem. Disse personer har dog muligvis kontakt til den primære sundhedstjeneste og et forbrug af receptpligtig medicin, herunder lægemidler mod angst og depression. Vi kan undersøge, om dette er tilfældet ved at se på, om soldaternes køb af medicin mod psykiske sygdomme afviger fra kontrolgruppens.

En anden indikation på dårlig psykisk trivsel kan være et misbrug af euforiserende stoffer. Det er derfor ligeledes relevant at undersøge omfanget af tidligere udsendte, der er i behandling for et misbrug.

Vi sammenligner først de tidligere udsendtes køb af medicin før og efter den første udsendelse, jf. boks 5.1. Derefter sammenligner vi de udsendte med en kontrolgruppe (jf. kapitel 3). Endelig undersøger vi omfanget af tidligere udsendte, der har været i misbrugsbehandling.

BOKS 5.1

Køb af medicin.

Når vi beskriver omfanget af køb af medicin, er der tale om antallet af indløste recepter fra den primære sektor, idet den sekundære sektor ikke registrerer køb af medicin på patientens CPR-nummer. Udsendte kan desuden få medicin fra Forsvarets Sundhedstjeneste (FSU). Hvis medicinen ordineres på recept, vil det optræde i registrene og dermed i vores beregninger, men hvis det derimod udleveres direkte til patienten, kan vi ikke se medicinforbruget i registrene. Det vil sige, at vi ser på receptpligtig medicin, som er udskrevet af egen praktiserende læge eller en af forsvarrets læger, og som efterfølgende er afhentet på apoteket.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen 2012b.

Formålet med dette kapitel er således at undersøge omfanget af medicinkøb samt af misbrugsbehandling blandt de tidligere udsendte soldater og herunder at sammenligne deres medicinkøb med kontrolgruppens. I kapitlet besvarer vi følgende spørgsmål:

Medicinkøb

- Hvor udbredt er køb af medicin mod psykiske sygdomme blandt de udsendte i perioden 1995-2010?
- Hvor udbredt er køb af medicin mod psykiske sygdomme blandt de udsendte i perioden 1995-2010 – før og efter udsendelse? Hvordan er udviklingen?
- Hvilke sociodemografiske og militære karakteristika har de udsendte, der har købt medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010 – før og efter udsendelse?
- Hvor udbredt er køb af medicin mod psykiske sygdomme blandt de udsendte sammenlignet med en kontrolgruppe?

Misbrugsbehandling

- Hvor mange udsendte findes der i misbrugsregistret i perioden 1996-2010?
- Hvor mange udsendte findes der i misbrugsbehandlingsregistret i perioden 1996-2010 – før og efter udsendelse? Hvordan er udviklingen?

MEDICIN MOD PSYKISK SYGDOM

Vi kan indfange information om det enkelte individs psykiske tilstand ved at undersøge den enkeltes køb af medicin ud fra registerdata. Alt salg af receptpligtig medicin fra den primære sektor, herunder medicin til behandling af psykisk sygdom, bliver registreret, og disse registreringer kan vi benytte til at undersøge, hvor mange udsendte der køber medicin mod psykiske lidelser.

I Lægemedeldatabasen klassificeres receptpligtig medicin efter det såkaldte ATC-system (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System), som er et internationalt system til klassifikation af lægemidler efter deres primære indholdsstof samt virkemåde. Ud fra ATC-systemet er det muligt at relatere medicinkøb til relevante sygdomme. I tabel 5.1 er ATC-systemet eksemplificeret med de udvalgte lægemidler, som indgår i analysen.

TABEL 5.1

ATC-koder for udvalgte grupper af medicin mod psykiske sygdomme og smertestillende midler.

Medicinpræparat	ATC-koder
<i>Medicin mod psykiske sygdomme</i>	
Antipsykotiske midler	N05A
Angstdæmpende midler, anxiolytika, dvs. midler mod angst	N05B
Sovemidler og beroligende midler	N05C
Antidepressive midler	N06A
Psykostimulerende midler	N06B
Midler mod alkoholafhængighed	N07BB
Smertestillende midler	N02

Anm.: ATC står for Anatomical Therapeutical Chemical Classification.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Formålet med denne rapport er at undersøge konsekvenser af en udsendelse i form af psykiske mén. Derfor har vi udvalgt lægemidler, som indikerer psykiske lidelser. Vi har udvalgt antipsykotiske, angstdæmpende og sove- og beroligende midler samt antidepressive midler, som er de typiske midler, der inddrages i undersøgelser af psykisk helbred (Lindgaard & Rosholm, 2010). Vi har derudover tilføjet psykostimulerende midler og midler mod alkoholafhængighed, som også kan være med til at afdække konsekvenser af udsendelse på de udsendes mentale helbred.

Vi undersøger medicin mod psykiske sygdomme samlet, idet der kan være substitution og komplementaritet mellem de forskellige typer af medicin (Lindegaard & Rosholm, 2010). Vi har desuden set på smertestillende midler (ATC-kode N02) ud fra en hypotese om, at der også her kunne være særlige mønstre i form af overforbrug blandt de udsendte. Det analyserer vi særskilt.

Variabler af interesse (udfaldsmål) er: antal personer, som har købt de udvalgte lægemidler i perioden 1995-2010.

I de følgende afsnit vil vi undersøge, om købet af visse receptpligtige lægemidler i gruppen af udsendte soldater afviger fra købet i kontrolgruppen for at kontrollere, om eventuelle forskelle kan skyldes generelle ændringer i samfundet. Vi indleder med at beskrive køb af de udvalgte receptpligtige lægemidler blandt de ca. 26.000 udsendte.

KØB AF MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME BLANDT DE UDSENDTE

Figur 5.1 viser, hvor mange udsendte der køber de udvalgte lægemidler fordelt på året for deres første køb. Der er markant flere udsendte (4.866 personer svarende til 19 pct. af de udsendte)⁴⁷, som køber medicin mod psykiske sygdomme, end der er soldater registreret i det sekundære behandlingssystem med en psykiatrisk diagnose (1.410 personer svarende til 5 pct. af de udsendte). 27 pct. af dem, der har fået en psykiatrisk diagnose, køber ikke medicin mod psykiske sygdomme, mens 16 pct. af de udsendte, der ikke har fået en diagnose, køber medicin.

Figur 5.1 viser desuden fordelingen af missionserfaring for de udsendte, der køber medicin. Den ligner meget figur 4.1 for psykiatriske diagnoser, dog er den årlige stigning i antal personer, der køber medicin mod psykiske sygdomme, mindre end for psykiatriske diagnoser. Hvis man ser bort fra år 1995, sker der en fordobling af antallet af personer, som køber medicin mod psykiske sygdomme for første gang fra 1996 til 2010.

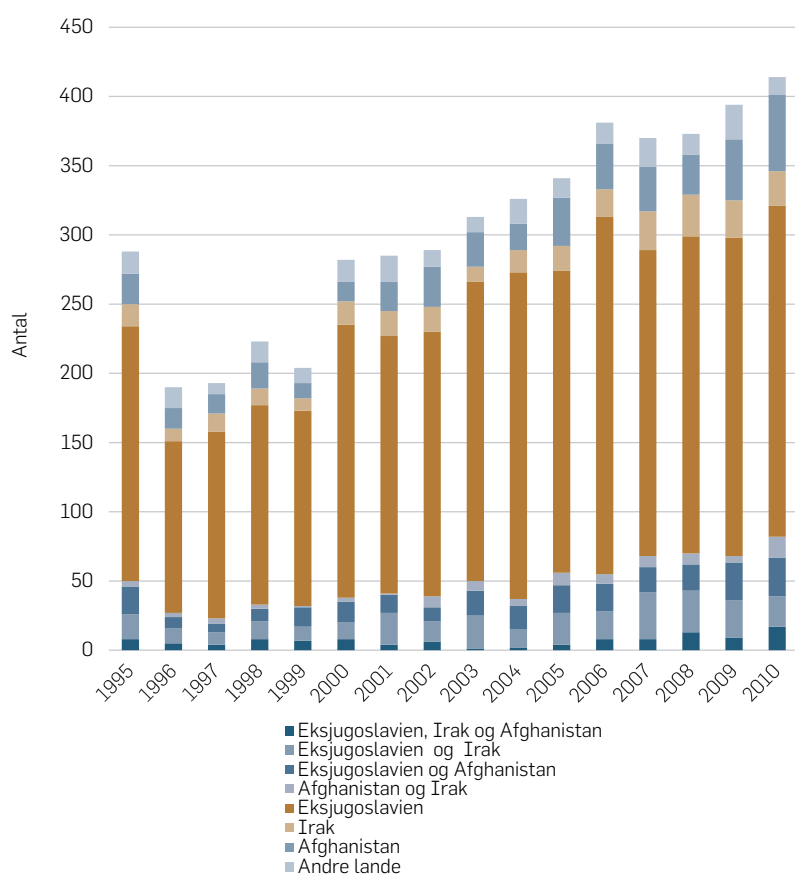
Når vi ser på, hvor mange udsendte der køber medicin mod psykiske sygdomme for hvert år i perioden 1995-2010, uanset om det er første køb eller ej, finder vi, at der i 1995 er ca. 4 pct. af de udsendte i perioden 1992-1995, som har købt den udvalgte medicin (288/7.335), mens det i 2010 svarer til 6 pct. af de udsendte mellem 1992-2009

47. Hvis vi inkluderer køb af smertestillende midler, er der 8.550 udsendte, dvs. 34 pct. af alle udsendte.

(1.636/26.038). Det betyder, at der er sket en stigning i antallet af udsendte, som køber medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, og at stigningen ikke kun skyldes, at der er flere, der har været udsendte de sidste år i perioden.

FIGUR 5.1

Udsendte, der køber medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, fordelt efter missionserfaring, særskilt for år. Antal



Anm.: Medicin mod psykiske sygdomme. ATC-grupper: N05, N06 og N077, jf. tabel 5.1.
Kilde: SFI's datagrundlag.

HVORNÅR KØBER DE UDSENDTE MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME?

I dette afsnit undersøger vi, hvornår de udsendte køber medicin mod psykiske sygdomme i forhold til udsendelse. Tabel 5.2 og tabel 5.3 viser

henholdsvis tidsintervallet mellem det første køb og den første udsendelse og mellem det første køb og den seneste udsendelse for de flergangsudsendte. For de engangsudsendte er første og seneste udsendelse som bekendt den samme.

Både blandt engangs- og flergangsudsendte er der 21 pct., som køber medicin mod psykiske sygdomme for første gang 6-9 år efter deres første udsendelse, og selv mere end 9 år efter er der stadig 25 pct. blandt henholdsvis engangs- og flergangsudsendte, som køber medicin mod psykiske sygdomme for første gang. Vi kan ikke med sikkerhed udtale os om kausaliteten, men hvis vi antager, at køb af de udvalgte præparater skyldes udsendelse, betyder det, at konsekvenserne kan vise sig flere år efter deres seneste udsendelse. Vi har desværre ikke oplysninger om, hvorvidt de soldater, der begynder at købe medicin første gang en årrække efter udsendelse, stadig er ansat i forsvaret. I rapporten *Soldater efter udsendelse – en spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) tematiserer vi, hvordan det kan være problematisk for nogle at gå fra en karriere i forsvaret over til det civile liv, og at der i den proces kan være veteraner med uopdagede problemer, der kommer i klemme. Vi omtalte dem som en gruppe veteraner, der er usynlige for systemet og potentielt sårbare. Det kan eksempelvis være konstabler, der har været ansat på K35⁴⁸, der efter op mod 17 års tjeneste forlader forsvaret og må klare sig selv. Da vi hverken har oplysninger om ansættelsesforhold eller kontraktformer, er det dog ikke til at se, hvorvidt det er disse usynlige veteraner, der begynder at købe den udvalgte medicin, efter at de stopper i forsvaret.

48. K35 er en kontrakttype for fastansatte i forsvaret indtil det fyldte 35. år.

TABEL 5.2

Udsendte, der har købt medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, fordelt efter antal år mellem første udsendelse og første medicinkøb, Særskilt for engangs- og flergangsendte. Antal og procent.

Antal år fra første udsendelse til første køb af medicin	Engangsendte		Flergangsendte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mere end 10 år før	35	1	25	1	60	1
Fra 10 til 9 år før	29	1	43	2	72	1
Fra 8 til 7 år før	52	2	69	3	121	2
Fra 6 til 5 år før	80	3	84	3	164	3
Fra 4 til 3 år før	126	5	129	5	255	5
Fra 2 til 1 år før	142	6	167	7	309	6
Fra 0 til 1 år efter	238	10	182	7	420	9
Fra 2 til 3 år efter	313	13	304	13	617	13
Fra 4 til 5 år efter	304	12	307	13	611	13
Fra 6 til 7 år efter	269	11	264	11	533	11
Fra 8 til 9 år efter	245	10	245	10	490	10
Over 9 år efter	601	25	613	25	1.214	25
I alt	2.434	100	2.432	100	4.866	100

Anm.: Antal udsendte i alt 26.038, heraf 12.476 engangsendte og 13.562 flergangsendte. Antal personer, der køber medicin mod psykiske sygdomme: 4.866. Medianen for antal år, efter at den første udsendelse til første køb finder sted, er 5 år for alle (både engangs- og flergangsendte)

Kilde: SFI's datagrundlag.

Fra tabel 5.2 kan vi beregne, at der blandt alle engangsendte er 20 pct.⁴⁹, som køber medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, mens der er 18 pct.⁵⁰ blandt alle flergangsendte. Forskellen er statistisk signifikant (p -værdi = 0,001). Køb af medicin mod psykiske sygdomme er således mere udbredt blandt engangsendte.

Af tabel 5.3 kan vi udlede, at flergangsendte køber medicin mod psykiske sygdomme mellem udsendelser, idet 10 pct. køber medicinen 1 til 2 år før deres seneste udsendelse. På samme måde som for diagnoser vil vi undersøge, hvor mange udsendte der køber den udvalgte medicin både før og efter udsendelse, kun før udsendelse, kun efter udsendelse samt for flergangsendtes vedkommende mellem udsendelser.

49. 2.434 ud af 12.476 engangsendte.

50. 2.432 ud af 13.562 flergangsendte.

TABEL 5.3

Udsendte, der har købt medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, fordelt efter antal år mellem seneste udsendelse og første medicinkøb, særskilt for engangs- og flergangsendte. Antal og procent.

Antal år fra seneste udsendelse til køb af medicin	Engangsendte		Flergangsendte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mere end 10 år før	35	1	129	5	164	35
Fra 10 til 9 år før	29	1	83	3	112	29
Fra 8 til 7 år før	52	2	139	6	191	52
Fra 6 til 5 år før	80	3	166	7	246	80
Fra 4 til 3 år før	126	5	197	8	323	126
Fra 2 til 1 år før	142	6	238	10	380	142
Fra 0 til 1 år efter	238	10	327	13	565	238
Fra 2 til 3 år efter	313	13	329	14	642	313
Fra 4 til 5 år efter	304	12	235	10	539	304
Fra 6 til 7 år efter	269	11	217	9	486	269
Fra 8 til 9 år efter	245	10	147	6	392	245
Over 9 år efter	601	25	225	9	826	601
I alt	2.434	100	2.432	100	4.866	2.434

Anm.: Data for de engangsendte er identiske med dem i tabel 5.2, idet første og seneste udsendelse er den samme, når man er udsendt én gang i alt. Medianen for engangsendte er 5 år, og for flergangsendte er den 1 år. Medianen for alle er 3 år efter.

Kilde: SFI's datagrundlag.

KØB FØR OG EFTER DEN FØRSTE UDSENDELSE

I alt er der 4.486 udsendte, som køber medicin mod psykiske lidelser i perioden 1995-2010. Det svarer til omtrent 1 ud af 6 blandt alle udsendte. Tabel 5.4 viser, at der i alt er 1.135⁵¹ udsendte, som har købt medicin mod psykiske sygdomme inden deres første udsendelse, mens 3.731 udsendte kun har købt denne type medicin efter deres første udsendelse. Det vil sige at 77 pct. af dem, der køber medicin mod psykiske sygdomme, køber det efter udsendelse.

Derudover er der 541 udsendte (svarende til 2 pct. af alle udsendte), som køber de udvalgte lægemidler mellem udsendelser.

51. 488 + 647 udsendte, som køber både før og efter.

TABEL 5.4

Udsendte fordelt efter køb af medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, særskilt for før og/eller efter første udsendelse. Antal og procent.

Køb af medicin mod psykiske sygdomme i forhold til det første udsendelsesår	Antal	Procent
Kun købt før	488	2
Kun købt efter	3.731	14
Både købt før og efter	647	2
Har ikke købt – hverken før eller efter	21.172	81
I alt	26.038	100

Kilde: SFI's datagrundlag.

I tabel 5.2 har vi set, at i alt 46 pct. af de udsendte, der har købt medicin mod psykiske sygdomme, har købt det mere end 6 år efter deres første udsendelse.

Lige som for psykiske sygdomme er der flere udsendte med missionserfaring fra Eksjugoslavien, som køber medicin mod psykiske sygdomme, også når man tager højde for, at de udgør størstedelen af de udsendte i perioden 1992-2009, jf. tabel 5.5.

TABEL 5.5

Udsendte opdelt efter, om de har købt medicin mod psykiske sygdomme, i perioden 1995-2010, fordelt efter missionserfaring. Antal og procent.

	Udsendte, der ikke har købt medicin mod psykiske sygdomme		Udsendte, der har købt medicin mod psykiske sygdomme		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan	662	3	112	2	774	3
Eksjugoslavien og Irak	1.358	6	304	6	1.662	6
Eksjugoslavien og Afghanistan	1.331	6	262	5	1.593	6
Afghanistan og Irak	572	3	91	2	663	3
Eksjugoslavien	11.996	57	3.149	65	15.145	58
Irak	1.703	8	287	6	1.990	8
Afghanistan	2.457	12	417	9	2.874	11
Andre lande	1.093	5	244	5	1.337	5
I alt	21.172	100	4.866	100	26.038	100

Kilde: SFI's datagrundlag.

Generelt bekræfter tabel 5.5 det resultat, vi kom frem til i foregående kapitel, nemlig at det særligt er personer, der har været udsendt i begyndelsen af perioden, der udvikler psykiske lidelser. Det kan være på grund af missionerne i Eksjugoslavien, men for flergangsendte kan det også

skyldes, at de på grund af de efterfølgende udsendelser har større risiko for at opleve kumuleret stress. Det er dog kun gisninger, da vi ikke har mulighed for at undersøge de bagvedliggende årsager.

HVEM KØBER MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME EFTER UDSENDELSE?

Vi undersøger de udsendtes sandsynlighed for at købe de udvalgte lægemidler mod psykiske sygdomme efter første udsendelse ved at se på køb i perioden 1995-2010. Igen tager vi udgangspunkt i de 22.944 udsendte, som hverken er ind- eller udvandret eller døde i perioden.

Tabel 5.6 viser resultaterne for en logistisk regressionsmodel, der forklarer sandsynligheden for at købe medicin mod psykiske sygdomme efter første udsendelse ud fra forskellige baggrundskarakteristika.⁵² Vi angiver odds ratio og signifikansniveau (jf. kap. 3).⁵³

Vi besvarer følgende spørgsmål:

- Er der en sammenhæng mellem missionserfaring og køb af medicin mod psykiske sygdomme?
- Har alder ved første udsendelse betydning for køb af medicin mod psykiske sygdomme?
- Er der forskelle mellem kønnene i forhold til køb af medicin mod psykiske sygdomme?

52. De variable vi udelader i regressionen, og som bliver reference (ref.), er: alder (ref. 25-44 år), køn (ref. mand), civilstand (ref. ikke-enlig), etnisk baggrund (ref. anden etnisk baggrund end dansk), uddannelse (ref. mellem uddannelse dvs. ungdomsuddannelse og faglært), anbragt (ref. ikke anbragt i barndommen) og vokset op i eneforsørgerhjem (ref. ikke opvokset i eneforsørgerhjem). Vi bruger personens familiestatus som 17-årig for at definere, om personen er vokset op i en eneforsørgerfamilie, har hjemmeboende børn (ref. har ikke hjemmeboende børn), er ledig 1 år før udsendelse (ref. ikke-ledig), om personen kun har været udsendt én gang (ref. flergangsendte), udsendelsesår (ref. udsendte efter 2010), missionserfaring (ref. anden missionserfaring) og personelgrupper (ref. konstabel).

53. Vi har også estimeret modellen (uden variablen køb før den første udsendelse) på populationen af udsendte, som ikke havde købt medicin mod psykiske sygdomme før udsendelse. De to regressionsanalyser giver de samme resultater som den model, vi viser i tabel 5.6.

TABEL 5.6

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at købe medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse.

Afhængig variabel: Køb af medicin mod psykiske sygdomme efter den første udsendelse.	Sandsynlighed for at købe medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse	
	Odds ratio	Standardfejl
Køb af medicin før den første udsendelse	10,881 ***	0,921
Ikke-enlig	0,963	0,083
Kvinde	1,530 ***	0,135
Etnisk dansk	0,953	0,158
18-24 år	0,731 ***	0,037
45 år og ældre	1,173 *	0,106
Uddannelse (kort)	1,312 ***	0,061
Uddannelse (lang)	1,191 **	0,095
Med hjemmeboende børn	1,079	0,085
Anbragt som barn	1,548 ***	0,130
Vokset op i eneforsørgerfamilie	1,262 ***	0,067
Ledig året før den første udsendelse	1,779 ***	0,231
Engangsudsendte	1,006	0,047
Såret under udsendelse ¹	1,228	0,382
Repatrieret fra udsendelse ²	2,151 ***	0,348
Sergent	0,719 ***	0,065
Officer	0,491 ***	0,061
Andet personel	0,812	0,130
Uoplyst grad	1,355 ***	0,086
<i>Missionserfaringer</i>		
Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan	1,633 ***	0,219
Eksjugoslavien og Irak	1,796 ***	0,252
Eksjugoslavien og Afghanistan	1,532 **	0,294
Afghanistan og Irak	1,170	0,126
Eksjugoslavien	1,155	0,155
Irak	1,092	0,146
Afghanistan	0,712 ***	0,059
Antal år siden den seneste udsendelse		
1 til 2 år siden seneste udsendelse (dvs. seneste udsendelse mellem 2008-2009)	1,886 ***	0,140
6-10 år siden seneste udsendelse (dvs. seneste udsendelse mellem 2000-2004)	2,577 ***	0,226
Mere end 10 år siden seneste udsendelse (dvs. seneste udsendelse mellem 1992-1999)	0,057 ***	0,012
Konstant	10,881 ***	0,921
Antal observationer		22.944
Log-likelihood		-8.165,59

Anm.: *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Robust standardfejl.

1. Såret i perioden 1992-2009.

2. Repatrieret i perioden 2005-2009.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Resultaterne peger på, at der er visse grupper blandt udsendte, der er i risikogruppen for at købe medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse.

Vi finder, at der er en sammenhæng mellem missionserfaring og køb af medicin mod psykiske sygdomme, idet missionserfaring fra både Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan, Eksjugoslavien og Irak, Eksjugoslavien og Afghanistan og Afghanistan og Irak øger risikoen for at købe medicin i forhold til referencekategorien (Andre lande). Engangsudsendte har ikke en højere risiko for at købe medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse sammenlignet med flergangsudsendte.

Når vi ser på alder, viser resultaterne, at risikoen for at købe medicin mod psykiske lidelser er større for de ældre (45 år og ældre ved første udsendelse, p -værdi $< 0,1$) sammenlignet med den mellemste aldersgruppe, mens den er mindre for de yngre (18-24 år) sammenlignet med den mellemste aldersgruppe.

Kvinder har en større risiko end mænd for at købe den udvalgte medicin. Det står i modsætning til resultaterne i analysen af psykiatriske diagnoser, hvor vi ikke fandt nogen forskel.

Den største risikofaktor for de danske udsendte for at købe medicin mod psykiske sygdomme er – som vi så i foregående analyse af diagnoser – tidligt køb (odds ratio = 11) samt at have været repatrieret i perioden 2005-2009 (odds ratio = 2,2).

Alt i alt finder vi, at sandsynligheden for at købe de udvalgte lægemidler efter udsendelse er højere, hvis den udsendte⁵⁴:

- Havde købt de udvalgte lægemidler før udsendelse (ref. ikke køb før)
- Er en kvinde (ref. mand)
- Var 25 år eller ældre på den første udsendelse (ref. 25-44 år)
- Har en kort eller lang uddannelse (ref. mellem uddannelse).
- Har været anbragt uden for hjemmet i barndommen (ref. ikke anbragt)
- Var ledig året inden udsendelsen (ref. ikke ledig)
- Har været udsendt som konstabel eller har været udsendt i perioden, hvor grad er uoplyst, dvs. i perioden 1992-1996 (ref. konstabel)
- Er blevet repatrieret under udsendelse (ref. ikke repatrieret)

54. Vi har også estimeret modellen med første mission i stedet for missionserfaring, og vi fandt igen, at UNPROFOR og IFOR som første mission øger sandsynligheden, mens sandsynligheden mindskes, hvis første mission var ISAF, og de andre parametre var uændret.

- Er opvokset i en eneforsørgerfamilie (ref. ikke opvokset i en eneforsørgerfamilie)
- Har været udsendt til både Eksjugoslavien og Irak og Afghanistan (ref. andre lande)
- Har været udsendt til Eksjugoslavien og Irak (ref. andre missionserfaringer)
- Har været udsendte til Eksjugoslavien og Afghanistan (ref. andre lande)
- Har været Afghanistan og Irak (ref. andre lande)
- Har været senest udsendt for mere end 6 år siden (ref. 3-5 år siden seneste udsendelse)

SAMMENLIGNING AF UDSENDTE OG KONTROLGRUPPEN

Ligesom for psykiatriske diagnoser sammenligner vi i dette afsnit køb af medicin mod psykiske sygdomme blandt de udsendte (6.778 udsendte) og kontrolgruppen (104.790 personer).⁵⁵

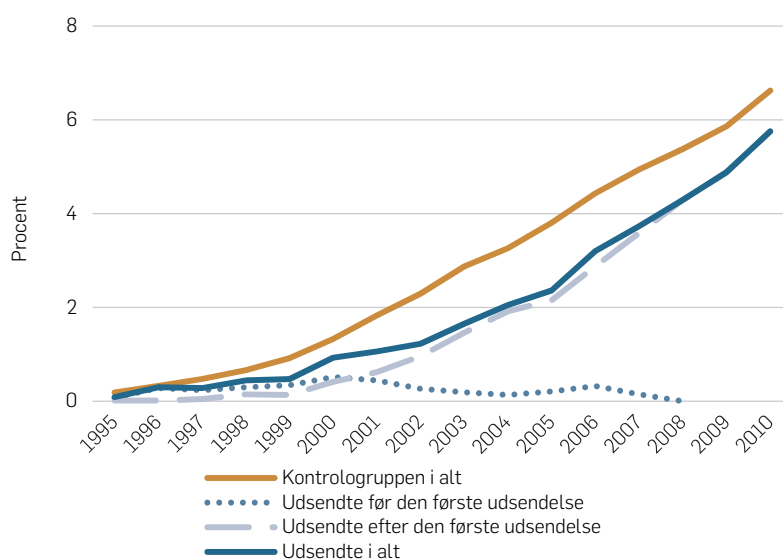
Figur 5.2 viser køb blandt de udsendte i henholdsvis perioden før og efter deres første udsendelse samt deres samlede køb per år. Da alle personer er med i alle 16 år, er procentdelen udregnet på baggrund af den samme population hvert år. Figur 5.2 viser, at de to grupper følger den samme udvikling, men at det især er efter udsendelse, at der sker en stigning blandt de udsendte.

Vi har desuden undersøgt, hvor mange blandt udsendte og personer i kontrolgruppen der køber medicin mod psykiske sygdomme inklusive smertestillende midler. Resultatet ligner meget det, vi kan se i figur 5.2. Det lader således ikke til, at de tidligere udsendte misbruger smertestillende midler.

55. Personer, der er ind- eller udvandret eller døde i perioden, er ikke medtaget.

FIGUR 5.2

Udsendte og personer i kontrolgruppen, som har købt medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, særligt for før og efter udsendelse for de udsendte. Procent.



Anm.: Udsendte: 6.778 observationer for hvert år. Kontrolgruppen: 104.790 observationer for hvert år.
Kilde: SFI's datagrundlag.

FØRSTEGANGSUSENDTE I 2002 VS. KONTROLGRUPPEN

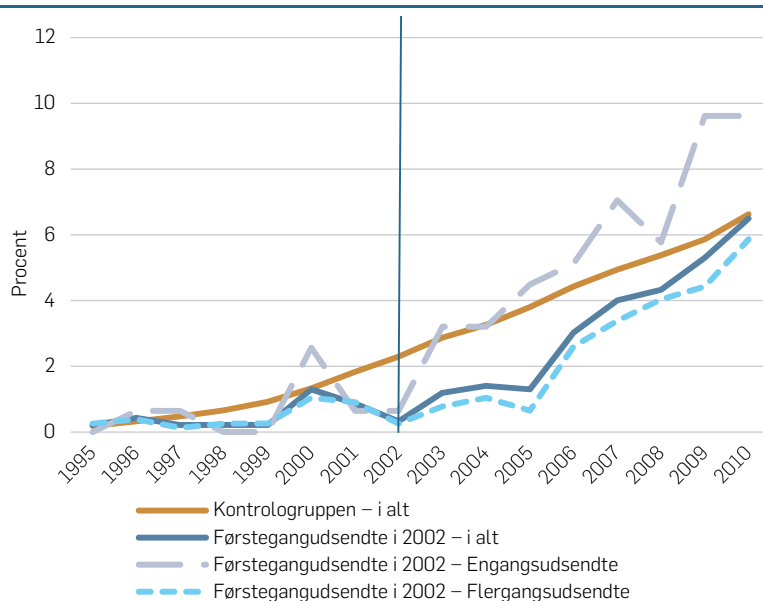
Ligesom i kapitel 4 vil vi i dette afsnit fokusere på de udvalgte fødselsår-gange (1975-1982) og sammenligne de udsendte og kontrolgruppen før og efter år 2002. Figur 5.3 viser sammenligningen af de førstegangsudsendte og kontrolgruppen fra fødselsårgangene 1975-1982. Perioden før og efter er nu bedre afgrænset, idet alle de udsendte har været udsendt for første gang i 2002. Figuren viser, at det især er tre år efter første udsendelse, at antallet af udsendte, der køber den udvalgte medicin eksklusive smertestillende midler, stiger.

I 2002 er hyppigheden af medicinkøb lavere blandt udsendte end blandt personer i kontrolgruppen (p -værdi = 0), men i 2010 er der ikke længere signifikant forskel mellem hyppigheden af medicinkøb i de to grupper (p -værdi = 0,947). Når vi ser på udviklingen gennem perioden, viser det sig desuden blandt førstegangsudsendte i 2002, at hyppigheden fra 1999 til 2010 bliver øget med en faktor 30, mens den for personer i

kontrolgruppen bliver øget med en faktor 7. Ligesom i kapitel 4 har vi derudover for hver årgang separat undersøgt, om den samme tendens gør sig gældende. Analyserne viser, at tendensen er den samme på tværs af årgange. Det betyder, at stigningen efter år 2002 ikke kan skyldes alderseffekten, selvom de førstegangsendte i gennemsnit er cirka seks måneder ældre end kontrolgruppen gennem hele perioden.

FIGUR 5.3

Førstegangsendte i 2002 og personer i kontrolgruppen, som har købt medicin mod psykiske sygdomme i perioden 1995-2010, særligt for engangs- og flergangsendte for de udsendte. Procent.



Anm.: Den lodrette linje angiver år 2002, der er udsendelsesåret for de udsendte. Udsendte: 924 observationer for hvert år (156 engangsendte og 768 flergangsendte). Kontrolgruppen: 104.790 observationer for hvert år.
Kilde: SFI's datagrundlag.

Mængden af medicin, der købes, kan opgøres i definerede døgndoser (DDD), der er et mål fastsat af WHO, der gør det muligt at sammenligne omfanget af den købte medicin i to grupper. Derfor vil vi i sammenligningen med kontrolgruppen fokusere på definerede døgndoser, jf. boks 5.2.

BOKS 5.2

Defineret døgn-dosis (DDD)

En defineret døgn-dosis (DDD) defineres som "den formodede gennemsnitlige vedligeholdelsesdosis per dag for lægemidlets hovedindikation hos voksne". DDD fastsættes ud fra en gennemsnitsdosis per døgn for en voksen person. DDD afspejler ikke nødvendigvis den anbefalede daglige dosis, men det er en måde at gøre medicinforbrug sammenligneligt på.

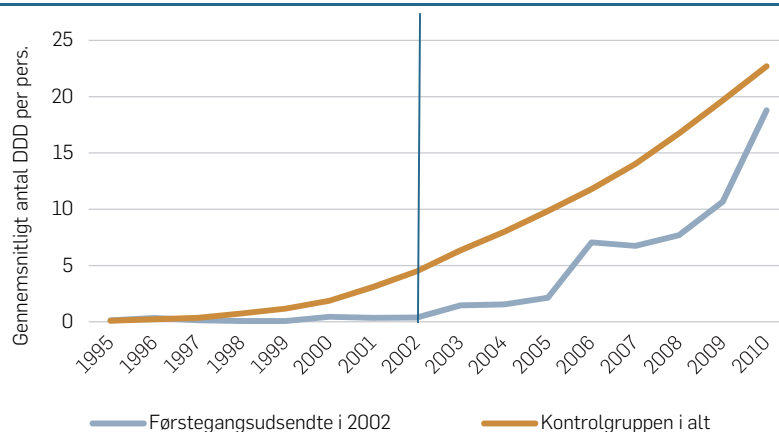
Siden 1982 har The WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology i Oslo været ansvarlig for udviklingen og vedligeholdelsen af ATC/DDD-systemet. Formålet med ATC/DDD-systemet er således at virke som et statistisk værktøj, der skal fremme kvaliteten af forskningen ved at gøre det lettere at præsentere og sammenligne forbruget af lægemidler mellem forskellige grupper. Vi bruger WHO's DDD-værdier 2010.

Kilde: WHO (2012) og Lægemiddelstyrelsen (2012a).

I de tidligere figurer har vi set på antal personer blandt de udsendte og i kontrolgruppen, som køber medicin mod psykiske sygdomme. Figur 5.4 viser udviklingen i antal købte DDD'er af medicin mod psykiske sygdomme blandt førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen.

FIGUR 5.4

Gennemsnitligt antal definerede døgndoser (DDD) af medicin mod psykiske sygdomme blandt førstegangsendte i 2002 og kontrolgruppen. Antal.



Anm.: Den lodrette linje angiver år 2002, der er udsendelsesåret for de udsendte. Udsendte: 924 observationer for hvert år. Kontrolgruppen: 104.790 observationer for hvert år. WHO's DDD-værdier 2010.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Figuren viser, at antallet af købte DDD'er blandt de udsendte er konstant frem til 2003, hvorefter det stiger. Det vil sige, at der begynder at ske en stigning ét år efter deres første udsendelse. Vi har desuden undersøgt udviklingen i køb af DDD'er for de forskellige typer af medicin mod psykiske sygdomme, og det er især køb af DDD'er af antidepressive midler (N06A), der forårsager stigningen (figuren er ikke vist). Det hænger godt sammen med resultaterne fra kapitlet om psykiatriske diagnoser, der peger på, at affektive lidelser (fx depression) er blandt de hyppigst forekommende diagnoser efter udsendelse.

STOFMISBRUGSBEHANDLING

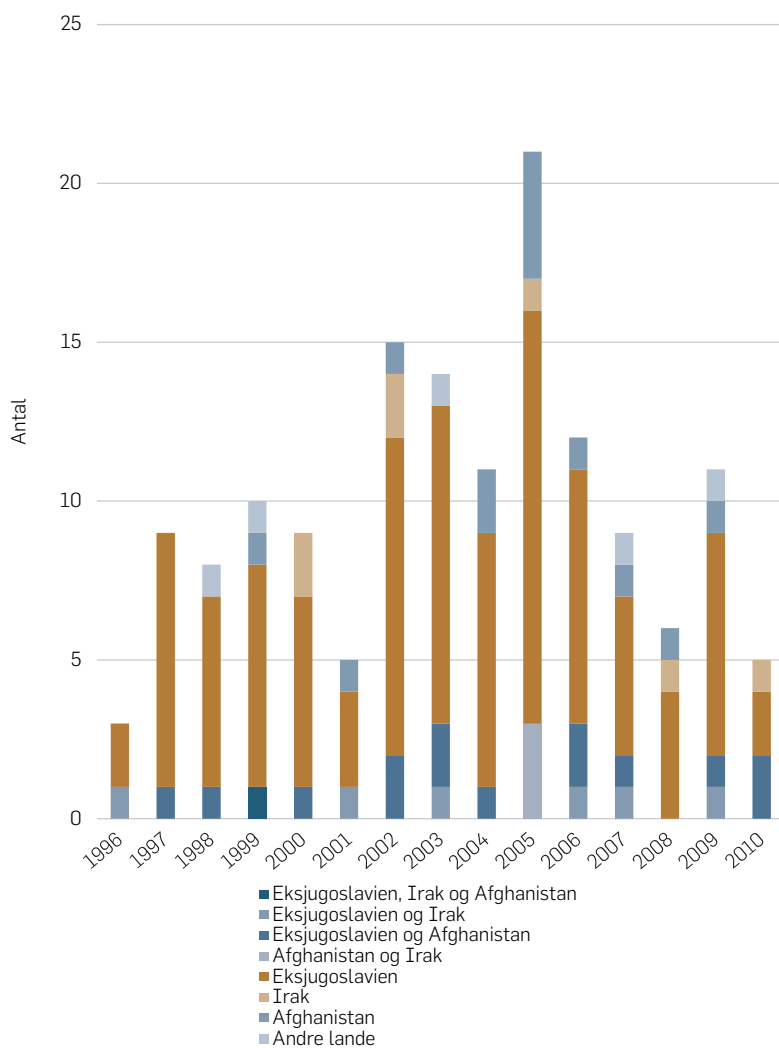
Et yderligere forhold, der kan indikere et dårligt psykisk helbred, er at have et misbrug af euforiserende stoffer. Fra registret over stofmisbrugere i behandling kan vi få viden om, hvorvidt de udsendte har været eller er i behandling for stofmisbrug.

STOFMISBRUGSBEHANDLING I PERIODEN 1996-2010 BLANDT DE UDSENDTE

Overordnet set er der relativt få blandt de udsendte, der er registreret i misbrugsregistret. Figur 5.5 viser antal udsendte i misbrugsbehandling i perioden 1996-2010, og igen er udsendte, der udelukkende har været udsendt til Eksjugoslavien overrepræsenterede. Udsendte til Eksjugoslavien udgør 66 pct. af de udsendte, som har været i misbrugsbehandling, mens de udgør 58 pct. af alle udsendte samlet set.

FIGUR 5.5

Udsendte i misbrugsbehandling i perioden 1996-2010. Opdelt efter år, særskilt for missionserfaring. Antal.



Anm.: Antal i alt 148.
 Kilde: SFI's datagrundlag.

HVORNÅR HAR DE UDSENDTE VÆRET I MISBRUGSBEHANDLING?

I alt er der 148 udsendte, som har været i misbrugsbehandling. Det svarer til 0,6 pct. af alle udsendte i perioden 1992-2009. Blandt de udsendte, som optræder i misbrugsregistret i perioden 1995-2010, er der 2 ud af 3, som har været i behandling før deres første udsendelse. Der er 7 udsendte, som har været i misbrugsbehandling mellem to udsendelser.

TABEL 5.7

Udsendte i misbrugsbehandling i perioden 1996-2010 opdelt efter før og efter første udsendelse. Antal og procent.

Optræder i misbrugsregistret i forhold til første udsendelsesår	Antal	Procent
Kun før	47	0,2
Kun efter	97	0,4
Både før og efter	4	0,0
Ikke i misbrugsbehandling hverken før eller efter	25.890	99,4
I alt	26.038	100,0

Kilde: SFI's datagrundlag.

SAMMENLIGNING AF UDSENDTE OG KONTROLGRUPPEN

Når vi undersøger antallet af personer, som har været i misbrugsbehandling i perioden 1995-2010 blandt de udsendte og kontrolgruppen⁵⁶, finder vi, at 1.708 (1,6 pct.) personer i kontrolgruppen optræder i misbrugsregistret, mens dette gælder 55 personer (0,5 pct.) blandt de udsendte. Der er således ikke noget, der tyder på, at de tidligere udsendte har psykiske problemer, der udmønter sig i et misbrug, og vi vil derfor ikke gå mere i dybden med misbrugsregistret.

HVOR MANGE HAR FÅET PSYKISKE MÉN EFTER DERES FØRSTE UDSENDELSE?

I dette afsnit undersøger vi, hvor mange udsendte der viser tegn på psykiske mén i form af enten at være registreret med en psykiatrisk diagnose, køb af medicin mod psykiske sygdomme eller misbrugsbehandling. Når vi sammenligner de udsendte og kontrolgruppen (dvs. fødselsårgangene 1975-1982 i begge grupper), finder vi, at de udsendte generelt har færre psykiatriske diagnoser, de køber mindre medicin mod psykiske sygdom-

56. Mænd fra fødselsårgangene 1975-1982, der hverken er ind- eller udvandret eller døde i perioden 1995-2010.

me, ligesom der er færre, der har været i misbrugsbehandling. Alt i alt optræder 19 pct. af personerne i kontrolgruppen i ét af disse tre registre, mens det samme gælder for knap 17 pct. af de udsendte. Hvis vi fokuserer på de førstegangsendte i 2002 født mellem 1975 og 1982 og sammenligner deres situation før og efter 2002, stiger andelen af udsendte, der optræder i mindst et af de tre registre mere end andelen i kontrolgruppen.

Blandt alle de ca. 26.000 udsendte i perioden 1992-2009, uanset fødselsårgang, er der i perioden 1995-2010 i alt 5.290 personer (20 pct. af alle udsendte), der er registreret med enten en psykiatrisk diagnose, køb af den udvalgte medicin eller som har modtaget misbrugsbehandling. For 83 pct. af dem sker registreringen efter deres første udsendelse.⁵⁷ I alt er der knap 17 pct. af de udsendte, der findes i registrene efter udsendelse uden at være registreret før. En vigtig hypotese, som vi arbejder med, er, at hvis soldaterne ikke har fået en psykiatrisk diagnose, været i misbrugsbehandling eller købt medicin mod psykiske sygdomme før udsendelse, så kan ændringerne i soldaternes psykiske helbred henføres til udsendelse, især hvis ændringerne i soldaternes sundhedsprofil afviger fra en sammenligning kontrolgruppe. I følge vores arbejdshypotese vil det betyde, at knap 17 pct. af de udsendte (4.338 personer) har fået psykiske mén af deres udsendelse.⁵⁸ Det tal passer med resultatet af spørgeskemaundersøgelsen (jf. Lyk-Jensen m.fl., 2012 *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*), hvor 17 pct. af respondenterne svarer, at de har fået større eller mindre psykiske mén af deres udsendelse.

OPSAMLING

Vi har i dette kapitel undersøgt køb af udvalgte typer af medicin mod psykiske sygdomme, samt hvor mange blandt de udsendte der har været i behandling for misbrug. Ligesom i det foregående kapitel, der omhandler psykiatriske diagnoser og kontakter, er det særligt tidligere udsendte til Eksjugoslavien, der køber den udvalgte medicin og er i misbrugsbehandling. Desuden fandt vi, at repatrierede i perioden 2005-2009 er i risikogruppen.

57. 655 udsendte optræder i disse registre både før og efter deres første udsendelse.

58. Det svarer til 24 pct. af de udsendte, hvis vi inkluderer køb af smertestillende midler.

Analysen af køb af medicin mod psykiske sygdomme indikerer mulige langsigtede konsekvenser af udsendelse (medianen er 5 år efter første udsendelse og 3 år efter seneste udsendelse), og det er derfor vigtigt at pointere, at det endnu er for tidligt at drage konklusioner om særligt de senere generationer af udsendte. Analyserne peger på følgende konklusioner:

Medicinkøb:

- Risikoen for at købe medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse er større for udsendte, der havde købt de udvalgte lægemidler før udsendelse, er blevet repatrieret under udsendelse, har været udsendt for mere end 6 år siden, har været udsendt til Eksjugoslavien og Irak og Afghanistan, Eksjugoslavien og Irak, Eksjugoslavien og Afghanistan eller Afghanistan og Irak, har været anbragt uden for hjemmet i barndommen, var ledige året inden udsendelsen, er opvokset i en eneforsørgerfamilie, har kort eller lang uddannelse, var over 25 år på tidspunktet for første udsendelse eller er kvinder.
- Når vi sammenligner førstegangsendte i 2002 fra fødselsårgangene 1975-1982 med kontrolgruppen, kan vi konstatere en stigning i antallet af køb af medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelse, dvs. efter år 2002.

Misbrugsbehandling:

- Tidligere udsendte til Eksjugoslavien er ligeledes overrepræsenterede blandt udsendte i misbrugsbehandling, også når vi tager højde for, at de udgør den største andel af de udsendte i perioden 1992-2009.
- Dog er der generelt få tidligere udsendte, der er i misbrugsbehandling (0,5 pct. sammenlignet med 1,6 pct. i kontrolgruppen).

Psykiske mén samlet:

- I alt er der knap 17 pct. af de udsendte, der findes i sundhedsregistre efter udsendelse uden at være registreret før. Det vil sige, at der er 17 pct., som enten er registreret med en psykiatrisk diagnose,

har købt medicin mod psykiske sygdomme eller har været i behandling for stofmisbrug efter udsendelse uden at være registreret før.

ARBEJDSSKADER

I dette kapitel undersøger vi udbredelsen af anmeldte arbejdsskader blandt tidligere udsendte. Dette forskningsprojekt handler om konsekvenser af udsendelser, og hvis en arbejdsskade opstår i forbindelse med udsendelse, er det en konkret konsekvens. Vi har tidligere kortlagt antallet af sårede og repatrierede soldater (Lyk-Jensen m.fl., 2011), og vi har nu mulighed for at undersøge, om de tidligere udsendte, som får anmeldt eller registreret en arbejdsskade, er de samme som de sårede og repatrierede, eller om der er tale om en tredje gruppe. Vi har fået adgang til data fra Arbejdsskadestyrelsen (ASK) og Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK), hvorved vi har oplysninger om udbredelsen af anmeldte arbejdsskader blandt de tidligere udsendte.

HVAD ER EN ARBEJDSSKADE?

Det er muligt at få anerkendt en arbejdsskade, hvis den er en følge af ens arbejde eller de forhold, ens arbejde foregår under. Forsvaret er til tider en fysisk krævende arbejdsplads, og særligt i forbindelse med udsendelse kan kravene til de udsendtes fysiske og mentale form være høje. Det er ikke før kortlagt, hvor udbredt anmeldte arbejdsskader er blandt tidligere udsendte soldater.

BOKS 6.1

Definition af en arbejdsskade, herunder arbejdsulykke og erhvervssygdom.

Arbejdsskade

En arbejdsskade dækker over to forskellige begreber: arbejdsulykker og erhvervssygdomme¹. En arbejdsskade skal anerkendes, for at en person kan få erstatning. Det er Arbejdsskadestyrelsen (ASK) som ud fra arbejdsskadeloven træffer afgørelsen om, hvorvidt der er tale om en arbejdsskade, og om der skal tildeles godtgørelse eller erstatning. Det er muligt, at en skade bliver anerkendt, uden at der tilkendes erstatning i sagen.

Arbejdsulykke

En arbejdsulykke er en fysisk eller psykisk helbredsskade som følge af en påvirkning, der sker pludseligt eller i løbet af fem dage. Arbejdsgiveren har ifølge loven pligt til at anmelde en arbejdsulykke. Arbejdsgivers forsikringselskab udbetaler eventuelle erstatninger for en arbejdsulykke for private firmaer. I offentlige myndigheder udbetaler ASK et udlæg og indkræver efterfølgende beløbet af fx forsvarer, som er selvforsikret. I 2004 blev (dele af) en ny lov om arbejdsskadesikring gennemført ved en arbejdsskadereform. Reformen indførte bl.a. ovennævnte ulykkesbegreb, som er bredere end det forrige. Ét af målene med reformen var, at anerkendelsesprocenten skulle øges.

Erhvervssygdom

En erhvervssygdom er en sygdom, som skyldes arbejdet eller arbejdsforholdene. Sygdommen kan opstå efter kortere eller længere tids påvirkning, oftest flere år. Det er lægen eller tandlægen, som har pligt til at anmelde en formodet eller konstateret erhvervssygdom. Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring udbetaler eventuelle erstatninger for erhvervssygdomme. Som en anden del af arbejdsskadereformen blev erhvervssygdomsbegrebet udvidet pr. 1. januar 2005 – et år senere end arbejdsulykkebegrebet. Kravene til den lægelige dokumentation, der skulle foreligge, for at en erhvervssygdom kunne blive anerkendt, blev lempet i forbindelse med reformen og diagnosen PTSD blev tilføjet til erhvervssygdomsfortegnelsen.

1. Derudover registreres brilleskader og pludselige løfteskader (indtil 1. januar 2004) særskilt i ASK. Disse er ikke medtaget i analysen.

Kilde: Arbejdsskadestyrelsen.

I dette kapitel vil vi undersøge følgende:

- Hvor mange af de udsendte har fået anmeldt en arbejdsskade?
- Hvor mange har fået anmeldt en erhvervssygdom på baggrund af diagnosen PTSD?
- Er de udsendte med en anmeldt eller registreret arbejdsskade indeholdt i gruppen af sårede og repatrierede, som vi tidligere har kortlagt?
- Hvor mange af de udsendte, der har fået anmeldt eller registreret en arbejdsskade, er indeholdt i gruppen af udsendte, som har fået en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske lidelse eller har været i behandling for stofmisbrug, som blev beskrevet i kapitel 4 og 5?

Den generelle udvikling i anmeldelsen af arbejdsskader i samfundet i analyseperioden kan tænkes at være påvirket af flere forhold (fx lovændringer, højesteretsafgørelser m.m.). Derudover kan der være forskellig anmeldelsesadfærd mellem brancher, selvom loven tilsiger, at arbejdsgiveren har anmeldelsespligten ved arbejdsulykker og læge/tandlæge ved erhvervssygdomme. I den forbindelse har personer ansat ved forsvaret påpeget, at forsvaret har en anmeldelsespolitik, som indebærer, at alle skader anmeldes.

OPLYSNINGER OM ARBEJDSKADER

Vi har modtaget data både fra ASK og FAEK, som vi vil benytte til at kortlægge omfanget af anmeldte og registrerede arbejdsskader blandt de udsendte.

BOKS 6.2

Definition af méngrad og erhvervsevnetab.

En arbejdsskade skal anerkendes, for at en person kan få erstatning i form af bl.a. godtgørelse for varigt mén, erhvervsevnetab eller betaling af udgifter til behandling eller hjælpemidler. Ved mindre skader, hvor der ikke er tale om varige mén, erhvervsevnetab, eller hvor skadelidte er syg mindre end 5 uger som følge af arbejdsulykken, kan Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor selv behandle sagen med henblik på tilkendelse af behandlingsudgifter eller hjælpemidler.

Méngrad

Méngraden er en medicinsk vurdering af den økonomiske godtgørelse, som gives for den daglige ulempe, skaden har betydet for den personlige livsførelse, uanset køn, erhverv, indkomst m.m.

Erhvervsevnetab

Et erhvervsevnetab opstår, når en arbejdsskade forværrer den enkeltes muligheder for at tjene penge ved at arbejde.

Kilde: Arbejdsskadestyrelsen.

OPLYSNINGER FRA ARBEJDSKADESTYRELSEN

Fra ASK har vi oplysninger om anmeldte arbejdsskader sket i perioden 1992-2009. Vi har oplysninger om *alle* anmeldelser foretaget af enten arbejdsgiveren (ved arbejdsulykker) eller læge/tandlæge (ved erhvervssygdomme) på vegne af de udsendte. En del af disse anmeldelser til ASK vil

være opstået i forbindelse med hændelser eller arbejdsforhold, som ikke er relateret til en udsendelse, da de udsendte langt fra er ansat i forsvaret i hele perioden og kan opleve en arbejdsskade i forbindelse med arbejde hos en anden arbejdsgiver.⁵⁹ Desuden kan der opstå arbejdsulykker eller erhvervssygdomme på grund af arbejde i forsvaret inden for Danmarks grænser.

Vi har også data fra ASK omhandlende den kontrolgruppe, vi tidligere har defineret og vil sammenligne udbredelsen af anmeldelser til ASK blandt udsendte og kontrolgruppen. Når vi sammenligner med kontrolgruppen, ser vi på alle anmeldelser i skadesperioden 1992-2009.

ANMELDTE ARBEJDSULYKKER REGISTRERET HOS ARBEJDSKASTYRELSEN

Vi undersøger udbredelsen af anmeldte arbejdsulykker mere detaljeret for de udsendte og inkluderer kun de anmeldte arbejdsulykker, vi har kunnet knytte til en udsendelsesperiode, dvs. hvor skadesdatoen ligger inden for start- og sluttidspunkt for udsendelsen. Desuden ser vi kun på anmeldte arbejdsulykker registreret hos ASK i perioden 1997-2009. Denne tidsafgrænsning skyldes dels, at oplysninger om erstatningsbeløb først er validt registreret i ASK's elektroniske system fra 1997, og dels er det den periode, hvor vi har data fra FAEK. Disse betingelser betyder, at der, når vi knytter arbejdsulykker til en specifik udsendelse, er 680 anmeldte arbejdsulykker (fordelt på 649 personer), som indgår i analysen – se bilag 2 for detaljer.

ANMELDTE ERHVERVSSYGDOMME REGISTRERET HOS ARBEJDSKASTYRELSEN

For erhvervssygdomme er det sjældent muligt at angive en konkret skadesdato, idet sygdommen ofte opstår efter længere tids påvirkning. På grund af disse vanskeligheder er det i lovgivningen bestemt, at skadesdatoen i forbindelse med erhvervssygdomme er identisk med anmeldelsesdatoen. Der er i den forstand et efterslæb i forhold til erhvervssygdomme, da der i de fleste tilfælde går nogen tid, inden sygdommen indtræder, og omfanget er kendt. Derfor er det ikke hensigtsmæssigt at knytte udsendelser på skadesdatoen, når det drejer sig om erhvervssygdomme, da der er stor sandsynlighed for, at sygdommen viser sig på et senere tids-

59. Det er ikke muligt at få valide tal fra ASK omhandlende arbejdsgiverkoder relateret til anmeldt skade.

punkt i forhold til udsendelsen. Vi har således valgt at undersøge alle anmeldte erhvervssygdomme foretaget af veteranerne i perioden 1997-2009 på trods af, at ikke alle disse sygdomme nødvendigvis er opstået på grund af udsendelser. Der er 1.725 anmeldte erhvervssygdomme (fordelt på 1.531 personer), som indgår i analysen – se bilag 2 for detaljer.

Vi har information om typen af den anmeldte arbejdsskade (arbejdsulykke/erhvervssygdom), skadesdato, kendelse (anerkendt/afvist), arbejdsulykkens art, erhvervssygdommens diagnose, méngrad (se boks 6.2), erhvervsevnetab, méngodtgørelse og erhvervsevnetaberstatning for samtlige anmeldelser til ASK.

OPLYSNINGER FRA FORSVARETS ARBEJDSSKADE- OG ERSTATNINGSKONTOR

Vi har også modtaget data fra Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK) omhandlende arbejdsulykker registreret i forbindelse med udsendelser til internationale missioner. FAEK behandler ikke sager vedrørende erhvervssygdomme. I alt har vi modtaget oplysninger om 3.290 arbejdsulykker fra perioden 1997-2009. Vi har i vores analyse medtaget de arbejdsulykker, hvortil vi har kunnet knytte en udsendelse, dvs. hvor skadesdatoen ligger inden for udsendelsesperioden. Dette krav og rensning af data bevirker, at der i den efterfølgende beskrivelse indgår 2.809 registrerede arbejdsulykker hos FAEK fordelt på 2.416 personer. Det svarer til knap 90 pct. af FAEK's registreringer i perioden – se bilag 3 for detaljer.

De arbejdsulykker, som FAEK håndterer, er ifølge FAEK enten forårsaget af en fysisk skade (typisk) eller en psykisk skade. Ved anmeldelsen fremsendes samtidig en lægeerklæring. FAEK vurderer bl.a. ud fra lægeerklæringen, om skaden kan antages at forvolde varigt mén (5 pct. eller derover) eller et erhvervsevnetab (15 pct. eller derover). Hvis dette er tilfældet, bliver sagen oversendt til ASK, som træffer afgørelsen. Det er primært méngraden, der er den afgørende faktor. Mén kan konstateres relativt tidligt, fx giver en mistet lillefinger 8 pct. mén, men om det giver erhvervsevnetab afhænger bl.a. af det arbejde, den pågældende person har. Såfremt skadelidte er uenig i FAEK's vurdering, kan vedkommende rette henvendelse til FAEK og bede om at sagen overdrages til ASK.

Fra FAEK har vi oplysninger om skadesdato, skadesland og méngrad.

Der er et overlap mellem personer registreret i ASK og FAEK, idet 668 personer både har fået anmeldt en sag (arbejdsulykke eller erhvervssygdom) hos ASK i perioden 1997-2009 og indgår i FAEKs registreringer.

ARBEJDSSKADESTYRELSEN

HVORDAN ER UDBREDELSEN AF ANMELDTE ARBEJDSSKADER BLANDT DE UDSENDTE SAMMENLIGNET MED KONTROLGRUPPEN?

På baggrund af data fra ASK kan vi undersøge udbredelsen af anmeldte arbejdsskader⁶⁰ i perioden 1992 til 2009 blandt de udsendte sammenlignet med den kontrolgruppe, vi tidligere har benyttet. For årgangene 1975-1982 (kun mænd) er der blandt de udsendte 19 pct.⁶¹, som har fået anmeldt mindst én arbejdsskade til ASK⁶², mens den samme andel i kontrolgruppen er 9 pct.⁶³ Desuden findes der flere blandt de udsendte, som er døde på grund af deres arbejde (0,1 pct.) i forhold til kontrolgruppen (0,02 pct.). Udbredelsen af anmeldte arbejdsskader er således dobbelt så stor blandt de tidligere udsendte i forhold til kontrolgruppen, men det er vigtigt at understrege, at arbejdsskaderne anmeldt på vegne af de udsendte ikke nødvendigvis er opstået i forbindelse med en udsendelse. De udsendte kan have forskellige arbejdspladser i perioden, og vi har ikke kendskab til, hvor kontrolgruppen er ansat. Det er ikke muligt at få valide oplysninger fra ASK angående arbejdsgiverkoder i forhold til arbejdsskadeanmeldelser. En anden faktor, som også kan spille ind, er, at der inden for forsvaret er meget stort fokus på anmeldelse af arbejdsskader og måske endda større fokus end i andre erhverv. Tallene viser, at de tidligere udsendte generelt har fået anmeldt flere arbejdsskader end kontrolgruppen. Vi har også undersøgt fordelingen af kendelser for anmeldte arbejdsskader, og resultatet viser ligeledes, at dobbelt så mange af de udsendte har fået en arbejdsskade anerkendt i forhold til kontrolgruppen.

Hvis vi kigger på fordelingen af anmeldte arbejdsulykker versus erhvervssygdomme, er der mindre forskelle mellem de udsendte og kontrolgruppen. Det er 18 pct. af anmeldelserne foretaget på vegne af de udsendte, som omhandler en erhvervssygdom, mens denne andel er 16

60. Det vil sige arbejdsulykker og erhvervssygdomme.

61. 1.289/6.778 udsendte. Vandrede og døde er ikke inkluderet.

62. Skaden indtruffet i perioden 1992-2009.

63. 9.880/104.790 i kontrolgruppen. Vandrede og døde er ikke inkluderet.

pct. i kontrolgruppen. Der er 82 pct. af anmeldelserne blandt de udsendte, som baserer sig på en arbejdsulykke, mens dette gælder for 84 pct. i kontrolgruppen.

Når vi ser på sager, der involverer erhvervssygdomme, er der blandt de udsendte 18 pct. af disse (52 ud af 294 anmeldte erhvervssygdomme), som er anmeldt på baggrund af en psykisk lidelse, mens den tilsvarende andel for kontrolgruppen er 5 pct. (99 ud af 1.816 anmeldte erhvervssygdomme). Der er således en betragtelig større andel af de tidligere udsendte, som har fået anmeldt en psykisk erhvervssygdom. Hvis vi kun ser på posttraumatisk belastningsreaktion, er der 10 personer i kontrolgruppen (ud af 104.790 personer i alt), som har fået anmeldt en erhvervssygdom på baggrund af denne diagnose, mens der er 33 tidligere udsendte (blandt 6.778 personer i alt), hvilket igen er en markant overrepræsentation for de udsendtes vedkommende.

BESKRIVELSE AF ANMELDTE ARBEJDSULYKKER, DER ER KNYTTET TIL EN UDSENDELSE

Der er som anført 680 anmeldte arbejdsulykker (fordelt på 649 personer) ifølge ASK, hvor arbejdsulykken er opstået inden for en udsendelsesperiode. ASK's kendelser i disse sager ses i tabel 6.1, hvor det fremgår, at for 33 pct. af de anmeldte arbejdsulykker registreret hos ASK i perioden 1997-2009, er der blevet tilkendt en erstatning, 37 pct. er anerkendt uden erstatning, mens 21 pct. er blevet afvist. Det er vigtigt at huske på, at vi fokuserer på årene 1997-2009, og der har været en arbejdsskadereform midt i perioden (1. januar 2004), hvorefter arbejdsulykkesbegrebet blev ændret og gjort bredere. Afvisningsprocenten vil derfor formentlig være højere i begyndelsen af perioden og lavere efter 2004.

TABEL 6.1

Kendelse for anmeldte arbejdsulykker blandt de udsendte i perioden 1997-2009 ifølge Arbejdsskadestyrelsen, fordelt efter type af kendelse. Antal og procent.

	Antal	Procent
Erstatning	223	33
Anerkendt uden erstatning	253	37
Afvist	143	21
Henlagt uden anerkendelse	34	5
Andre (herunder sager under behandling)	27	4
I alt	680	100

Anm.: Anmeldte arbejdsulykker, som er knyttet til en udsendelse, dvs. hvor skadesdato ligger inden for en udsendelsesperiode.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Vi har undersøgt den psykiske sundhedsprofil hos de personer, der har fået deres anmeldte arbejdsulykke afvist sammenlignet med dem, der har fået deres sag anerkendt.⁶⁴ Hypotesen er, at de tidligere udsendte, der ikke får anerkendt deres sag, kan opleve en forværring af deres situation som følge af afvisningen. På den anden side, hvis systemet virker, bør det være dem, der får anerkendt deres sag, som har en reel skade (og dermed et større forbrug af sundhedssystemet). Der er i data ingen tegn på, at de personer, der har fået anmeldt en arbejdsulykke, som er blevet afvist, har det værre end dem, hvis arbejdsulykke er blevet anerkendt, da der ikke er markante forskelle mellem de to grupper med hensyn til psykiatriske diagnoser eller køb af medicin mod psykiske sygdomme.

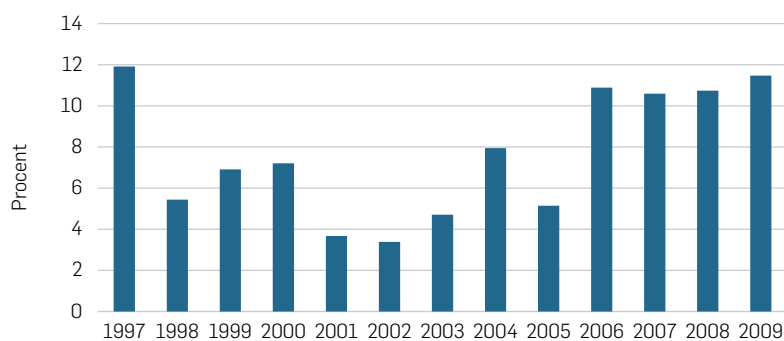
Samlet set er der knap 30 pct. af de tidligere udsendte, som har fået anmeldt en arbejdsulykke, der enten har fået en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske sygdomme eller er blevet behandlet for stofmisbrug i perioden 1995-2010.

Hvis vi ser på det samlede antal anmeldte arbejdsulykker til ASK i perioden 1997-2009 fordelt på skadesår, finder vi (jf. figur 6.1), at 12 pct. af de anmeldte arbejdsulykker er indtruffet i 1997. I de efterfølgende år er en mindre andel af de anmeldte arbejdsulykker opstået, og fra 2006 til 2009 er der hvert år blevet anmeldt ca. 11 pct. af arbejdsulykkerne i den samlede periode.

64. Der er syv personer, som både har en anerkendt sag og en anden sag, der er blevet afvist – disse har vi kun inkluderet i gruppen af personer, hvis anmeldelse er blevet afvist.

FIGUR 6.1

Anmeldte arbejdsulykker blandt de udsendte i perioden 1997-2009 fordelt efter skadesår ifølge Arbejdsskadestyrelsen. Procent.



Anm.: Anmeldte arbejdsulykker, som er knyttet til en udsendelse, dvs. hvor skadesdato ligger inden for en udsendelsesperiode. I alt 680 anmeldte arbejdsulykker. Anmeldte arbejdsulykker, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

I tabel 6.2 ser vi på skadesåret og de lande, hvor den anmeldte arbejdsulykke er opstået. Tabellen afspejler som forventet det forløb, som Danmarks militære indsats har gennemgået hen over perioden. I årene 1997-2003 er anmeldte arbejdsulykker hovedsagligt opstået i det nuværende Eksjugoslavien. I 2005 er det primært Irak, mens det i 2007-2009 er missionen i Afghanistan, der er skyld i flest anmeldte arbejdsulykker.

TABEL 6.2

Anmeldte arbejdsulykker blandt de udsendte i perioden 1997-2009 ifølge Arbejdsskadestyrelsen, opdelt efter skadesår og skadesland. Procent.

	Eksjugoslavien	Irak	Afghanistan	Andre lande	I alt	Antal i alt
1997	95	1	0	4	100	81
1998	100	0	0	0	100	37
1999	87	2	0	11	100	47
2000	96	0	0	4	100	49
2001	84	0	0	16	100	25
2002	83	0	17	0	100	23
2003	78	13	9	0	100	32
2004	43	43	11	4	100	54
2005	31	54	9	6	100	35
2006	16	42	36	5	100	74
2007	14	24	56	7	100	72
2008	11	4	82	3	100	73
2009	9	1	82	8	100	78
I alt	50	15	30	5	100	680

Anm.: Anmeldte arbejdsulykker som er knyttet til en udsendelse, dvs. hvor skadesdato ligger inden for en udsendelsesperiode. Anmeldte arbejdsulykker, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Typen af de anmeldte arbejdsulykker bliver beskrevet i tabel 6.3. Det fremgår, at den mest udbredte anmeldte arbejdsulykke er forstuvning, idet 43 pct. af de anmeldte arbejdsulykker omhandler denne type af skade. Dernæst følger sårskader og knoglebrud.

Méngraden er en medicinsk vurdering af den økonomiske kompensation, som gives for den daglige ulempe, som skaden medfører for den enkeltes livsførelse, uanset køn, erhverv, indkomst m.m. Som udgangspunkt er det underordnet, om skaden er opstået som følge af en arbejdsulykke eller en erhvervssygdom. Den mindste méngrad, som Arbejdsskadestyrelsen fastsætter, er 5 pct., og man kan ikke få erstatning for lavere méngrader. Den maksimale er normalt 100 procent, men i særlige tilfælde kan méngraden opgøres til 120 procent. Anmeldte arbejdsulykker fordelt på méngrad fremgår af tabel 6.4. For 13 pct. af de anmeldte arbejdsulykker er méngraden 5 pct. Der er 69 pct. af de anmeldte arbejdsulykker, der er uden méngrad. Den gennemsnitlige méngodtgørelse er godt 205.000 kr. udbetalt i forbindelse med 208 arbejdsulykker.

TABEL 6.3

Anmeldte arbejdsulykker blandt de udsendte i perioden 1997-2009, fordelt efter skadestype ifølge Arbejdsskadestyrelsen. Antal og procent.

Skadestype	Antal	Procent
Forstuvning, forvridding, forstrækning	291	43
Sårskade	62	9
Knoglebrud	60	9
Død	35	5
Bløddelsskade	22	3
Flere skader	19	3
Hjernerystelse og indre kvæstelser	15	2
Skader pga. chok	11	2
Forgiftning	9	1
Amputation	6	1
Skader pga. lyd eller vibration	5	1
Andre skader	87	13
Skadens art uoplyst	58	9
I alt	680	100

Anm.: Anmeldte arbejdsulykker, som er knyttet til en udsendelse, dvs. hvor skadesdato ligger inden for en udsendelsesperiode. Anmeldte arbejdsulykker, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

TABEL 6.4

Anmeldte arbejdsulykker blandt de udsendte i perioden 1997-2009 fordelt efter méngrad ifølge Arbejdsskadestyrelsen. Antal og procent.

Méngrad i procent	Antal	Procent
5	90	13
8-10	60	9
11-15	30	4
16-20	9	1
21-30	7	1
31-99	10	1
100-120	8	1
Anmeldte ulykker uden méngrad	466	69
I alt	680	100

Anm.: Anmeldte arbejdsulykker, som er knyttet til en udsendelse, dvs. hvor skadesdato ligger inden for en udsendelsesperiode. Anmeldte arbejdsulykker, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Hvis en arbejdsskade forringer en persons muligheder for at tjene penge ved arbejde, kan vedkommende få erstatning for tab af erhvervsevne, men der gives ikke erstatning for erhvervsevnetab på under 15 procent. Der er cirka 4 pct. af arbejdsulykkerne, anmeldt til ASK, som omhandler erhvervsevnetab på 15-75 procent, jf. tabel 6.5. Den gennemsnitlige erstatning for erhvervsevnetab er godt 2 mio. kr., og der er i alt 31 sager, hvor der har været en udbetaling.

TABEL 6.5

Anmeldte arbejdsulykker blandt de udsendte i perioden 1997-2009 fordelt på erhvervsevnetabsprocent ifølge Arbejdsskadestyrelsen. Antal og procent.

	Antal	Procent
15-35 procent	17	3
40-75 procent	10	1
Ingen erhvervsevnetab	653	96
I alt	680	100

Anm.: Anmeldte arbejdsulykker som er knyttet til en udsendelse, dvs. hvor skadesdato ligger inden for en udsendelsesperiode. Anmeldte arbejdsulykker, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

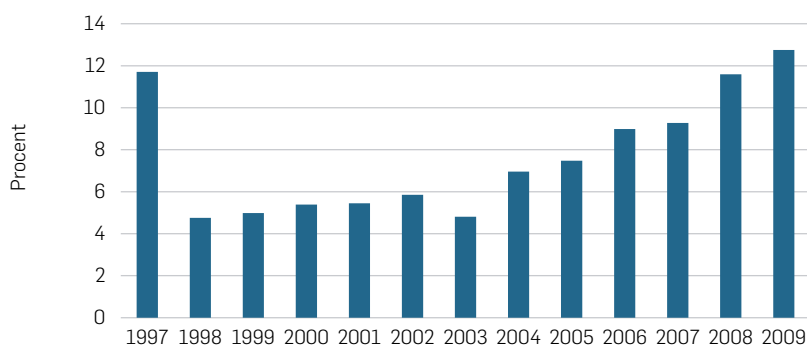
BESKRIVELSE AF ANMELDTE ERHVERVSSYGDOMMENE REGISTRERET HOS ASK

Der er 6 pct. af de udsendte i perioden 1992 til 2009, som har fået anmeldt en erhvervssygdom hos ASK i perioden 1997-2009. Som tidligere anført knytter vi ikke anmeldte erhvervssygdomme til udsendelser, men inddrager i stedet alle anmeldte erhvervssygdomme til ASK i perioden. Det er sjældent, at erhvervssygdomme har en eksakt skadesdato, da sygdommen ofte opstår efter længere tids påvirkning, hvorfor det ikke giver mening at opstille krav om, at skadesdato skal ligge inden for en udsendelsesperiode.

Af figur 6.2 kan man se udviklingen i andelen af anmeldte erhvervssygdomme i perioden. Bortset fra 1997, hvor knap 12 pct. af alle anmeldte erhvervssygdomme er registreret, er der en jævn stigning i antallet af anmeldte erhvervssygdomme hen over årene. Det er vigtigt at huske på, at arbejdsskadereformen ændrede erhvervssygdomsbegrebet (pr. 1. januar 2005), og herefter er reglerne for anerkendelse af en erhvervssygdom gjort lempeligere. Ændringerne har formentlig også betydet en stigning i antallet af anmeldelser generelt.

FIGUR 6.2

Anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009 blandt udsendte fordelt efter anmeldelsesår. Procent.



Anm.: Antal anmeldte erhvervssygdomme i alt= 1.725. Alle anmeldelser for erhvervssygdomme blandt alle udsendte i perioden 1992-2009. Anmeldte erhvervssygdomme, ikke alle er anerkendte.
Kilde: SFI's datagrundlag.

Der er 18 pct. af alle anmeldte sygdomme, som involverer psykiske lidelser, og 80 pct. er anmeldt på baggrund af somatiske diagnoser.⁶⁵ Der er ifølge Arbejdsskadestyrelsen generelt en markant stigning i antallet af anmeldte psykiske sygdomme i perioden 2003-2008 i forhold til somatiske sygdomme (Arbejdsskadestyrelsen, 2010).

Anerkendelsesprocenten for erhvervssygdomme er væsentligt lavere end for arbejdsulykker som tidligere beskrevet i kapitlet (se tabel 6.1), men en direkte sammenligning er vanskelig, idet anmeldte erhvervssygdommene i denne analyse inkluderer alle registreringer i perioden 1997-2009, mens beskrivelsen af anmeldte arbejdsulykker kun indeholder de sager, vi kunne knytte til en udsendelse. Som det fremgår af tabel 6.6, er der 72 pct. af de anmeldte erhvervssygdomme registreret hos ASK, som bliver afvist. Det er især sager om de anmeldte somatiske erhvervssygdomme, der afvises. 78 pct. af dem bliver afvist, mens dette er tilfældet for 57 pct. af de anmeldte psykiske erhvervssygdomme. Der er en større andel af anmeldte psykiske diagnoser, som udløser erstatning, mens flere anmeldte somatiske diagnoser anerkendes, uden at der udløses erstatning i sagen.

65. For de resterende sager er diagnosen ikke oplyst.

TABEL 6.6

Anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009 blandt udsendte, fordelt efter kendelse, særskilt for diagnosetype. Procent.

	Psykisk diagnose	Somatisk diagnose	Diagnose uoplyst	I alt
Erstatning***	37	11	0	15
Anerkendt uden erstatning***	3	10	0	8
Henlagt uden anerkendelse	1	1	65	3
Afvist***	57	78	4	72
Andre (herunder sager under behandling)***	2	0	31	1
I alt	100	100	100	100
I alt antal	307	1.364	54	1.725

Anm.: Alle anmeldelser for erhvervssygdomme blandt alle udsendte i perioden 1992-2009. Anmeldte erhvervssygdomme, ikke alle er anerkendte. Chi²-test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. I signifikanstesten har vi ekskluderet sager med uoplyste diagnoser.

Kilde: SFI's datagrundlag.

TABEL 6.7

Anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009 blandt udsendte, fordelt efter typen af sygdom. Antal og procent.

Type af sygdom	Antal	Procent
Sygdom i øre	484	28
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	443	26
Psykiske lidelser	307	18
Hudsygdomme	164	10
Sygdomme i åndedrætsorgan	53	3
Infektiøse og parasitære sygdomme	47	3
Uspecificeret stress eller betingede gener	26	2
Andre sygdomme	147	9
Diagnose uoplyst	54	3
I alt	1.725	100

Anm.: Alle anmeldelser for erhvervssygdomme blandt udsendte i perioden 1992-2009. Anmeldte erhvervssygdomme, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Vi har desuden undersøgt den psykiske sundhedsprofil for dem, der har fået anerkendt en erhvervssygdom, sammenlignet med dem, der har fået en ansøgning afvist. De tidligere udsendte, der har fået anerkendt en erhvervssygdom, har i højere grad en psykiatrisk diagnose og køber i flere tilfælde medicin mod psykiske sygdomme.

Der er flest anmeldelser, som omhandler sygdomme i øre, knogler, muskler og bindevæv jf. tabel 6.7. Der er 18 pct. af sagerne, som relaterer sig til psykiske sygdomme.

TABEL 6.8

Udsendte fordelt efter missionserfaring, særskilt for anmeldte og ikke-anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009. Antal og procent.

	Udsendte, der ikke har fået anmeldt en erhvervssygdom	Udsendte, der har fået anmeldt en erhvervssygdom	I alt
Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan***	3	4	3
Eksjugoslavien og Irak***	6	9	6
Eksjugoslavien og Afghanistan***	6	8	6
Afghanistan og Irak	3	2	3
Eksjugoslavien***	58	53	58
Irak***	8	10	8
Afghanistan***	11	8	11
Andre lande	5	6	5
I alt	100	100	100
Antal i alt	24.507	1.531	26.038

Anm.: Chi²-test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Anmeldte erhvervssygdomme, ikke alle er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Missionserfaringen blandt de tidligere udsendte, der har fået anmeldt en erhvervssygdom til ASK, kan ses af tabel 6.8. Vi ser på alle udsendte i perioden 1992-2009, som har fået anmeldt en erhvervssygdom i årene 1997-2009. Størstedelen (53 pct.) af dem, som har fået anmeldt en erhvervssygdom, har kun været udsendt til missioner i Eksjugoslavien, men Eksjugoslavien udgør også missionserfaringen for størstedelen (58 pct.) af de udsendte, som ikke har fået anmeldt en erhvervssygdom. Der er relativt flere med missionserfaring fra både Irak og Eksjugoslavien, som har fået anmeldt en erhvervssygdom (9 pct.), mens denne type af missionserfaring udgør 6 pct. blandt de veteraner, der ikke har fået anmeldt en erhvervssygdom. Dette kan skyldes missionerne i Eksjugoslavien og Irak, men som tidligere nævnt er der en tidsfaktor, som man skal huske at tage med, da det tager tid, før erhvervssygdomme manifesterer sig, og symptomerne dukker op. Denne tidsfaktor kan også tænkes at spille ind i forhold til missionen i Afghanistan, og det kan tænkes, at der vil komme flere anmeldelser af erhvervssygdomme på vegne af tidligere udsendte til Afghanistan i årene fremover.

Hvis vi fokuserer på diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), er der i alt 174 personer blandt de udsendte, som har fået an-

meldt en sag på baggrund af denne diagnose i perioden 1997-2009.⁶⁶ Stort set samtlige 174 sager er anmeldt i årene efter personens første udsendelse, og dette kan indikere, at tidligere udsendte er mere disponeret for PTSD efter udsendelse. Der kan være risiko for, at en retraumatiseringseffekt kan opstå lang tid efter hjemkomsten og eventuelt hos en ny arbejdsgiver. Status for kendelsen af de 174 sager fordeler sig således, at 60 pct. har medført erstatning, godt 5 pct. er anerkendt uden erstatning, mens ca. 33 pct. er afvist.⁶⁷ Figur 6.3 viser, hvorledes anmeldelser omhandlende PTSD fordeler sig over perioden 2002-2009. Der er en stigning i antallet af anmeldelser på baggrund af PTSD fra 2003 og frem til 2008. Erhvervssygdomsfortegnelsen blev udvidet pr. 1. januar 2005 med PTSD, som herefter er den eneste psykiske sygdom, der optræder i fortegnelsen (Arbejdsskadestyrelsen, 2010).⁶⁸ Udvidelsen med PTSD betyder bl.a., at det er blevet nemmere at få anerkendt en PTSD-diagnose som en erhvervssygdom efter denne dato. Dette kan også have haft en positiv effekt på antallet af anmeldte sager vedrørende PTSD. Ifølge ASK er anerkendelsesprocenten for PTSD generelt markant højere end for andre psykiske sygdomme, når det gælder alle anmeldelser og ikke kun veteranernes (Arbejdsskadestyrelsen, 2010).

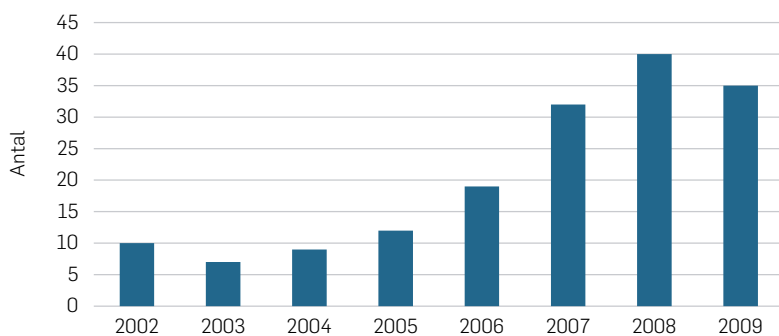
66. Kapitel 4 beskriver, at 757 personer i alt er blevet diagnosticeret med en PTSD diagnose i perioden 1995-2010, heraf 628 personer efter den første udsendelse.

67. De resterende har en anden kendelse, såsom sagen henlagt eller under behandling.

68. Hvis en sygdom ikke står i fortegnelsen, kan den stadig anerkendes, såfremt Erhvervssygdomsudvalget indstiller, at det er overvejende sandsynligt, at sygdommen skyldes arbejdet (ask.dk).

FIGUR 6.3

Anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 2002-2009 blandt de tidligere udsendte omhandlende diagnosen PTSD, fordelt efter år. Antal.



Anm.: Antal observationer:164. Der er i alt 10 anmeldelser i perioden 1997-2001, men disse er ikke afbilledet på figuren.
Anmeldte erhvervssygdomme for alle de udsendte i perioden 1992-2009, ikke alle anmeldte erhvervssygdomme er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Af tabel 6.9 fremgår udsendelseserfaringen blandt de tidligere udsendte, der har fået anmeldt en erhvervssygdom på baggrund af en PTSD-diagnose. Det ses, at 16 pct. af de udsendte, som har fået anmeldt en erhvervssygdom grundet PTSD, har været udsendt til Eksjugoslavien og Irak. Blandt de udsendte, der ikke har fået anmeldt en PTSD-diagnose, udgør denne missionserfaring 6 pct. Der er således flere af de udsendte med en anmeldelse af PTSD, som har været i Eksjugoslavien og Irak. Halvdelen af dem, som har fået anmeldt en PTSD-diagnose, har udelukkende været på missioner i Eksjugoslavien, men netop den type af missionserfaring er der flest udsendte, som har (i alt 58 pct.). Der er en smule flere (11 pct.), som udelukkende har været i Irak blandt dem, der har fået anmeldt en PTSD-diagnose, sammenlignet med dem, der ikke har fået anmeldt en PTSD-diagnose (8 pct.).

TABEL 6.9

Udsendte fordelt efter missionserfaring, særskilt for anmeldt og ikke-anmeldt PTSD-diagnose registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009. Procent.

	Udsendte, der ikke har fået anmeldt en PTSD diagnose	Udsendte, der har fået anmeldt en PTSD diagnose	I alt
Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan	3	2	3
Eksjugoslavien og Irak***	6	16	6
Eksjugoslavien og Afghanistan	6	8	6
Afghanistan og Irak	3	1	3
Eksjugoslavien**	58	50	58
Irak*	8	11	8
Afghanistan	11	8	11
Andre lande	5	3	5
I alt	100	100	100
Antal i alt	25.864	174	26.038

Anm.: Anmeldte PTSD-diagnoser for alle udsendte i perioden 1992-2009. Chi²-test *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Ikke alle anmeldte PTSD-diagnoser er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

TABEL 6.10

Anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009 fordelt efter méngrad. Antal og procent.

Méngrad i procent	Antal	Procent
5	80	5
8-10	69	4
11-15	70	4
16-20	36	2
21-35	6	0
Anmeldte sygdomme uden méngrad	1.464	85
I alt	1.725	100

Anm.: Alle anmeldelser af erhvervssygdomme blandt de udsendte i perioden 1992-2009. Ikke alle anmeldte erhvervssygdomme er anerkendte.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Alt i alt er der cirka 40 pct. af de tidligere udsendte, som har fået anmeldt en erhvervssygdom i perioden 1997-2009, der er blevet registreret med en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske sygdomme eller har været i behandling for stofmisbrug i perioden 1995-2010.

Méngrad for anmeldte erhvervssygdomme fremgår af tabel 6.10. Der er 15 pct. af sagerne, som involverer en méngrad. Der er i gennemsnit udbetalt godt 74.000 kr. i méngodtgørelse i 256 sager på baggrund af en anerkendt erhvervssygdom.

For anmeldte erhvervssygdomme undersøger vi også erhvervsevnetabsprocenten. Der gives ikke erstatning for erhvervsevnetab på under 15 procent. Der er cirka 4 pct. af sygdommene, der er anmeldt til ASK, som omhandler erhvervsevnetab på 15-85 procent, jf. tabel 6.11. Den gennemsnitlige erhvervsevnetabs erstatning er knap 2,1 mio. kr., og der er i alt 77 sager, hvor der har været en udbetaling.

TABEL 6.11

Anmeldte erhvervssygdomme registreret hos Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997-2009 fordelt efter erhvervsevnetabsprocent. Antal og procent.

Erhvervsevnetab	Antal	Procent
15-35 procent	18	1
40-85 procent	50	3
Ingen erhvervsevnetab	1.657	96
I alt	1.725	100

Anm.: Alle anmeldelser for erhvervssygdomme er ikke afgjort blandt de udsendte i perioden 1992-2009.

Kilde: SFI's datagrundlag.

ERSTATNINGERNES BELØB BLANDT DE UDSENDTE OG KONTROLGRUPPEN

Vi har desuden undersøgt méngodtgørelsen og erhvervsevnetabs erstatningen for alle arbejdsskader⁶⁹ for mænd født i 1975-1982. For de udsendte er den gennemsnitlige méngodtgørelse lidt over 71.000 kr. for arbejdsskader i perioden 1997-2009, og den gennemsnitlige erhvervsevnetabs erstatning er 1,7 mio. kr.⁷⁰ For kontrolgruppen beløber méngodtgørelsen sig i samme periode til knap 56.000 kr. i gennemsnit og erhvervsevnetabs erstatning til lidt under 1,2 mio. kr.⁷¹ Dømt ud fra de tilkendte méngodtgørelser er arbejdsskaderne blandt de udsendte mere alvorlige.

69. Det vil sige både ulykker og erhvervssygdomme.

70. Der er 225 sager med méngodtgørelse og 40 sager med erhvervsevnetabs erstatning blandt de udsendte født i 1975-82 i perioden 1997-2009. Bemærk, at vi, når vi sammenligner med kontrolgruppen, inddrager alle de udsendes sager i perioden. De er ikke alle indtruffet i forbindelse med en udsendelse.

71. Der er 2.198 sager med méngodtgørelse og 417 sager med erhvervsevnetabs erstatning i kontrolgruppen i perioden 1997-2009.

FORSVARETS ARBEJDSKADE- OG ERSTATNINGSKONTOR

Den hidtidige gennemgang i dette kapitel har fokuseret på data fra ASK. Nu vil vi undersøge data fra Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK).

BESKRIVELSE AF ARBEJDSULYKKER REGISTRERET HOS FORSVARETS ARBEJDSKADE- OG ERSTATNINGSKONTOR

Der er 12 pct. af alle udsendte i perioden 1997-2009, som har fået registreret en arbejdsulykke hos FAEK i samme periode, når vi ser på skadesdatoer, der ligger inden for en udsendelsesperiode – se bilag 3 for detaljer.

Der er 42 pct. af de registrerede arbejdsulykker, som er sket i Eksjugoslavien, se tabel 6.12, mens 39 pct. er opstået i forbindelse med udsendelse til Afghanistan. Afghanistan er overrepræsenteret i forhold til, hvor mange udsendelser der i alt er i perioden 1997-2009. 24 pct. af alle udsendelser i 1997-2009 sker til Afghanistan, mens 51 pct. sker til Eksjugoslavien.

TABEL 6.12

Arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor i perioden 1997 til 2009 fordelt efter skadesland. Antal og procent.

	Antal	Procent
Eksjugoslavien	1.181	42
Irak	472	17
Afghanistan	1.091	39
Andre lande	65	2
I alt	2.809	100

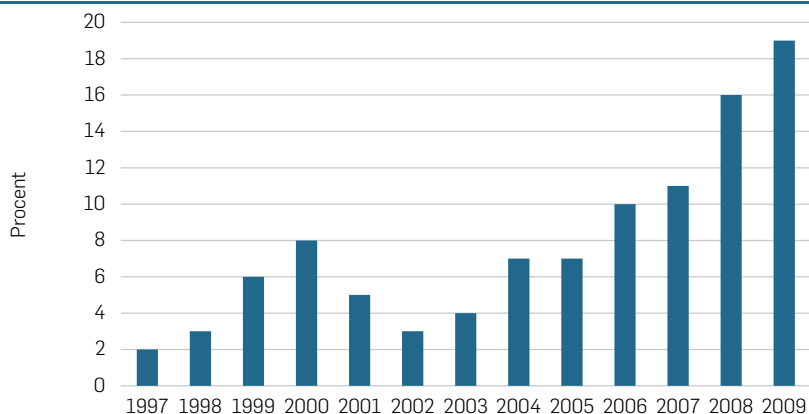
Anm.: Oplysninger om skadeslandet er taget fra forswarets data – der er få uoverensstemmelser mellem landet ifølge FAEK og data fra forswaret generelt.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Figur 6.4 angiver året for arbejdsulykken, og det fremgår, at der er sket en stigning hen over perioden: Der er flest arbejdsulykker registreret hos FAEK i 2009, hvor 19 pct. af skaderne er indtruffet. Antallet af skader i starten af perioden er formentlig også præget af, at FAEK blev etableret i 1997, og således var en ny ”institution” inden for forswaret, hvorfor kendskabet til FAEK var ringe på dette tidspunkt, og det er vokset gennem perioden.

FIGUR 6.4

Arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor i perioden 1997-2009 fordelt efter skadesår. Procent.



Anm.: I alt 2.809 sager.
Kilde: SFI's datagrundlag.

TABEL 6.13

Arbejdsulykker registreret hos Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor i perioden 1997-2009 fordelt efter méngrad. Antal og procent.

Méngrad i procent	Antal	Procent
5	90	3,2
6-10	57	2,0
11-15	28	1,0
16-30	18	0,6
31-50	8	0,3
51-90	5	0,2
91-100	7	0,2
Ingen méngrad	2.596	92,4
I alt	2.809	100

Kilde: SFI's datagrundlag.

Der er godt 92 pct. af de sager, som blev håndteret af FAEK, der ikke omhandler méngrad, jf. tabel 6.13.

For arbejdsskader er den mindste méngrad 5 pct. Sager med méngrad under 5 pct. benævnes typisk bagatelsager, og i disse tilfælde er det som regel behandlingsudgifter, der dækkes.

Der er 21 pct. af de udsendte, som har fået registreret en arbejdsulykke hos FAEK, der har haft en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske lidelser eller har været i behandling for stofmisbrug i årene 1995-2010.

HVOR MANGE ER BLEVET SÅRET, REPATRIERET ELLER HAR FÅET ANMELDT EN ARBEJDSSKADE?

I alt er der 18 pct. af de udsendte (4.659 personer i alt), som er blevet såret, er blevet repatrieret eller har fået anmeldt/registreret en arbejdsskade⁷². Der er 48 pct. af de repatrierede (399 repatrierede i alt), som har fået anmeldt eller registreret en arbejdsskade, mens dette er tilfældet for næsten samtlige (92 pct.) af de sårede (123 sårede i alt). Det vil sige, at de repatrierede og særligt de sårede er kraftigt overrepræsenterede blandt de personer, som har fået anmeldt eller registreret en arbejdsskade, hvilket er forventeligt. Det er dog stadig langt hovedparten – 94 pct. – af alle, der er registreret hos ASK eller FAEK, som ikke har været repatrieret eller er blevet såret ifølge oplysningerne fra HOK. Størstedelen af sagerne fra ASK og FAEK involverer dog heller ikke méngrad, hvilket indikerer, at det er mindre bagatelskader.

HVEM ER I RISIKO FOR AT BLIVE SÅRET, REPATRIERET ELLER FÅ ANMELDT EN ARBEJDSSKADE?

Vi har foretaget en analyse, hvor vi undersøger betydningen af forskellige karakteristika i forhold til sandsynligheden for at få anmeldt eller registreret en arbejdsskade, blive såret eller blive repatrieret. Vi har lagt disse tre udfald (at blive såret, blive repatrieret eller få anmeldt en arbejdsskade⁷³) sammen til ét udfald. Vi kigger kun på hændelser i perioden 2005-2009, da disse år er de eneste, hvor vi har oplysninger for alle tre typer hændel-

72. Ikke alle anmeldte arbejdsskader registreret hos ASK er anerkendte. For erhvervs sygdomme er alle anmeldelser medtaget, mens for ulykker er det de sager, hvor vi har kunnet koble en udsendelse på. Data fra FAEK omhandler ulykker i perioden 1997-2009, mens data fra ASK i denne beregning omhandler arbejdsskader i perioden 1992-2009. Fra HOK har vi oplysninger om de sårede i forbindelse med udsendelser i 1992-2009, mens repatrieringer kun er med for udsendelser i perioden 2005-2009.

73. Ikke alle arbejdsskader er anerkendte.

ser – såret, repatrieret og arbejdsskader. For erhvervs sygdomme har vi medtaget de sager, som har en anmeldelsesdato i perioden 2005-2009. Vi har i analysen inddraget alle udsendte, som har været af sted på mindst én international mission i perioden 2005-2009, uanset om det er engangs- eller flergangsendte. Grunden til, at vi undersøger de tre udfald samlet, er, at vi ønsker at få et mere dækkende billede af karakteristika blandt de personer, som har haft en oplevelse, der er en konsekvens af udsendelse, hvad enten det er en repatriering, en anmeldt arbejdsskade, eller at de er blevet såret.

Resultaterne fremgår af tabel 6.14, som angiver odds ratio (OR). Størrelse af odds ratio angiver, om de forhold, variablene beskriver, er med til at mindske (odds ratio <1) eller at øge (odds ratio >1) sandsynligheden for at blive repatrieret, såret eller anmelde en arbejdsskade i perioden 2005-09⁷⁴. Det ses af tabel 6.14, at etnisk dansk baggrund er en beskyttende faktor (OR = 0,746), mens ældre end 44 år ved seneste udsendelse eller anbringelse uden for hjemmet i barndommen er risikofaktorer. Der er mindre risiko for de engangsendte, hvilket formentlig hænger sammen med, at de oplever mindre eksponering end de flergangsendte. Når det gælder personelgrupper, er der større risiko for konstablerne, som er reference. I forhold til den seneste mission er der større sandsynlighed for at blive såret, repatrieret eller anmelde en arbejdsskade i perioden 2005-2009 for udsendte, der har været på ISAF, IRAK eller KFOR sammenlignet med ”Andre missioner” (reference). Endelig fremgår det af tabel 6.14, at der er større risiko for at blive såret, repatrieret eller anmelde en arbejdsskade i de sidste år (2008-2009) i forhold til 2005.

74. Variable udeladt i regressionen bliver reference (ref.): alder ved seneste udsendelse (ref. 25-44 år), køn (ref. mand), civilstand (ref. enlig), etnisk baggrund (ref. ikke etnisk dansk), uddannelse (ref. mellem uddannelse dvs. ungdomsuddannelse og faglært), anbragt (ref. ikke anbragt i barndommen), vokset op i eneforsørgerhjem (ref. ikke opvokset i eneforsørgerhjem), har hjemmeboende børn (ref. har ikke hjemmeboende børn), ledig 1 år før udsendelse (ref. ikke-ledig), om man har været udsendt én gang i alt (ref. flergangsendte), personelgruppe ved seneste udsendelse (ref. konstabel), seneste mission (ref. andre missioner) og seneste udsendelsesår (ref. 2005).

TABEL 6.14

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for som udsendt at blive såret, repatrieret eller anmelde en arbejdsskade i perioden 2005-2009.

Afhængig variabel: Arbejdsskade, såret eller repatrieret i 2005-2009 (ja/nej)	Odds ratio	Standardfejl
Ikke enlig	0,879	0,106
Kvinde	1,180	0,133
Etnisk dansk	0,746 *	0,126
18-24 år (seneste udsendelse)	1,019	0,066
45 år og ældre (seneste udsendelse)	1,282 **	0,133
Uddannelse (lav)	0,947	0,055
Uddannelse (høj)	0,918	0,109
Hjemmeboende børn	0,901	0,102
Anbragt	1,433 ***	0,174
Eneforsørgersfamilie	0,922	0,062
Ledig	1,085	0,310
Engangsudsendt	0,847 ***	0,051
<i>Personelgruppe – seneste udsendelse</i>		
Sergent	0,673 ***	0,048
Officer	0,560 ***	0,061
Andet personel	0,277 ***	0,053
Personelgruppe uoplyst	0,354 ***	0,121
<i>Seneste mission</i>		
KFOR	1,849 ***	0,221
ISAF	3,533 ***	0,377
IRAK	2,353 ***	0,301
<i>Seneste udsendelsesår</i>		
2006	1,134	0,121
2007	1,069	0,112
2008	1,400 ***	0,143
2009	1,501 ***	0,150
Konstant	0,128 ***	0,028
Antal observationer	10,629	
Log-likelihood	-4,817,39	

Anm.: *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Robust standardfejl. Modellen indeholder både engangs- og flergangsudsendte. De sociodemografiske karakteristika knytter sig til året før første mission undtagen alder, der refererer til seneste mission. Anmeldte arbejdsskader omfatter anmeldte arbejdsskader registreret hos ASK samt registrerede arbejdsulykker hos FAEK.

Kilde: SFI's datagrundlag

OPSAMLING

Vi har i dette kapitel undersøgt udbredelsen af anmeldte og registrerede arbejdsskader blandt de tidligere udsendte. Omfanget af arbejdsskader er interessant i forhold til at give et dækkende billede af konsekvenser af udsendelse til internationale missioner. Vi har i *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011) beskrevet de sårede og repatrierede, men i dette kapitel finder vi, at de veteraner, som anmelder en

arbejdsskade, udgør en bredere gruppe end de sårede og repatrierede. Vi har baseret vores kortlægning på data fra Arbejdsskadestyrelsen (ASK) og Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK) og kommer frem til følgende konklusioner:

- Der er 17 pct. af de tidligere udsendte (4.448 personer), som har fået anmeldt en arbejdsskade til ASK i perioden 1992-2009⁷⁵ eller har fået registreret en arbejdsulykke hos FAEK i 1997-2009. Langt størstedelen af de 17 pct. er hverken blevet såret eller repatrieret ifølge oplysninger fra HOK, som *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011) var baseret på⁷⁶. Hovedparten af arbejdsskadesagerne (88 pct.) involverer ikke méngrad.
- Hvis vi inkluderer de sårede og repatrierede, er der er samlet 18 pct. af de udsendte (4.659 personer i alt), som er blevet såret, er blevet repatrieret (kun oplysninger for 2005-2009), har fået anmeldt en arbejdsskade (ikke alle er anerkendte skader) hos ASK eller fået registreret en arbejdsulykke hos FAEK.
- 22 pct. af gruppen af udsendte, som er blevet såret, er blevet repatrieret eller har anmeldt en arbejdsskade, er registreret med en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske lidelser eller været i behandling for stofmisbrug efter deres seneste udsendelse. Der er således kun et mindre overlap mellem de veteraner, som i kortlægningen i kapitel 4 og 5 viste sig at have psykiske problemer, og den gruppe af veteraner, der har været såret, repatrieret eller har fået anmeldt en arbejdsskade. Dette skyldes formentlig, at de fleste anmeldte og registrerede arbejdsskader er mindre skader uden méngrad.
- Når vi fokuserer på diagnosen PTSD, er der 174 personer blandt de udsendte, som har fået anmeldt en arbejdsskade til ASK, som er baseret på denne diagnose. Næsten alle er anmeldt i årene efter udsendelse.

Vi har desuden sammenlignet de udsendte med kontrolgruppen og finder følgende:

75. Når vi undersøger det samlede antal anmeldelser til ASK, kigger vi på hele perioden 1992-2009. Ved beskrivelsen af arbejdsskaderne i detaljer blandt de udsendte kigger vi kun på perioden 1997-2009, da erstatningernes størrelse først er validt registreret i ASK's elektroniske system fra 1997.

76. Oplysninger om repatrieringer fra HOK angår kun perioden 2005-09.

- Der er en større andel af de udsendte (i alt 19 pct.), som har fået anmeldt en arbejdsskade til ASK end i kontrolgruppen (9 pct.) i årene 1992-2009.
- Blandt udsendte er der en større andel af anmeldelserne af erhvervssygdomme til ASK, der er baseret på psykiske diagnoser (18 pct.), end der er i kontrolgruppen (5 pct.).

Vi har undersøgt, hvilke karakteristika der hænger sammen med risiko for at blive såret, blive repatrieret eller anmelde en arbejdsskade. Risikoen for at blive såret, blive repatrieret eller anmelde en arbejdsskade i perioden 2005-2009:

- er lavere blandt de etnisk danske veteraner og større blandt dem, som har været anbragt i barndommen, eller som var ældre end 44 år på seneste udsendelse.
- er større for dem, der var udsendt senest til ISAF, IRAK eller KFOR sammenlignet med "Andre missioner", og ligeledes er risikoen større for dem, der har været af sted i årene 2008-2009 i forhold til 2005.
- er lavere for sergenter, officerer og andet personel (sammenlignet med konstablerne) og for de engangsudsendte sammenlignet med de flergangsudsendte.

Beskrivelse af anmeldelser til ASK blandt de udsendte i perioden 1997-2009:

- Der er 680 anmeldte arbejdsulykker fordelt på 649 udsendte, hvor skaden er knyttet til en udsendelse. 1/3 har fået tilkendt erstatning, lidt mere end 1/3 har fået arbejdsulykken anerkendt uden erstatning, mens godt 1/5 er blevet afvist. Resten af sagerne er henlagt eller under behandling.
- Den mest udbredte form for anmeldt arbejdsulykke i forbindelse med udsendelser er forstuvning, som udgør 43 pct. af de anmeldte arbejdsulykker.
- Der er anmeldt 1.725 erhvervssygdomme. Den hyppigst anmeldte erhvervssygdom er sygdom i øre (28 pct.). Der er 18 pct. af sagerne omhandlende anmeldte erhvervssygdomme, som involverer en psykisk lidelse.

Arbejdsulykker registreret hos FAEK i perioden 1997-2009:

- 2.416 personer er registreret i FAEK med 2.809 arbejdsulykker. Det er hovedsagligt bagatelsager, dvs. méngraden er under 5 pct.
- Andelen af registrerede arbejdsulykker indtruffet i Afghanistan er overrepræsenteret. 39 pct. af arbejdsulykkerne registreret hos FAEK er opstået i Afghanistan, mens 24 pct. af alle udsendelser i samme periode har været til Afghanistan.

Hvis vi laver en samlet beregning af, hvor mange tidligere udsendte der enten er kommet fysisk eller psykisk til skade i perioden 1992-2009 på baggrund af de gennemgåede data i denne rapport, summerer det op til i alt 31 pct. af de udsendte. Der er således 31 pct., som enten er blevet såret, er blevet repatrieret, har fået anmeldt en arbejdsskade eller efter deres seneste udsendelse optræder med en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske lidelser eller været i behandling for stofmisbrug. Men blandt personerne i denne gruppe af berørte (31 pct.) varierer alvorligheden af skaderne meget. Hovedparten af dem, som er registreret med en arbejdsulykke hos FAEK, eller som har fået anmeldt en sag hos ASK, har ikke varige mén.

DEL II: DØDELIGHED OG FRAFALD

Der er mange omkostninger i forbindelse med krig, og en direkte omkostning er udsendte, der dør under udsendelse. En mere indirekte omkostning er, hvis veteranerne i højere grad bliver syge eller dør på grund af udsendelse. I del II af rapporten vil vi derfor først se på dødeligheden blandt veteraner på baggrund af registeroplysninger om de ca. 26.000 tidligere udsendte i perioden 1992-2009 (se kapitel 7).

Militærpsykologisk Afdeling (MPA) har siden 1997 lavet et opfølgningsspørgeskema til veteranerne, som har det formål at få kontakt med de veteraner, der er løbet ind i problemer som følge af deres udsendelse og tilbyde dem bistand. I den forbindelse er det vigtigt at vide, om spørgeskemaundersøgelsen rent faktisk får fat i de soldater, der tilhører risikogruppen for at udvikle efterfølgende reaktioner. I del II af denne rapport vil vi derfor også lave en frafaldsanalyse, hvor vi undersøger, om MPA's tal er undervurderede i forhold til risikoprofiler så som psykisk syge mv. Det gør vi på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse foretaget af MPA blandt de udsendte i perioden 2007-2009 (se kapitel 8).

Vi anvender flere forskellige statistiske metoder til at analysere de forskellige problemstillinger. Disse bliver beskrevet i selve kapitlerne.

DØDELIGHEDSANALYSE

I dette kapitel undersøger vi dødeligheden blandt veteraner. Analysen har særligt fokus på dødelighed efter udsendelse. Vi kortlægger de tidligere udsendte, der er døde i perioden 1992-2010 og foretager sandsynlighedsberegninger for dem, der dør efter udsendelse. I Europa og Nordamerika er det efter Anden Verdenskrig og Vietnamkrigen blevet diskuteret, hvorvidt veteraner har øget sandsynlighed for at dø efter en udsendelse. På den ene side har internationale studier vist, at veteraner fra bl.a. Vietnamkrigen og Anden Verdenskrig risikerer at få dårligere helbred og overdødelighed (Cook m.fl., 2004; Hearst m.fl., 1986). Andre studier viser på den anden side, at dødeligheden blandt tidligere udsendte ikke er højere i forhold til forskellige sammenligningsgrupper (Conley & Heerwig, 2009). Det betyder, at valget af sammenligningsgruppe er vigtigt i analyser af dødelighed, da det kan påvirke undersøgelsens konklusioner.

Mens det er klart, at udsendte har en højere risiko for at dø, når de er på mission, end hvis de bliver hjemme. Blandt andet viser Høier-Madsen m.fl. (2012) i deres undersøgelse af danske soldater fra 1992-2008, at dødraten er 0,08 pct. blandt soldater på mission. Det er dog også vigtigt at undersøge, om udsendelse efterfølgende kan påvirke soldaternes dødelighed i forhold til en sammenligningsgruppe.

I dette kapitel beskriver vi først data og metoderne, vi anvender til at undersøge dødeligheden blandt veteraner. Dernæst undersøger vi,

hvor mange blandt de udsendte mellem 1992-2009 der er døde under udsendelse og efter udsendelse. Beskrivelserne tager udgangspunkt i definitionerne i boks 7.1.

BOKS 7.1

Definition af døde

I analysen fokuserer vi på de mandlige udsendte, som er døde. Der er otte kvinder, der er døde, hvilket er for få til at analysere på.

Døde under udsendelse:

Refererer til alle udsendte mænd, der er døde under en mission. Størstedelen er omkommet i kamp, men der er også enkelte udsendte, som er døde af sygdom eller ulykker.

Døde efter udsendelse:

Refererer til alle mandlige veteraner, der er døde, efter at de har været udsendt en eller flere gange.

Døde i alt:

Refererer til mænd, der er døde både under og efter udsendelse.

Status:

Vi opgør døde og levende med status pr. 13.12.2010.

Alder:

Vi angiver de dødes alder dels på tidspunktet for seneste udsendelse og dels på dødstidspunktet.

Vi beskriver de døde på baggrund af deres socioøkonomiske, helbreds-mæssige og militære karakteristika på tidspunktet for deres seneste udsendelse. Til sidst beregner vi dødeligheden blandt de udsendte og sammenligner den beregnede dødelighed med et tilsvarende mål i kontrolgruppen (jf. kapitel 3).

DATA OG METODE TIL DØDELIGHEDSANALYSE

Blandt de 26.038 soldater, der har været udsendt i perioden 1992-2009 er der 303, der er døde til og med 2010.⁷⁷

Vore datagrundlag indeholder forskellige informationer om de døde. Fra Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik har vi information

77. Vi har i de 303 døde inkluderet 4 soldater, som døde under udsendelse i 2010, da de er en del af vores grundpopulation af udsendte soldater i perioden 1992-2009.

om dødsårsager, og fra forsvaret har vi yderligere information om de udsendte, der er omkommet under udsendelse. Det er dog ikke alle, der er døde, som har en registreret dødsårsag. Samtidig er nogle dødsårsager svære at konstatere. Det kan fx nogle gange være svært at konstatere, om en person har begået selvmord, har fejlmedicineret sig selv eller har været ude for en forbrydelse (Zøllner m.fl., 2012).

Som tidligere nævnt er data om de udsendte meget detaljeret, og vi har derfor også mange informationer om de døde. Vi har derimod ikke informationer om de udsendte, som udvandrer fra Danmark, da de derefter ikke længere optræder i Danmarks Statistiks registre. Det vil sige, at hvis personer udvandrer, ved vi ikke, om de er døde i udlandet. 11 pct. af de udsendte mænd ind- og udvandrer, og 12 pct. af kvinderne ind- eller udvandrer i perioden, se tabel 7.1. Tabellen viser, at det ikke ændrer betydeligt på andelen af døde blandt de tidligere udsendte at fjerne de udsendte, der ind- eller udvandrer, da der blandt de døde også er ind- og udvandrede. Vi vælger derfor at fjerne de udsendte, der ind- og udvandrer i analyseperioden.

Derudover analyserer vi kun de mandlige udsendte. Det skyldes, at vi har 8 kvinder blandt de 303 døde udsendte, hvilket er for få til at lave en statistisk analyse.

TABEL 7.1

Udsendte i perioden 1992-2009 fordelt efter om de er døde eller lever ultimo 2010, særskilt for eksklusive og inklusive ind- og udvandring samt for mænd og kvinder. Antal og procent.

		Lever ultimo 2010		Døde inden ultimo 2010		I alt
		Antal	Procent	Antal	Procent	
Inklusive ind- og udvandring	Kvinder	1.285	99,4	8	0,6	1.293
	Mænd	24.450	98,8	295	1,2	24.745
Eksklusive ind- og udvandring	Kvinder	1.130	99,3	8	0,7	1.138
	Mænd	21.814	98,8	273	1,2	22.087

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Inklusive døde under udsendelse og kvinder.
Kilde: SFI's datagrundlag.

Datamaterialet, som denne undersøgelse er baseret på, er stort, men samtidig er der mange forskelle i populationen med hensyn til fx alder og tidspunktet for udsendelser, som spiller en rolle, når vi analyserer dødelighed efter udsendelse. På den ene side er det fordelagtigt at undersøge

dødelighed lige efter udsendelsen, for da ved vi, at der ikke er sket andre ting, som kan resultere i død. Men på den anden side kan følgerne af en udsendelse, som vi har set i de foregående kapitler, komme flere år efter udsendelse i form af psykiske mén. Samtidig kan døden være et resultat af mange ting, der sker over tid. Derfor kan det være svært at bevise årsagssammenhænge mellem udsendelse og død. Vi forventer faktisk at se flere døde jo længere tid, der går fra udsendelsestidspunktet, da de udsendte bliver ældre. Alle mennesker dør før eller siden, og vi undersøger derfor ikke, om de udsendte dør, men hvornår de dør i forhold til en sammenligningsgruppe.

Nogle af de analytiske problemer kan vi komme rundt om, hvis vi har en sammenligningsgruppe (herefter kaldt kontrolgruppe) af mennesker, som ligner de udsendte bortset fra, at de ikke har været udsendt. Som tidligere omtalt i kapitel 3 er det svært at finde en sådan kontrolgruppe, fordi der kan være mange personlige karakteristika, som kan hænge sammen med, at vælge at gøre militærtjeneste og blive udsendt. Vi har valgt at bruge mænd, som har samme alder og er blevet erklæret egnede på Forsvarets Dag (jf. kapitel 3). Lige som i de tidligere kapitler består kontrolgruppen i dødelighedsanalysen af de omtalte årgange eksklusive ind- og udvandring, da vi eksempelvis ikke ved, om de udvandrede er døde. Kontrolgruppen i dette kapitel består derfor af 105.499 personer, hvoraf 104.790 stadig lever og 709 personer, som er døde inden den 31. december 2010.

I analysen vil vi både kortlægge sociodemografiske karakteristika for de døde og beregne dødssandsynligheden blandt veteraner. Vi anvender derfor tre metoder til at analysere dødeligheden:

1. Vi beskriver de døde (inklusive de døde under udsendelse) ud fra personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika ved hjælp af frekvenstabeller.
2. Ud fra en logistik regression undersøger vi, hvilke karakteristika der hænger sammen med en øget sandsynlighed for at dø efter udsendelse blandt veteraner.
3. Dernæst sammenligner vi dødeligheden blandt veteraner med en kontrolgruppe ved hjælp af Standard Mortality Ratio (SMR) (dødelighedsrate). Metoden vil blive uddybet i det relevante afsnit.

KORTLÆGNING AF DE UDSENDTES DØDELIGHED

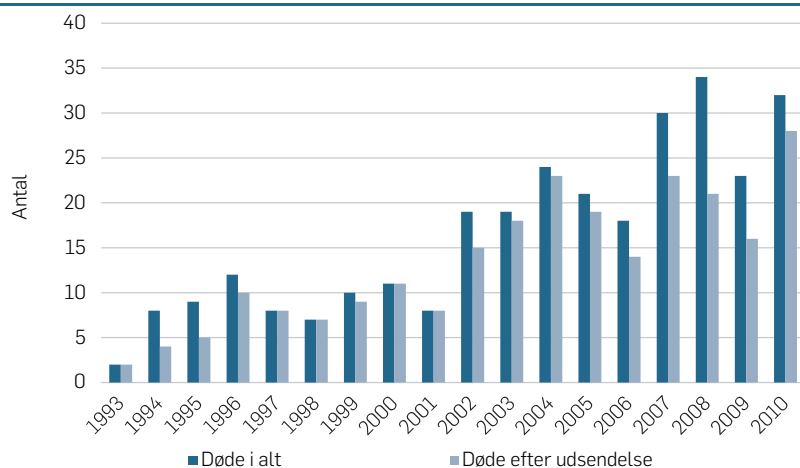
Når vi beskriver de døde mænd ud fra frekvenstabeller og figurer, har vi valgt at medtage de udsendte, som er ind- eller udvandret i analyseperioden. I undersøgelsen af sammenhænge mellem personlige karakteristika og død har vi udeladt mænd, der ind- eller udvandrer samt dem, der er døde under udsendelse, da vi ønsker at se på dødelighedssandsynligheden efter seneste udsendelse. De socioøkonomiske og militære karakteristika relaterer til seneste udsendelse, hvor de helbredsmæssige karakteristika i høj grad vil være fra perioden efter en udsendelse.

Antallet af døde blandt de udsendte mænd fra 1992-2009 stiger over årene (jf. figur 7.1), hvilket ikke er overraskende, da antallet af udsendte også stiger over årene. Derudover bliver veteranerne ældre, og desværre er antallet af døde under udsendelse også stigende over årene. Der er omkring 0,8 procent døde i perioden 1992-2005, mens der er over 1 procent døde blandt de udsendte fra 1992-2009.

Givet at de udsendte har sagt ja til at sætte livet på spil på en international militær mission, kan det tænkes at de ikke har noget imod at leve risikofyldt. Det kan i sidste instans betyde, at de i højere grad end resten af befolkningen dør af andet end en naturlig død. Hvis vi ser på dødsårsagerne i tabel 7.2, kan vi se, at de udsendte ud over at være døde under udsendelse er døde af naturlige årsager, voldshandlinger, ulykker og selvmord. I denne analyse er det vigtigt at påpege, at de udsendte, der er døde under udsendelse, jf. figur 7.2 ikke nødvendigvis er omkommet i kamp. Nogle er omkommet i forbindelse med uheld eller sygdom – det er dog relativt få for hvem, det er tilfældet.

FIGUR 7.1

Mandlige døde blandt udsendte i perioden 1992-2009 fordelt efter år, særskilt for døde i alt og døde efter udsendelse. Antal.



Anm.: Døde i alt 295 mænd.
 Kilde: SFT's datagrundlag.

Tabel 7.2 viser, at under 50 procent af de udsendte mænd, der er døde enten under eller efter udsendelse, er døde af naturlige årsager. Derimod er der 17 procent, som er døde i en ulykke og 13 procent, der har begået selvmord. Resultaterne fra den seneste selvmordsanalyse blandt tidligere udsendte danske soldater fra Center for Selvmordsforskning (Zöllner m.fl., 2012) viser, at der ikke er signifikant flere selvmord blandt veteraner end i befolkningen. Det er dog vigtigt at pointere, at der er mange usikkerhedsmomenter og mørketal, da det langt fra er sikkert, at man har oplysninger om alle selvmord, samtidig med at resultaterne skal ses i forhold til, hvem veteranerne sammenlignes med. Som vi tidligere har været inde på, er de udsendte en selekteret gruppe, der i udgangspunktet er udvalgt på grund af deres fysiske og psykiske helbred, og det kunne derfor forventes, at der ville være en underdødelighed i forhold til befolkningen, herunder også når det gælder selvmord.

TABEL 7.2

Mandlige udsendte i perioden 1992-2009, der er døde under eller efter udsendelse, fordelt efter dødsårsag. Procent og antal.

	Ulykke	Voldshandling	Selv mord	Udsendelse	Naturlig død	Uoplyst	I alt
Procent	17	0	13	18	48	3	100
Antal	51	1	39	54	141	9	295

Anm.: Døde inden 31. december 2010. 295 døde mænd i alt. Inklusive døde under udsendelse.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Tabellerne 7.3 og 7.4 viser socioøkonomiske, helbredsmæssige og militære karakteristika for de udsendte, der er døde efter udsendelse, frem til udgangen af 2010 og de overlevende i samme periode. De socioøkonomiske karakteristika målt ved seneste udsendelse (tabel 7.3) viser, at de overlevende i gennemsnit er yngre og har kortere uddannelse end de døde, samt at der blandt de overlevende er en større andel, der ikke lever i parforhold. Dog er der flere blandt de overlevende, der har børn end blandt dem, der er døde. De døde er i højere grad vokset op i en eneforsørgerfamilie end de overlevende.

Helbredsmæssigt skiller de døde sig ud. I gennemsnit er der færre blandt de overlevende end blandt de døde, som på et tidspunkt har fået registreret en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme.

Tabel 7.4 viser, at der er flere flergangsendte blandt de overlevende end de døde, og 58 procent af de overlevende har udelukkende missionserfaring fra Eksjugoslavien, hvor 80 procent af de døde udelukkende har missionserfaring fra Eksjugoslavien. Det er i gennemsnit næsten 9 år siden, at de overlevende har været på deres seneste mission, mens de døde i gennemsnit er døde 7 år efter deres seneste udsendelse. Vi ser ikke flere repatrierede blandt de døde, men det kan skyldes, at vi kun har oplysninger om repatrieringer i perioden fra 2005-2009, dvs. for veteraner der har været udsendt for relativt nyligt. Alt i alt har de døde og overlevende forskellige socioøkonomiske, helbredsmæssige og militære karakteristika, som kunne forklares med aldersforskelle. Ved en regressionsanalyse har vi mulighed for at tage højde for alle karakteristika samtidig og dermed finde frem til de karakteristika, der har signifikant sammenhæng med en veterans død.

TABEL 7.3

Mænd udsendt i perioden 1992-2009 fordelt efter udvalgte socioøkonomiske¹ og helbredsmæssige karakteristika, særskilt for overlevende og døde. Procent.

Karakteristika	Lever	Døde	I alt
<i>Aldersgrupper</i>			
18-24 år***	44	26	44
25-44 år	47	43	47
45 år og ældre***	9	31	9
I alt	100	100	100
<i>Etnicitet</i>			
Dansk	99	99	99
Ikke dansk	1	1	1
I alt	100	100	100
<i>Civilstand</i>			
Andet end parforhold***	79	66	79
I et parforhold***	21	34	21
I alt	100	100	100
<i>Hjemmeboende børn</i>			
Nej***	66	76	66
Ja***	34	24	34
I alt	100	100	100
<i>Uddannelse</i>			
Grundskole***	40	36	40
Ungdomsuddannelse***	21	8	21
Faglært**	25	29	25
Videregående uddannelse***	14	26	14
Uoplyst*	1	2	1
I alt	100	100	100
<i>Opvækstvilkår²</i>			
Ikke anbragt som barn	96	95	96
Anbragt som barn	4	5	4
I alt	100	100	100
<i>Opvækst familie²</i>			
Ikke vokset op i eneforsørgerfamilie**	82	88	82
Vokset op i eneforsørgerfamilie**	18	12	18
I alt	100	100	100
<i>Psykiatriske diagnoser⁴</i>			
Ingen psykiatriske diagnoser***	95	87	95
Mindst en psykiatrisk diagnose***	5	13	5
I alt	100	100	100

(Fortsættes)

TABEL 7.3 FORTSAT

Karakteristika	Lever	Døde	I alt
<i>Medicin mod psykiske sygdomme⁴</i>			
Intet købt***	82	57	82
Mindst et køb af medicin mod psykiske sygdomme***	18	43	18
I alt	100	100	100
			22.03
Antal observationer	21.814	221	5

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Kvinder samt personer, som er ind- eller udvandret eller døde under udsendelse, er ikke medtaget. * p<0,10, **p<0,05, *** p<0,01.

1. Alder, civilstand, hjemmeboende børn, uddannelse er i opgjort for seneste udsendelse
2. Anbragt uden for hjemmet inden det 18. leveår.
3. Familiestatus, når personen er 17 år.
4. Diagnoser og medicinkøb i hele observationsperioden.

Kilde: SFT's datagrundlag.

TABEL 7.4

Mænd udsendt i perioden 1992-2009 fordelt efter udvalgte militære karakteristika¹, særskilt for overlevende og døde. Procent.

Karakteristika	Lever	Døde	I alt
<i>Personelgruppe</i>			
Konstabel***	41	14	41
Sergent***	15	6	15
Officer	10	7	10
Andet	2	1	2
Uoplyst ¹ ***	32	71	32
I alt	100	100	100
<i>Første mission</i>			
UNPROFOR***	16	33	16
IFOR***	4	10	4
SFOR	13	16	13
KFOR***	24	14	24
ISAF***	20	3	20
IRAK***	11	3	11
Andre missioner***	12	21	12
I alt	100	100	100
<i>Missionserfaring i alt</i>			
Eksjugoslavien og Irak og Afghanistan**	3	0	3
Eksjugoslavien og Irak***	7	2	7
Eksjugoslavien og Afghanistan*	6	3	6
Afghanistan og Irak**	3	0	3
Eksjugoslavien***	58	80	58
Irak**	8	3	8
Afghanistan***	11	3	11
Andre lande **	5	9	5
I alt	100	100	100

(Fortsættes)

TABEL 7.4 FORTSAT

Karakteristika	Lever	Døde	I alt
<i>Antal udsendelser</i>			
Engangsudsendte***	48	60	48
Flergangsudsendte***	52	40	52
I alt	100	100	100
<i>Hændelser under udsendelse</i>			
Ingen repatriering i perioden 2005-2009	99	100	99
Repatrieret i perioden 2005-2009	1	0	1
I alt	100	100	100
Antal observationer	21.814	221	22.035

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Kvinder samt personer, som er ind- eller udvandet eller døde under udsendelse, er ikke medtaget. * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

1. De militære karakteristika er opgjort før seneste udsendelse med undtagelse af repatriering.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Ved at undersøge, hvem af de udsendte der dør efter udsendelse, og hvem der ikke dør inden udgangen af 2010, kan vi identificere nogle sammenhænge mellem de udsendtes karakteristika og dødelighed. Vi foretager en logistisk regression for at analysere dødsrisikoen blandt udsendte, efter de kommer hjem. Denne analyse er oplagt, da udfaldsvariablen er 0 eller 1, dvs. enten dør den udsendte (udfald 1), eller også dør den udsendte ikke inden ultimo 2010 (udfald 0).⁷⁸ I den logistiske regression (jf. tabel 7.5) ser vi på sammenhængen mellem personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika og sandsynligheden for at dø efter en udsendelse. Vi anvender karakteristika fra den seneste udsendelse for på den måde at undersøge, om der er særlige militære karakteristika, der øger sandsynligheden for at dø efter udsendelse. Men det er vigtigt at understrege, at den logistiske regression ikke kan teste kausaliteten mellem karakteristika og dødsfald. Resultaterne af den logistiske regression vises i tabel 7.5. Vi fortolker resultaterne i de efterfølgende afsnit og sammenligner med krydstabeller.

78. For en yderligere beskrivelse af den logistiske metode, se kapitel 3.

TABEL 7.5

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at dø efter udsendelse blandt veteraner fra 1992-2009.¹

Afhængig variabel: død efter udsendelse (ja/nej) ²	Odds ratio	Standardfejl
18-24 år (25-44 år)	0,558***	0,107
45 år og ældre (25-44 år)	2,121***	0,436
Eksjugoslavien og Irak og Afghanistan (Eksjugoslavien)	0,108***	0,056
Eksjugoslavien og Irak (Eksjugoslavien)	0,166***	0,068
Eksjugoslavien og Afghanistan (Eksjugoslavien)	0,051***	0,051
Irak (Eksjugoslavien)	0,116***	0,046
Afghanistan (Eksjugoslavien)	0,084***	0,034
Andre lande (Eksjugoslavien) ³	0,328***	0,086
Engangsudsendte	2,244***	0,350
Mindst en psykiatrisk diagnose	1,678***	0,397
Mindst et køb af medicin mod psykiske lidelser	3,133***	0,492
Antal år siden sidste udsendelse	0,759***	0,015
Ikke enlig	1,053	0,215
Kort uddannelse	1,620***	0,272
Lang uddannelse	1,044	0,205
Hjemmeboende børn	0,253***	0,048
Konstabel	0,166***	0,036
Antal observationer	22.035	
Log-likelihood	-989,8302	

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Eksklusive ind- og udvandring og døde under udsendelse. *p<0,10,**p<0,05,***p<0,01.

1. Metode beskrevet i kapitel 3.
2. Referencekategorier i parentes.
3. Andre lande omfatter også kombinationen Afghanistan og Irak.

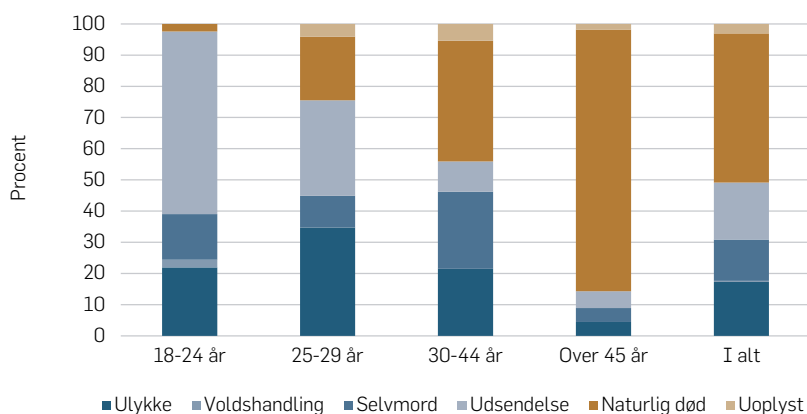
Kilde SFI's datagrundlag.

ALDER

Generelt hænger dødsårsager i høj grad sammen med alder. Ældre dør hyppigere af naturlige årsager eller sygdomme. Ikke-naturlige dødsårsager som fx færdselsuheld, der kan have døden til følge med det samme, er derimod hyppigere blandt yngre med mere risikobetonet adfærd. Derfor kan vi forvente, at de unge mandlige udsendte i højere grad dør i fx færdselsulykker end de ældre. Figur 7.2 viser dødsårsager blandt de udsendte for forskellige aldersgrupper på dødstidspunktet. De ældre udsendte dør som forventet i højere grad af naturlige årsager end de yngre. Samtidig er det interessant, at der er 25 pct. blandt de udsendte, som er døde i alderen 30-44 år, der har begået selvmord. Blandt de helt unge på 18-24 år, der er døde, er majoriteten (59 pct.) døde under udsendelse.

FIGUR 7.2

Mænd udsendt i perioden 1992-2009 fordelt efter dødsårsag, særskilt for aldersgrupper på dødstidspunktet. Procent.



Anm.: Døde inden 31. december 2010. Antal døde i alt 295 personer. Inklusive døde under udsendelse.
 Kilde: SFI's datagrundlag.

Ud fra resultaterne af den logistiske regression (jf. tabel 7.5) ses det, at de udsendte, der var unge på den seneste udsendelse (dvs. 18-24 år), har en mindre risiko for at dø efter udsendelse. Der kan være mange forklaringer på denne sammenhæng. For det første kan det hænge sammen med, at yngre generelt har et bedre helbred og derfor ikke når at dø, inden vores observationsperiode udløber. For det andet kan det være, at de unge er bedre til at ryste de voldsomme oplevelser af sig.

MISSION OG MISSIONSLAND

Undersøgelserne *Soldater før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) og *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) viser, at der er stor forskel på de udsendtes oplevelser på de forskellige missioner, og hvordan de udsendte oplever missionerne. Nogle missioner har været præget af flere kamphandlinger end andre, og disse oplevelser har selvfølgelig betydning for både risikoen for at blive dræbt under udsendelse, og for hvordan de udsendte efterfølgende opfatter deres udsendelse. Samtidig er der også fysiske vilkår under de forskellige missioner, som kan udgøre

øgede risikofaktorer, fx i forbindelse med håndtering af giftstoffer m.m. (Institute of Medicine, 1996).

Tabel 7.6 viser, at 2,5 procent af de udsendte, hvis sidste mission var IFOR, er døde, hvor 0,6 procent, der sidst var på KFOR, er døde. Antallet af døde er størst blandt de udsendte, der sidst var på missionen UNPROFOR⁷⁹. Missionerne i Eksjugoslavien kan have været hårde for de udsendte, men de er også nogle af de første missioner, hvilket betyder, at tidsfaktoren også spiller en rolle. Veteranerne fra disse missioner er ældre, og vi kan observere dem over en længere tidsperiode. Derfor vil der være flere døde af naturlige årsager, samtidig med at der er gået flere år, hvor det er muligt at observere dødsfald.

TABEL 7.6

Mænd udsendt i perioden 1992-2009, der er døde fordelt efter døde og levende, særskilt for seneste mission i perioden. Antal og procent.

	Døde		Levet	
	Antal	Procent	Antal	Procent
UNPROFOR ¹	85	2,1	3.920	97,9
IFOR	25	2,5	992	97,5
SFOR	39	1,2	3.135	98,8
KFOR	33	0,6	5.877	99,4
ISAF	41	0,9	4.742	99,1
IRAK	13	0,5	2.727	99,5
Andre missioner	59	1,9	3.057	98,1
I alt	295	1,2	24.450	98,8

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Inklusiv døde under udsendelse.

1. UNPROFOR indeholder UNCRO.

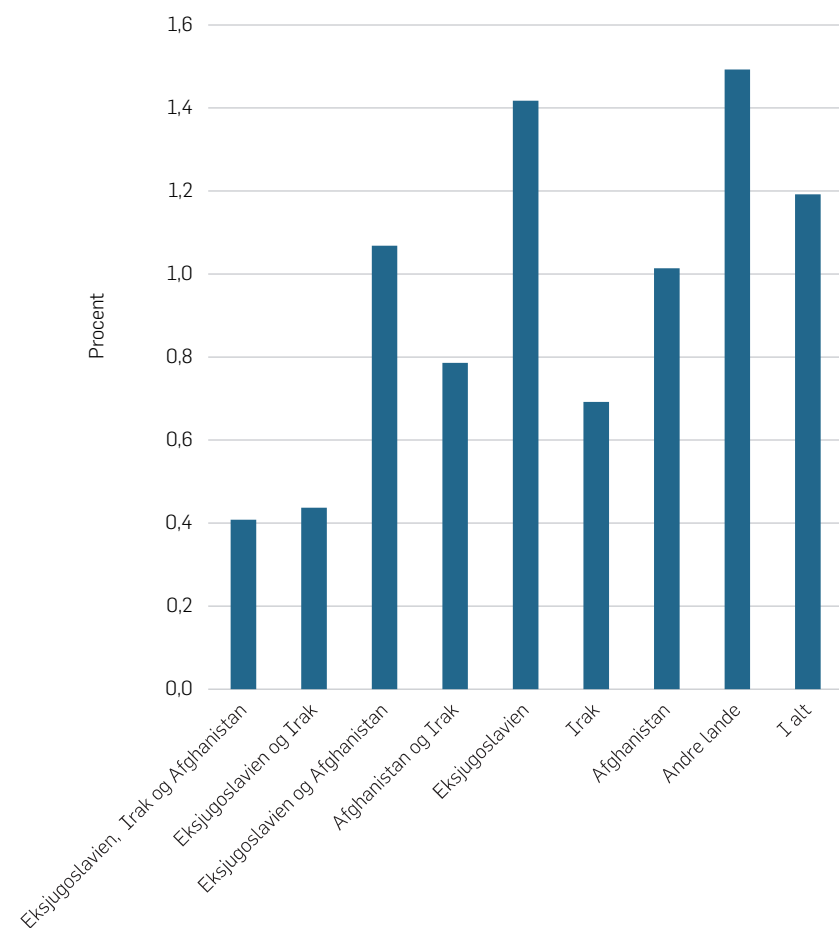
Kilde: SFI's datagrundlag.

Vi undersøger også, om de udsendtes risiko for at dø afhænger af deres missionserfaring. Figur 7.3 viser, at andelen af døde er størst blandt udsendte, der kun har været i Eksjugoslavien eller på missioner i Andre lande. Som nævnt kan alderen have en betydning. Derudover kan det skyldes, at nogle af de første udsendte var dårligt forberedte på, hvad der ventede dem, og derfor blev de voldsomt påvirket af de oplevelser, de var ude for. Der var heller ikke så mange støttetilbud, som der er i dag, da de udsendte vendte hjem fra Eksjugoslavien.

79. UNPROFOR indeholder også UNCRO.

FIGUR 7.3

Mænd udsendt i perioden 1992-2009, der er døde, særskilt for missionserfaring. Procent.



Anm.: Døde inden 31. december 2010. Antal døde i alt: 295 personer. Inklusiv døde under udsendelse.

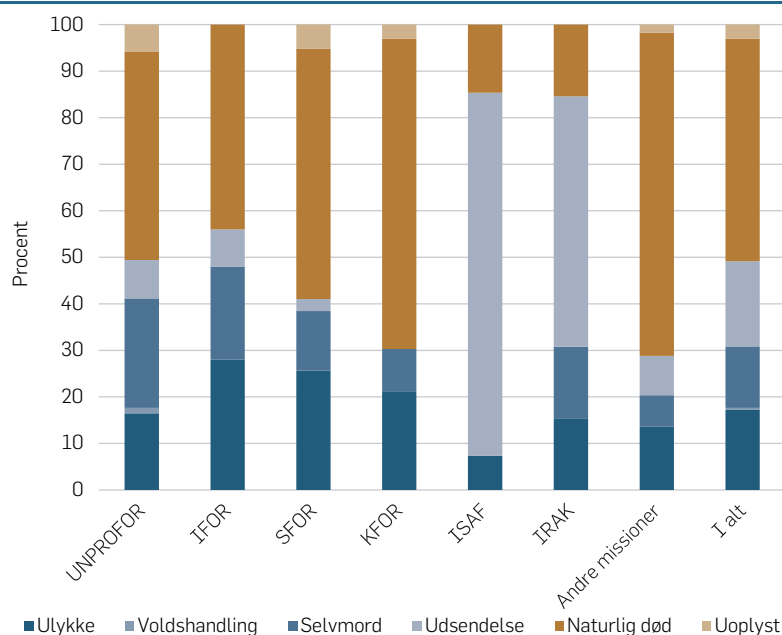
Kilde: SFI's datagrundlag.

Forskellige oplevelser under udsendelse kan som sagt have stor betydning for den udsendes velbefindende efter hjemkomst. Som det ses i figur 7.4, er andelen af døde, der er døde under udsendelse, størst, hvis den udsendes sidste udsendelse var på missionerne i Afghanistan (ISAF) eller i Irak (IRAK). Derimod er selvmordsandelen stor blandt de udsend-

te, der senest var på missionerne i Eksjugoslavien (UNPROFOR og IFOR). I analysen af Zøllner m.fl. (2012) er det netop udsendte på holdene IFOR missioner og udsendte på enkelte hold, der har ytret, at de har haft selvmordstanker og forsøgt selvmord efter udsendelse.

FIGUR 7.4

Mænd udsendt i perioden 1992-2009, der er døde, fordelt efter dødsårsag, særskilt for seneste mission. Procent.



Anm.: Døde inden 31. december 2010. Antal døde i alt 295 personer. Inklusive døde under udsendelse. UNPROFOR indeholder UNCRO

Kilde: SFI's datagrundlag.

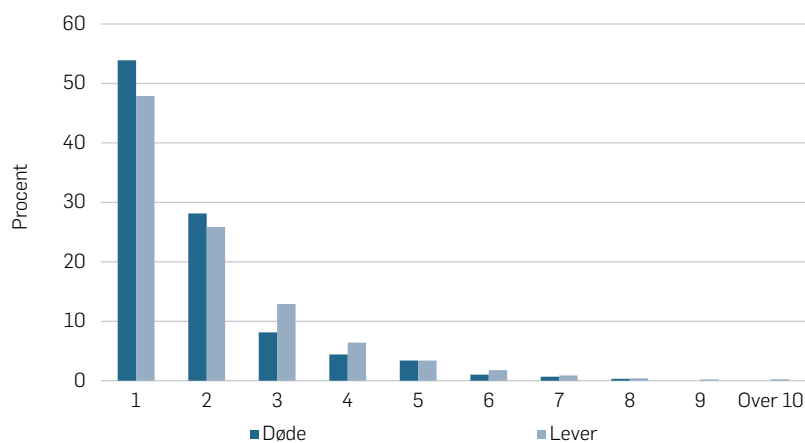
Resultaterne af den logistiske regression (jf. tabel 7.5) viser, at der er en positiv signifikant sammenhæng mellem risikoen for at dø efter udsendelse og den udsendes missionserfaring i Eksjugoslavien. Især for de tidligere udsendte på missioner i Eksjugoslavien såsom UNPROFOR og SFOR. Det hænger godt sammen med, at netop missionerne til Eksjugoslavien har været forbundet med voldsomme oplevelser (Zøllner m.fl., 2012).

ANTAL UDSENDELSER

Som tidligere nævnt kan de udsendtes helbred afhænge af, hvilken eller hvilke missioner de har været udsendt på. Men også antallet af missioner kan formodes at have en betydning for deres helbred. Undersøgelserne *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011) og *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2011) viser, at der generelt for de repatrierede og sårede er en større andel, som har været udsendt flere gange. Vi undersøger derfor også, om de døde har haft flere udsendelser end de overlevende. Figur 7.6 viser, at der er relativt flere engangsudsendte blandt de døde end blandt de overlevende.

FIGUR 7.5

Mænd udsendt i perioden 1992-2009 fordelt efter antal udsendelser, særskilt for døde og levende. Procent.



Anm.: Døde og levende per 31. december 2010. Antal: 24.745 mænd. Inklusiv døde under udsendelse.
Kilde: SFI's datagrundlag.

Resultaterne af den logistiske regression (jf. tabel 7.5) viser, at engangsudsendte sammenlignet med flergangsudsendte har en højere risiko for at dø efter en udsendelse. Sandsynligheden for at dø er faktisk mere end dobbelt så stor for engangsudsendte sammenlignet med flergangsudsendte. Det kan skyldes, at de udsendte, der vælger at tage ud igen, og som forsvarer vurderer egnet til det, netop er rustet til oplevelserne på udsendelserne. På den måde forekommer en positiv selektion, hvor det hovedsageligt er de psykisk stærkeste, der udsendes igen.

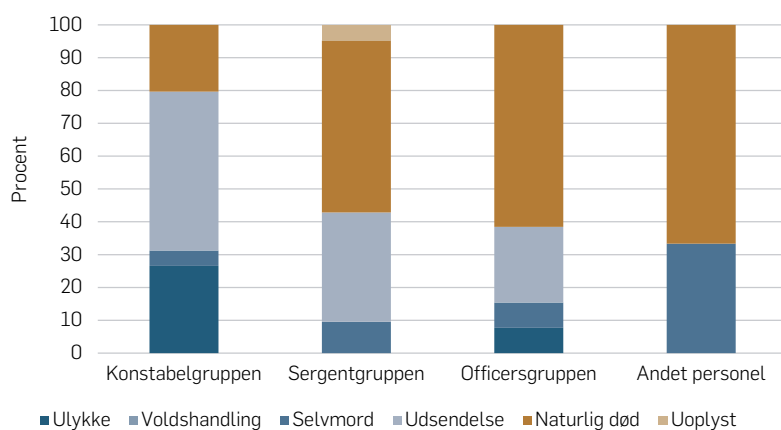
PERSONELGRUPPER

Den udsendtes grad kan have stor betydning for, hvordan vedkommende er forberedt inden udsendelse, og hvilket ansvar vedkommende har under udsendelse. For eksempel har konstabler en kortere militær uddannelse end officerer. På den ene side kan man forvente, at konstabler i højere grad står forrest, når der opstår skudepisoder. Det kan have voldsomme følger som død og eventuelle traumer, der senere kan føre til psykiske problemer. På den anden siden kan der være et voldsomt pres på de overordnede, da de er ansvarlige for de folk, der er under deres kommando, og derudover er de også med i kamphandlingerne.

Der er ikke signifikant forskel på andelen af døde efter udsendelse inden for de forskellige personelgrupper. Men figur 7.6 viser, at i konstabelgruppen er andelen af de døde, som dør i en ulykke eller under udsendelse, højere end blandt de andre personelgrupper. Det kan bl.a. skyldes, at konstabelgruppen i gennemsnit er yngre, og derfor har en mindre risiko for at dø af naturlige årsager.

FIGUR 7.6

Mænd udsendt i perioden 1992-2009, der er døde, fordelt efter dødsårsag, særskilt for personelgruppe. Procent.



Anm.: Vi har oplysninger om grad for omkring 65 pct. af de udsendte mænd og næsten 40 pct. af de døde. Døde og levende inden 31. december 2010. Inklusiv døde under udsendelse. Antal observationer: 16.566 mænd.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Det er markant, at det især er de døde i gruppen andet personel (omfatter fx tolke, læger og sygeplejersker), der begår selvmord. Der er dog relativt få i denne gruppe.

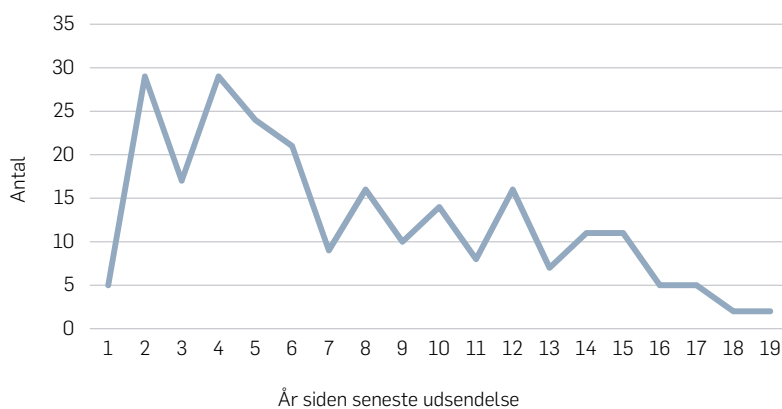
Ud fra regressionsresultaterne i tabel 7.5 har de, der var konstabler ved seneste udsendelse, en mindre risiko for at dø efter udsendelse. Det vil sige, at selvom konstabelgruppen udgør en stor andel af de døde, så er risikoen for at dø efter udsendelse ikke højere, når vi kontrollerer for personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika.

ANTAL ÅR SIDEN DEN SENESTE UDSENDELSE

Selvom den udsendte overlever de voldsomme oplevelser på en mission, så kan oplevelserne have effekt på den udsendtes fysiske og psykiske tilstand over tid og derved også medføre dødsfald blandt de udsendte efter hjemkomsten. I figur 7.7 ser vi, at antallet af dødsfald er størst i årene lige efter hjemkomsten.

FIGUR 7.7

Mænd udsendt i perioden 1992-2009, der er døde efter udsendelse fordelt efter antal år siden seneste udsendelse. Antal.



Anm.: Døde inden 31. december 2010. Antal døde i alt 295. Inklusiv døde under udsendelse.
Kilde: SFT's datagrundlag.

Regressionsresultaterne i tabel 7.5 bekræfter også, at der er en sammenhæng mellem antallet af år, siden en veteran har været udsendt, og risikoen for at dø. Risikoen for at dø er størst tæt på hjemkomsttidspunktet.

HELBRED

I kapitel 4 og 5 beskriver vi udførligt, hvor mange veteraner der har fået registreret en psykiatrisk diagnose og har købt medicin mod psykiske sygdomme før og efter udsendelse.

De fysiske og psykiske konsekvenser af en udsendelse kan resultere i dødsfald. Et eksempel på fysiske mén kan være, at den udsendte har været i kontakt med giftstoffer eller stråling og derved udvikler kræft efter hjemkomsten og dør. Det er bl.a. påvist i udenlandske studier, men afkræftet blandt danske soldater af Storm m.fl. (2006). Et eksempel på psykiske mén kan være, hvis veteraner har været ude for så brutale oplevelser i forbindelse med krigshandlinger, at de efterfølgende udvikler en posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Hvis PTSD ikke bliver opdaget og behandlet, kan den udsendte få det meget dårligt og i værste fald tage sit eget liv. Vi vil i dette afsnit se på de psykiatriske diagnoser og lægemidler, som i kapitel 4 og 5 er defineret som indikatorer for psykisk mén. Tabel 7.7 viser, at der blandt mandlige udsendte, som er døde, er 13 procent, der har haft mindst én psykiatrisk kontakt. Der er 2 procent af de døde, som har haft minimum fem psykiatriske kontakter. Data for psykiatriske diagnoser og kontakter er mest pålideligt fra 1995, men vi ser alligevel på alle døde blandt de udsendte fra 1992-2009.

TABEL 7.7

Mænd udsendt i perioden 1992-2009, der er døde fordelt efter antal psykiatriske kontakter. Antal og procent.

Psykiatriske kontakter	Døde	
	Antal	Procent
0	257	87
1-2	24	8
3-4	8	3
Mere end 5	6	2
I alt	295	100

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Majoriteten af kontakter er fra perioden 1995-2010.

Inklusiv døde under udsendelse.

Kilde: SFI's datagrundlag.

At udsendelser påvirker psyken er vist af Conley og Heerwig (2009) og Hearst m.fl. (1986). Regressionsresultaterne i tabel 7.5 tager højde for, om de udsendte har fået stillet en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme. Vi ser dermed ikke på intensiteten af kontakter eller på omfanget af medicinkøb. Resultaterne viser, at når en

udsendt enten har fået en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme (jf. definitioner i kapitel 4 og 5), så er sandsynligheden for at dø efter udsendelse mere end dobbelt så stor, som hvis den udsendte ikke havde indikationer på psykiske sygdomme.

FAMILIEN

Vi undersøger, om der er sammenhæng mellem udsendtes familiebaggrund, uddannelse m.m. og sandsynligheden for at dø efter udsendelse. Tabel 7.5 viser, at kort uddannelse øger risikoen for at dø. Hverken familiestatus eller lang uddannelse ved seneste udsendelse eller det at have børn er risikofaktorer i forhold til at dø efter udsendelse. Børn kan eventuelt give mening med livet og en større ansvarsfølelse og dermed øge ønsket om overlevelse.

OVER- ELLER UNDERDØDELIGHED (SMR)

Indtil nu har vi i dette kapitel sammenlignet de døde veteraner med de overlevende. I dette afsnit vil vi inddrage en sammenligningsgruppe og sammenligne dødeligheden i de to grupper. Litteraturen om dødelighed tager højde for bl.a. alder og tidsforskelle ved at anvende et dødelighedsindeks, også kaldet SMR (Standard Mortality Ratio). SMR er det faktiske antal døde i en udvalgt gruppe (D_u) sat i forhold til et forventet eller rettere sagt beregnet antal døde. Det beregnede antal døde er produktet af standarddødsquotienten i sammenligningsgruppen fra befolkningen (S_b) (døde blandt 100.000) og antallet af personer i den udvalgte gruppe (P_u).

$$SMR = (D_u / (S_b * P_u)) * 100$$

Er SMR over 100, indikerer indekset en overdødelighed blandt udsendte, hvorimod SMR mindre end 100 betyder, at der er en underdødelighed.

Vi vil beregne SMR for forskellige grupper af de udsendte og vurdere dødeligheden ud fra traditionelle statistiske sikkerhedsgrænser, dvs. 95-pct.-konfidensintervaller.

$$\text{Konfidensinterval} = (e(\pm 1.96 / ((D_u) * 0,5))) * SMR$$

Selvom vi har et stort datamateriale, så er det anderledes småt, når vi deler udsendte op i undergrupper.

Vi forventer som tidligere nævnt, at de udsendte i gennemsnit er fysisk og psykisk stærkere end befolkningen og har derfor udvalgt en

kontrolgruppe bestående af mænd født i 1975-1982, som er erklæret egnet til værnepligt i perioden fra 1994-2010. (jf. kapitel 3). Vi beregner antal døde, og tabel 7.8 viser, at i kontrolgruppen bestående af 105.499 mænd er der 709, der er døde inden udgangen af 2010 (0,7 pct.). Blandt de 6.804 veteraner er der 26, der er døde (0,4 pct.). Der er stor forskel på de faktiske dødsquotienter blandt de forskellige årgange blandt veteraner (dvs. udsving fra 0,1-0,9 procent), hvor forskellen er mindre for årgangene i kontrolgruppen (dvs. udsving fra 0,4-0,8).

Hvis veteranerne havde de samme dødsquotienter som kontrolgruppen, så skulle der til og med 2010 være 47 døde blandt veteranerne. Tabel 7.8 viser dermed, at dødeligheden blandt tidligere udsendte soldater født i 1975-1982 er signifikant lavere end i kontrolgruppen frem til ultimo 2010, når man ser bort fra de udsendte, der er døde under udsendelse og de indvandrede og udvandrede.⁸⁰ Vi kan kun måle dødeligheden til og med 2010, dvs. når mændene er mellem 28 og 35 år. Tabel 7.8 viser, at dødeligheden inden for årgangene er forskellig, men da antallet af døde er relativt lille, bliver resultaterne ikke signifikante, når vi splitter dem op på årgange. Det er dog bemærkelsesværdigt, at der blandt de ældste udsendte (årgang 1975) er en tendens til overdødelighed i forhold til kontrolgruppen, hvorimod der blandt de yngre (årgangene 1976-1982) er en underdødelighed. Det kan dog i høj grad skyldes, at vi observerer flere år efter udsendelse for de ældre årgange. I den forbindelse har vi undersøgt dødsårsagerne for årgang 1975 blandt de udsendte. Dødsfaldene skyldes både ulykker, selvmord og naturlige årsager, men der er ikke noget, der indikerer flere selvmord blandt udsendte født i 1975 sammenlignet med de andre årgange.

Resultaterne af SMR-beregningerne understøtter formodningen om, at de udsendte generelt er fysisk og psykisk stærkere end kontrolgruppen og befolkningen generelt. Samtidig indikerer resultaterne, at der sker ændringer i det relative dødelighedsforhold mellem de udsendte og kontrolgruppen over årene. Det kunne betyde, at udsendelse kan påvirke dødeligheden flere år efter hjemkomst. Med det foreliggende datamateriale kan vi dog ikke undersøge denne hypotese nærmere. Udenlandske studier specielt i forbindelse med Vietnamkrigen har interesseret sig for dødeligheden blandt veteraner. Studier som Hearst m.fl. (1986), Cook m.fl. (2004) og Davison m.fl. (2006) finder, at militære missioner er for-

80. SMR-beregningerne med ind- og udvandrede samt udsendte døde under udsendelse viser også en underdødelighed blandt de udsendte, dog er underdødeligheden ikke signifikant.

bundet med et antal af fysiske og psykiske sygdomme og har store konsekvenser for helbred og dødelighed. Conley & Heerwig (2009) og Angrist & Chen (2008) finder ikke en øget dødelighed blandt veteraner. Både Angrist & Chen (2008) og Hearst m.fl. (1986) undersøger den kausale sammenhæng mellem årsagen til døden og veteranstatus. Desuden finder Conley & Heerwig (2009), at dødeligheden blandt veteraner hænger sammen med personlige karakteristika. Selvom Danmark har lidt store tab i forbindelse med internationale militære missioner, er der i sammenligning med lande som USA få omkomne soldater. Derudover er vores analyseperiode meget kortere, da vi undersøger udsendelser fra 1992-2009, mens den amerikanske litteratur, vi refererer til, henviser til Vietnamkrigen. Derfor kan det være svært at sammenligne vores resultater med udenlandske studier.

TABEL 7.8

Standard Mortality Ratio (SMR) og konfidensinterval for mænd født i 1975-1982, inklusive det totale antal personer, det faktiske og beregnede antal døde, særskilt for udsendte i perioden 1975-1982 og kontrolgruppen.

	Udsendte			Kontrolgruppe			Beregnet	SMR	Konfidensinterval	
	Personer (1)	Døde (2)	Faktisk dødsquotient (3)	Personer (4)	Døde (5)	Standard dødsquotient (6)			Beregnet døde (7)	Overdødelighed (8)
1975	1.097	10	0,0091	8.628	70	0,008	9	112	60	209
1976	952	3	0,0032	13.897	119	0,009	8	37	12	114
1977	880	1	0,0011	14.743	108	0,007	6	16	2	110
1978	844	3	0,0036	14.830	105	0,007	6	50	16	156
1979	816	4	0,0049	14.406	102	0,007	6	69	26	184
1980	777	2	0,0026	13.877	87	0,006	5	41	10	164
1981	713	2	0,0028	12.640	48	0,004	3	74	18	295
1982	725	1	0,0014	12.478	70	0,006	4	25	3	175
I alt	6.804	26		105.499	709		47	55	38	81

Anm.: Døde inden 31. december 2010. Blandt de udsendte er ekskluderet personer, der er vandret (ind/ud) og personer døde under udsendelse. Kontrolgruppen er eksklusiv de personer, der er ind- eller udvandet. Beregning: (3)=(2)/(1); (6)=(5)/(4); (7)=((6)*(1)) *100; (8)=(2)/(7); (9)= (e(-1,96/(døde*0,5))*SMR; (10)= (e(1,96/(døde*0,5))*SMR.

Kilde: SFIs datagrundlag.

OPSAMLING

- Der er stor variation blandt de døde med hensyn til personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika. For eksempel er der:
 - relativt flere blandt unge, der er døde under udsendelse end blandt ældre udsendte.
 - relativt flere selvmord blandt veteraner, som har været på tidligere missioner i Eksjugoslavien (UNPROFOR og IFOR).
- Sandsynligheden for at dø efter udsendelse blandt veteraner hænger sammen med personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika ved den seneste udsendelse. Sandsynlighed for at dø efter udsendelse er større, hvis:
 - den udsendte har fået en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme.
 - den udsendte er engangsudsendt eller har været udsendt til Eksjugoslavien.
 - den udsendte er mere end 45 år, har en kort uddannelse eller ingen børn ved seneste udsendelse.
- Som forventet viser SMR-beregningen, at der er en underdødelighed blandt veteraner sammenlignet med kontrolgruppen for årgangene 1975-1982 i perioden 1992-2010, når man ser bort fra de udsendte, der døde under udsendelse, samt de ind- og udvandrede.
- Vi finder, at dødeligheden inden for årgangene er forskellige, men da der er så få fra hver årgang, der er døde, bliver resultaterne ikke signifikante. Det er dog bemærkelsesværdigt, at der blandt de ældste udsendte er en tendens til overdødelighed, hvor der blandt de yngre er en tendens til underdødelighed.

FRAFALDSANALYSE AF FORSVARETS OPFØLGNINGSUNDERSØGELSE

De foregående analyser har vist, hvordan psykisk helbred og død kan hænge sammen med en udsendelse. Militærpsykologisk Afdeling (MPA)⁸¹ er bevidst om denne sammenhæng og har siden 1997 løbende foretaget en undersøgelse kaldet ”Opfølgingsundersøgelsen” af holdudsendt personel i international tjeneste. Formålet med undersøgelsen er primært at få kontakt med de soldater, der oplever problemer som følge af deres udsendelse og tilbyde dem bistand. MPA’s analyser har vist, at en vis procentdel af personalet har belastningsreaktioner, og denne gruppe kontaktes af afdelingens psykologer. Men hvis de udsendte ikke svarer på spørgeskemaet, kan det være svært for forsvarets psykologer at yde bistand. Det skal ses i lyset af, at frafaldet på spørgeskemaundersøgelsen er på næsten 40 procent. Derfor er det vigtigt at lave en frafaldsanalyse, som beskriver de udsendte, der ikke svarer på spørgeskemaet.

Formålet med frafaldsanalysen er således at undersøge, om MPA’s tal for andelen af soldater, der er i risikogruppen for at udvikle

81. Fra 1952 er militærpsykologien blevet en integreret del af det danske forsvar, da Militærpsykologisk Tjeneste blev oprettet. Siden har militærpsykologien i Danmark haft mange forskellige navne og har været tilknyttet forskellige myndigheder og haft geografiske placeringer. I dag omfatter Militærpsykologisk Afdeling (MPA) militærpsykologien i Danmark. MPA er fra den 3. oktober 2011 officielt gået fra Forsvarets Sundhedstjeneste (FSU) til forsvarets nye Veterancenter i Ringsted. MPA har haft mange navne bl.a. Institut for Militærpsykologi (IMP). For ikke at skabe forvirring vil vi i dette kapitel anvende MPA også i forbindelse med aktiviteter under et andet navn.

belastningsreaktioner, er undervurderet. Derfor undersøger vi forskelle i psykisk tilstand blandt udsendte, der har besvaret MPA-spørgeskemaet og udsendte, der ikke har besvaret spørgeskemaet.

I dette kapitel beskriver vi først data fra MPA og de metoder, vi anvender i analysen. Dernæst viser vi forskellene mellem de to grupper af udsendte – dem, der svarer på MPA-spørgeskemaet og dem, der ikke svarer. Vi undersøger sandsynligheden for ikke at besvare spørgeskemaet ved en logistisk regression. Til sidst opsamler vi resultaterne.

MPA-DATA OG METODE TIL FRAFALDSANALYSE

MPA's opfølgingsundersøgelse består i, at det udsendte personel cirka et halvt år efter hjemkomst får tilsendt et spørgeskema med spørgsmål vedrørende selve udsendelsen, forhold efter hjemkomst og belastningsreaktioner. Sidstnævnte omtales ofte som "efterreaktioner". Når disse MPA-data bruges til at undersøge, hvor mange soldater der er i risikogruppen for at udvikle efterfølgende reaktioner, er det vigtigt at sikre sig, at de personer, der ikke har svaret, ikke er en selekteret gruppe.

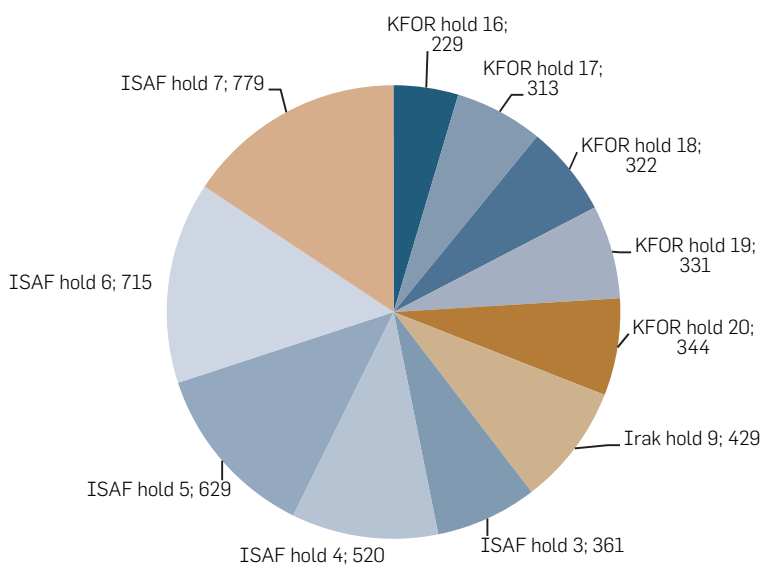
Vi benytter en oversigt fra MPA, som angiver, hvem de har sendt deres opfølgingsundersøgelse til (oversigten kaldes "postlisten"). Frafaldsanalysen tager udgangspunkt i udsendte mellem 2007-2009, som er de hold, postlisten dækker. Et hold er en gruppe af soldater eller andet personel, der udsendes på en mission. Postlisten indeholder personer, der har været udsendt til Irak (IRAK hold 9), Afghanistan (ISAF hold 3-7) og Kosovo (KFOR hold 16-20). I alt drejer det sig om 11 hold og 5.154 udsendelser (før data er blevet rensset for dobbelte observationer mv.). Disse udsendelser er en del af SFI's datagrundlag, som vi har beskrevet i kapitel 2. Ved at benytte SFI's datagrundlag kan vi med udgangspunkt i registeroplysninger karakterisere de personer, der ikke svarer på opfølgningsskemaet både ud fra militære, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika.

MPA danner ud fra besvarelsen af spørgeskemaet en risikoscore for hver veteran, og disse risikoscores bruges til at finde frem til veteraner, der har en risikoprofil. Derfor definerer vi en MPA-besvarelse som gyldig, hvis mindst én af i alt 15 MPA-risikoscorer kan dannes på baggrund af de samlede besvarelser. Vi fjerner dobbeltobservationer, hvor de udsendte tilsyneladende har besvaret MPA-skemaet to gange for

samme udsendelse. Vi fjerner også de MPA-besvarelser, der ikke optræder i postlisten. Populationen til frafaldsanalysen består hermed af 4.972 udsendelser fordelt mellem 4.520 unikke personer. Heraf optræder 4.101 personer på et hold, mens 419 personer optræder på to til fire hold. Figur 8.1 viser, hvordan de 4.972 udsendelser er fordelt på missioner og hold. Det er tydeligt, at for den del af MPA-data, vi laver frafaldsanalyse på, har majoriteten af de udsendte enten været på KFOR- eller ISAF-missioner. En lille andel har været i IRAK. Det skyldes, at vi i vores datamateriale kun ser på besvarelser fra et hold til Irak.

FIGUR 8.1

Udsendte i perioden 2007-2009, der har fået tilsendt spørgeskema til forsvarrets opfølgingsundersøgelse særskilt for mission og hold. Antal.



Anm.: 4.972 udsendelser.
Kilde: SFI's datagrundlag.

Tabel 8.1 viser, at populationen for frafaldsanalysen hovedsageligt er kommet hjem fra missioner i 2008 og 2009, hvilket vil sige, at de har været udsendt for relativt nyligt. SFI's datagrundlag går op til 2010. Da ana-

lysen fokuserer på helbredsmæssige forhold efter hjemkomsten, anvender vi helbredsdata fra hjemkomståret samt året efter (dvs. 2 år efter udsendelse for alle). På den måde observerer vi de udsendtes helbred i det samme antal år, selvom de har været udsendt i forskellige år. Det betyder, at hvis den udsendte eksempelvis har en hjemkomstdato i 2008, så vil analyserne for denne person tage udgangspunkt i køb af den udvalgte medicin mod psykiske sygdomme og lægekontakter i 2008 og 2009 – uanset hvornår i 2008 den præcise hjemkomstdato er.

TABEL 8.1

Udsendte i perioden 2007-2009, der har fået tilsendt spørgeskemaet til forsvarrets opfølgingsundersøgelse opdelt efter hjemkomstår. Antal og procent.

Hjemkomstår	Antal	Udsendte
		Procent
2007	790	16
2008	2.196	44
2009	1.986	40
I alt	4.972	100

Kilde: SFI's datagrundlag.

Vi anvender to metoder, når vi laver frafaldsanalysen blandt udsendte soldater:

1. Vi beskriver de udsendte i frafaldsanalysen ud fra personlige, helbredsmæssige og militære baggrundsoplysninger ved hjælp af frekvenstabeller.
2. Vi undersøger, hvilke karakteristika der hænger sammen med en øget sandsynlighed for at ikke at besvare opfølgningsspørgeskemaet ved hjælp af en logistisk regression.

FRAFALDSANALYSE

Tabel 8.2 og 8.3 viser, at der er forskelle mellem de veteraner, der svarer på opfølgningsskemaet og de veteraner, der ikke svarer.⁸² Tabellerne vi-

82. Nogle af de personlige karakteristika, som er blevet analyseret i de foregående kapitler, såsom karakteristika fra barndommen og beskæftigelsesstatus før udsendelse, er udeladt i frafaldsanalysen af to årsager. For det første er formålet at se på risikofaktorer for ikke at besvare MPA-spørgeskemaet ud fra observerbare karakteristika i forbindelse med den seneste udsendelse og ti-

ser blandt andet, at andelen af yngre mænd, enlige og personer uden børn er større blandt de udsendte, der ikke har svaret end blandt dem, der har svaret på MPA-spørgeskemaet. Samtidig har over 55 pct. af dem, der ikke har besvaret MPA's spørgeskema, grundskole som højest fuldførte uddannelse. Når vi ser på helbredet blandt de personer, der ikke har svaret på MPA's spørgeskema, er der flere, der har fået en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme blandt dem, der ikke svarer. Samtidig er andelen, der går til henholdsvis alment praktiserende og læge og speciallæge, størst blandt de udsendte, der har besvaret MPA's spørgeskema. De militære karakteristika varierer også – en stor del af dem, der ikke har besvaret spørgeskemaet, er konstabler, udsendte med missionserfaring fra Eksjugoslavien og Afghanistan, udsendte med seneste mission i Afghanistan (ISAF) eller udsendte i 2009.

TABEL 8.2

Udsendte 2007-2009 fordelt efter udvalgte socioøkonomiske karakteristika, særskilt for, om de har besvaret spørgeskemaet til forsvarrets opfølgningsundersøgelse eller ej. Procent.

Karakteristika	Besvaret	Ikke besvaret	I alt
<i>Køn</i>			
Kvinde***	8	6	7
Mand***	92	94	93
I alt	100	100	100
<i>Aldersgruppe</i>			
18-24 år***	38	53	44
25-44 år***	51	40	47
45 år og ældre***	11	7	9
I alt	100	100	100
<i>Civilstand</i>			
Andet end parforhold***	85	92	88
I et parforhold***	15	8	12
I alt	100	100	100
<i>Hjemmeboende børn</i>			
Nej***	86	91	88
Ja***	14	9	12
I alt	100	100	100

(Fortsættes)

den efter. For det andet er det begrænset, hvor mange risikofaktorer der kan analyseres samtidig grundet datamaterialets størrelse.

TABEL 8.2 (FORTSAT)

Udsendte 2007-2009 fordelt efter udvalgte socioøkonomiske karakteristika, særskilt for, om de har besvaret spørgeskemaet til forsvarets opfølgningsundersøgelse eller ej. Procent.

Karakteristika	Besvaret	Ikke besvaret	I alt
<i>Uddannelse</i>			
Grundskole ***	42	56	47
Ungdomsuddannelse **	26	21	24
Faglært*	17	14	16
Videregående uddannelse ***	14	7	11
Uoplyst***	1	2	2
I alt	100	100	100
<i>Psykiatriske diagnoser</i>			
Ingen psykiatriske diagnoser***	99	98	99
Mindst en psykiatrisk diagnose***	1	2	1
I alt	100	100	100
<i>Medicin mod psykiske sygdomme⁴</i>			
Intet købt***	95	94	95
Mindst et køb af medicin mod psykiske sygdomme***	5	6	5
I alt	100	100	100
<i>Almen-lægebesøg</i>			
0 besøg***	18	20	19
Almen. læge besøg 1-3***	25	28	26
Almen. læge besøg 4-9***	30	30	30
Almen. læge besøg over 10***	26	23	25
I alt	100	100	100
<i>Speciallægebesøg</i>			
0 besøg***	44	49	46
Speciallæge besøg 1-3***	15	17	16
Speciallæge besøg 4-9***	22	19	21
Speciallæge besøg over 10***	19	15	18
i alt	100	100	100
Antal observationer	3.036	1.936	4.972

Anm.: Signifikansniveau: * p<0,10,**p<0,05,*** p<0,01.

Kilde: SFI's datagrundlag.

TABEL 8.3

Udsendte 2007-2009 fordelt efter udvalgte militære karakteristika særskilt for, om de har besvaret spørgeskemaet til forsvarrets opfølgningsundersøgelse eller ej. Procent.

Kategorier	Besvaret MPA	Ikke besvaret MPA	I alt
<i>Personelgruppe</i>			
Konstabel***	56	70	61
Sergent***	23	15	20
Officer***	15	6	12
Andet**	5	4	5
Uoplyst ¹ ***	1	5	2
I alt	100	100	100
<i>Mission for MPA-besvarelse</i>			
KFOR	31	31	31
ISAF***	59	63	60
IRAK***	10	7	9
I alt	100	100	100
<i>Missionsår for MPA-besvarelse</i>			
2007***	15	18	63
2008***	48	38	0
2009***	37	44	0
I alt	100	100	0
<i>Missionserfaring i perioden 1992-2009</i>			
Eksjugoslavien og Irak og Afghanistan***	11	8	10
Eksjugoslavien og Irak***	6	4	5
Eksjugoslavien og Afghanistan	20	21	21
Afghanistan og Irak	9	10	9
Eksjugoslavien**	23	21	22
Irak**	5	3	4
Afghanistan***	26	32	28
I alt	100	100	100
<i>Antal udsendelser</i>			
Engangsudsendte***	28	37	32
Flergangsudsendte***	72	63	68
I alt	100	100	100
Antal observationer	3036	1936	4972

Anm.: Signifikansniveau * p<0,10,**p<0,05,*** p<0,01.

Kilde: SFI's datagrundlag.

Hvor tabel 8.2 og 8.3 viser, hvordan besvarelserne af MPA's opfølgningsskema er fordelt i forhold til forskellige personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika, så viser resultaterne i tabel 8.4 sammenhænge mellem det at besvare MPA's opfølgningsskema og forskellige personlige, militære og helbredsmæssige risikofaktorer. I det følgende vil vi gennemgå resultaterne ud fra de forskellige karakteristika.

TABEL 8.4

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for ikke at besvare spørgeskemaet til forsvarrets opfølgingsundersøgelse for udsendte i perioden 2007-2009. Odds ratio fra logistisk regression og tilhørende standardfejl.

Afhængig variabel: Bevarelse (nej/ja) ¹	Odds ratio	Standardfejl
Mand	1,440 ***	0,198
18-24 år (25-44 år)	1,381 ***	0,110
45 år og ældre (25-44 år)	0,958	0,139
Eksjugoslavien og Irak (Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan)	0,901	0,184
Eksjugoslavien og Afghanistan (Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan)	1,284 **	0,158
Eksjugoslavien (Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan)	1,291 *	0,185
Afghanistan og Irak (Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan)	0,767	0,131
Irak (Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan)	1,072	0,273
Afghanistan (Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan)	1,213	0,155
Engangsudsendte	1,197 **	0,097
Ikke enlig	0,651 ***	0,100
Lang uddannelse	0,792	0,122
Hjemmeboende børn	1,06	0,154
KFOR (IRAK)	1,76 ***	0,351
ISAF (IRAK)	1,408 *	0,267
Sergentgruppe (konstabelgruppe)	0,651 ***	0,055
Officersgruppe (konstabelgruppe)	0,478 ***	0,068
Andet (konstabelgruppe)	1,047	0,196
Uoplyst grad (konstabelgruppe)	8,818 ***	2,317
2008 (2007)	0,594 ***	0,053
2009 (2007)	0,783 ***	0,073
Mindst 1 køb af medicin	1,424 **	0,202
Mindst 1 psykiatrisk diagnose	1,539 *	0,399
Almen-læge besøg 1-3 (0 besøg)	1,034	0,095
Almen-læge besøg 4-9 (0 besøg)	0,885	0,081
Almen-læge besøg over 10 (0 besøg)	0,805 **	0,083
Speciallæge besøg 1-3 (0 besøg)	0,989	0,088
Speciallæge besøg 4-9 (0 besøg)	0,788 ***	0,066
Speciallæge besøg over 10 (0 besøg)	0,858	0,081
Antal observationer	4972	
Log-likelihood		-3096,7947

Anm.: Signifikansniveau: * p<0,10, **p<0,05, *** p<0,01.

1. Referencekategorierne i parentes.

Kilde: SFI's datagrundlag.

UDSENDELSER

Tabel 8.3 viser, at der er signifikant flere engangsudsendte blandt de udsendte, der ikke har besvaret MPA's opfølgingsundersøgelse, end der er blandt de udsendte, der har besvaret. Det betyder, at jo flere tidligere udsendelser, desto større tilbøjelighed til at besvare MPA's spørgeskema. Dette er ikke overraskende, da vi forventer, at engangsudsendte i højere grad forlader forsvarret og måske derfor er mindre interesserede i at besvare skemaet.

Estimationsresultaterne i tabel 8.4 bekræfter den positive sammenhæng mellem ikke at svare på MPA-spørgeskemaet og have været udsendt én gang, selv når der kontrolleres for andre karakteristika.

MILITÆRE KARAKTERISTIKA

I tabel 8.3 så vi, at særligt konstabelgruppen udgør en stor gruppe af de udsendte, der ikke har svaret på opfølgningsskemaet. Ud fra regressionsresultaterne i tabel 8.4 ser vi også, at det særligt er konstabelgruppen og udsendte med en uoplyst personelgruppe, der har en øget sandsynlighed for ikke at svare på spørgeskemaet.

Når vi ser på, hvilke missioner de tidligere udsendte har været på, så er det især veteraner, som kun har været i Eksjugoslavien, eller veteraner som både har været i Eksjugoslavien og Afghanistan, der har en øget sandsynlighed for ikke at besvare opfølgningsskemaet. I kapitel 4 og 5 finder vi, at det særligt er veteraner fra Eksjugoslavien og repatrierede (særligt fra Afghanistan og Irak), som har haft det psykisk hårdt efter udsendelsen. Det stemmer overens med, at vi også ser, at der er en højere andel af repatrierede blandt dem, der ikke svarer. Det kan indikere, at der er et sammenfald mellem at være repatrieret, dårligt psykiske helbred og at undlade at besvare MPA's opfølgningsundersøgelse. Vi ser netop, at udsendte fra KFOR og ISAF har en øget sandsynlighed for ikke at svare på MPA-spørgeskemaet sammenlignet med de udsendte fra IRAK (de MPA-opfølgningsspørgeskemaer vi har til rådighed, omfatter kun de 3 missioner).

HELBRED

Vi undersøger, hvorvidt der er helbredsmæssige forskelle på de udsendte, der besvarer MPA's opfølgningsskema og de udsendte, der ikke besvarer. Vi vil i dette afsnit se på psykiatriske diagnoser og køb af medicin mod psykiske sygdomme som tidligere defineret i kapitel 4 og 5.

PSYKIATRISKE DIAGNOSER OG MEDICIN MOD PSYKISKE SYGDOMME

Tabel 8.2 viser andelen, der har købt medicin mod psykiske sygdomme særskilt for veteraner, der har besvaret og veteraner, der ikke har besvaret MPA's spørgeskema. Andelen af udsendte, som køber den udvalgte medicin, er større blandt udsendte, der ikke har besvaret MPA's spørgeskema, end den er blandt udsendte, der har besvaret MPA's spørgeskema. Der er således en statistisk signifikant sammenhæng mellem besvarelse af

MPA's spørgeskema og køb af medicin mod psykiske sygdomme i hjemkomståret eller året efter udsendelse.⁸³

Tabel 8.2 viser, at andelen af personer, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose i hjemkomståret eller året efter, er signifikant større blandt dem, der ikke har besvaret MPA's spørgeskema end blandt dem, der har. Andelen er faktisk dobbelt så stor. Det vil sige, at 2 procent af de udsendte, der ikke har besvaret, har en registreret psykiatrisk diagnose, mens kun 1 procent blandt de udsendte, der har svaret, har fået registreret en psykiatrisk diagnose. Numerisk er denne forskel dog ikke så stor – 40 ud af 1.936 i forhold til 33 ud af 3.036.

Resultaterne fra den logistiske regression (jf. tabel 8.4) bekræfter, at hvis den udsendte enten har fået en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme efter hjemkomsten, så har den udsendte en markant højere sandsynlighed for ikke at besvare MPA's spørgeskema.

Der er mange muligheder for at måle de udsendtes psykiske tilstand. Man kunne bl.a. estimere sammenhænge mellem psykiatriske hospitalsindlæggelser eller ambulante besøg og at besvare opfølgningsundersøgelsen. Vi har dog valgt ikke at estimere sandsynligheden for ikke at besvare MPA-spørgeskemaet ud fra disse variable, da de er stærkt korreleret med diagnoser og medicinkøb mv.

BESØG HOS ALMENT PRAKTISERENDE LÆGE OG SPECIALLÆGE

Generelt er det et sygdomstegn at gå til lægen. Det kan dog også være et sundhedstegn at gå rettidigt til lægen, inden en sygdom udvikler sig til noget alvorligt. Vi undersøger det gennemsnitlige antal lægebesøg i de to grupper og finder, at der er en signifikant sammenhæng mellem besvarelse af MPA's spørgeskema og antal lægebesøg. Der er en større andel, som går til lægen blandt dem, der har besvaret spørgeskemaet end blandt dem, der ikke har besvaret skemaet (se tabel 8.2). Det gennemsnitlige antal kontakter til alment praktiserende læger er 6,6 i hjemkomståret og året efter for dem, der ikke har besvaret MPA-skemaet, hvor det gennemsnitlige antal kontakter er 7 for dem, der har besvaret skemaet. Antallet af besøg hos speciallæger er også signifikant lavere for de udsendte, der ikke har besvaret MPA-skemaet. De har i gennemsnit 4,9 besøg, hvorimod

83. Inkluderes smertestillende midler i analysen, bliver sammenhængen mellem besvarelse af MPA's spørgeskema og køb af medicin ikke signifikant.

de udsendte, der har besvaret MPA's spørgeskema, i gennemsnit har 5,9 besøg. Vi har desuden set på antal lægebesøg blandt de personer, som har været til lægen. Her finder vi ikke signifikante forskelle mellem de udsendte, der besvarer opfølgningsskemaet og dem, der ikke besvarer.

Resultaterne fra den logistiske regression (jf. tabel 8.4) viser, at sandsynligheden for at besvare stiger, hvis de udsendte har haft mange besøg til alment praktiserende læge og speciallæge (mere end 3 besøg efter seneste udsendelse). Det betyder altså, at selvom man generelt ville forvente, at personer, der går meget til alment praktiserende læge eller speciallæge, har et ringe helbred og derfor i mindre grad ville magte eller ønske at besvare opfølgningsskemaet, så er det ikke tilfældet for veteranerne i denne undersøgelse. Det kan dog også tænkes, at personer, der går meget til lægen, generelt er meget opmærksomme på deres sundhed og helbred og derfor føler, det er vigtigt at besvare opfølgningsundersøgelsen.

PERSONLIGE KARAKTERISTIKA

I gennemsnit er de udsendte, der har besvaret opfølgningsskemaet, ældre end dem, der ikke har besvaret. Sammenlignet med dem, der ikke har besvaret spørgeskemaet, er der blandt dem, der har besvaret skemaet, en større andel, der har en videregående uddannelse, og som lever i parforhold og har børn på udsendestidspunktet (jf. tabel 8.2). Ud fra estimationsresultaterne i tabel 8.4 er der en øget risiko for ikke at besvare spørgeskemaet, hvis veteranen er mellem 18-24 år og enlig. Børn og uddannelse har ikke nogen signifikant betydning.

HVAD KAN VI KONKLUDERE PÅ BAGGRUND AF FRAFALDSANALYSEN?

Vi har i ovenstående afsnit vist, at frafaldet blandt udsendte, der ikke svarer på MPA-opfølgningsskemaet, ikke er tilfældigt i forhold til personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika. De udsendte, der ikke svarer, har i gennemsnit en ringere psykisk helbredsprofil (flere psykiatriske diagnoser og køb af medicin mod psykiske sygdomme). Det medfører, at det er vigtigt at overveje to ting, hvis man anvender data fra opfølgningsundersøgelsen (MPA-data).

For det første er det vigtigt at være opmærksom på, at respondenterne i opfølgingsundersøgelsen ikke er et tilfældigt udsnit af de udsendte med hensyn til sundhedskarakteristika. Det betyder, at hvis man analyserer de udsendtes helbredstilstand ud fra MPA-besvarelserne, så vil man undervurdere de helbredsmæssige konsekvenser af en udsendelse, idet veteraner med et dårligere psykisk helbred er underrepræsenterede.

For det andet er det vigtigt at være opmærksom på, at nogle af de udsendte, som har psykiske mén (dvs. har fået stillet en psykisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme) ikke svarer på MPA-spørgeskemaet, og i så fald er MPA-opfølgningsskemaerne desværre ikke en effektiv måde at få fat på dem på. Problemet er, at de udsendte, som MPA ønsker at finde frem til, er meget svære at få kontakt med, og vores frafaldsanalyse viser, at det ikke er muligt at finde frem til hele MPA's målgruppe via opfølgningsskemaerne. Dette bekræftes af Rona m.fl. (2004), der i deres undersøgelse af veteraner ligeledes finder frem til, at militært personel med potentielt alvorlige psykiske sygdomme har en lavere svarprocent end andre. Det betyder også, at det kan være meget svært ud fra MPA's opfølgningsskema at vurdere omfanget af de udsendtes risikoprofil.

OPSAMLING

Vi har undersøgt, om der er systematiske forskelle i sundhedsprofilen blandt soldater, der besvaret Militærpsykologisk Afdelings (MPA) opfølgingsundersøgelse og soldater, der ikke besvarer undersøgelsen. Frafaldsanalysen tager udgangspunkt i de holdudsendte i perioden 2007-2009, der har modtaget et spørgeskema seks måneder efter hjemkomst, hvorfra vi har en postliste for alle, der har fået spørgeskemaet tilsendt. Det vil sige, at vores frafaldsanalyse er baseret på nogle af de soldater, der har været udsendt de seneste år. Det drejer sig om 4.972 udsendelser på missionerne IRAK i Irak, ISAF i Afghanistan og KFOR i Eksjugoslavien. Frafaldsanalysen viser følgende:

- De udsendte, der ikke besvarer MPA-opfølgningsskemaet, er i høj grad er mænd, 18-24 år og enlige.
- Konstabler, engangsudsendte og tidligere udsendt til bl.a. Eksjugoslavien har en mindre sandsynlighed for at besvare MPA-

opfølgningsskemaet. Sandsynligheden falder yderligere, hvis soldaten har været udsendt på KFOR eller ISAF sammenlignet med IRAK.

- Desuden viser resultaterne, at sandsynligheden for ikke at besvare MPA-opfølgningsskemaet øges, hvis den udsendte får en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme efter udsendelsen.
- Frafaldsanalysen viser, at det ikke er tilfældigt, hvem der besvarer MPA-opfølgningsspørgeskemaet. Specielt er gruppen af veteraner med psykiske mén underrepræsenteret. Det betyder, at det kan være svært for MPA at finde frem til hele deres målgruppe via opfølgningsundersøgelsen.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Formålet med denne rapport er at undersøge, hvilke følger udsendelse på internationale militære missioner kan have på soldaters psykiske helbred. Det undersøger vi blandt alle de 26.000 soldater, der har været udsendt i perioden 1992-2009. Følgerne kan være svære at kvantificere og måle. I denne rapport har vi derfor valgt at fokusere på, hvordan udsendelse hænger sammen med følgende udvalgte helbredsindikatorer:

- psykiatriske diagnoser og kontakter til det psykiatriske sundhedssystem
- køb af medicin mod psykiske sygdomme og misbrugsbehandling
- anmeldte arbejdsulykker og erhvervssygdomme
- dødelighed

Disse helbredsindikatorer kan alle tænkes at blive påvirket af udsendelse på en international militær mission.

Derudover undersøger vi frafaldet i en opfølgingsundersøgelse foretaget af forsvarets psykologer, hvor 40 pct. ikke har besvaret det tilsendte spørgeskema. Formålet med denne del af rapporten er at undersøge, hvem forsvarets psykologer får kontakt med gennem deres opfølgingsundersøgelser, og særligt hvem de ikke får kontakt med. Frafalds-

analysen er baseret på data fra Militærpsykologisk Afdelings (MPA) opfølgingsundersøgelse.

Analyserne bygger på viden fra de tidligere SFI-rapporter i serien om ”Danske hjemvendte soldater”. De foregående rapporter har været med til at karakterisere forskellige grupper blandt tidligere udsendte soldater, herunder grupper, der er særligt udsatte i forhold til at opleve følgevirkninger.

Denne rapport søger at afdække følgende spørgsmål:

- Har soldaterne psykiske mén efter deres udsendelser? Viser eventuelle mén sig i form af psykiatriske diagnoser, misbrugsbehandling eller i køb af medicin mod psykiske sygdomme?
- Hvordan er udviklingen i soldaternes sundhedsprofil før og efter udsendelse?
- Hvordan er udviklingen i soldaternes sundhedsprofil i forhold til en kontrolgruppe?
- Hvor mange soldater har fået anmeldt eller er registreret med en arbejdsskade?
- Har soldater en højere risiko for at dø tidligt sammenlignet med en kontrolgruppe?
- Er der flere med psykiske mén blandt dem, der ikke har besvaret militærpsykologernes spørgeskema sammenlignet med dem, som har?

Rapporten består af to delanalyser. I del I undersøger vi veteranernes sundhedsprofil, mens vi i del II undersøger veteranernes dødelighed og frafald i MPA's opfølgningskema. I det følgende opridser vi hovedkonklusionerne, som hver af de to delanalyser peger på. Derefter vil vi perspektivere analysernes resultater og gå mere i dybden med resultaternes begrænsninger og rækkevidde.

HVEM HAR FÅET PSYKISKE MÉN EFTER DERES UDSENDELSER?

Vi undersøger sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose og købe medicin mod psykiske sygdomme, når vi tager højde for baggrundsfaktorer. Vi kommer frem til, at der er forskellige forhold, der er med til at øge sandsynligheden for dels at få en psykiatrisk diagnose og dels at købe medicin mod psykiske sygdomme. Vi finder, at udsendte, der udviste

tegn på psykiske problemer inden udsendelse, dvs. købte medicin mod psykisk sygdom eller havde en registreret diagnose inden udsendelse, har større sandsynlighed for at få mén efter udsendelse. Dog viser tidligere undersøgelser fra det britiske militær (Rona m.fl., 2006, 2009) og fra det danske forsvar (Thomsen m.fl., 2010), at det alligevel er svært at forudsige, hvem der vil lide psykisk skade af krigsoplevelserne.

Vi finder, at der er to grupper af udsendte, der har større sandsynlighed for både at købe medicin mod psykiske sygdomme og at for få en psykiatrisk diagnose efter udsendelse. Det er dels udsendte til missioner i Eksjugoslavien i begyndelsen af 1990'erne og dels repatrierede fra Irak og Afghanistan i perioden 2005-2009. Derudover er der forskellige sociale forhold, der hænger sammen med en øget sandsynlighed, fx at have været anbragt uden for hjemmet under opvæksten, at være opvokset i eneforsørgerfamilie eller at være ledig året inden første udsendelse.

HVORDAN ER UDVIKLINGEN I SOLDATERNES PSYKISKE SUNDHEDSPROFIL FØR OG EFTER UDSENDELSE?

Der er generelt flere blandt de udsendte, der har fået en psykiatrisk diagnose, har haft kontakt til det psykiatriske sundhedssystem, har købt medicin mod psykiske sygdomme eller har været i behandling for misbrug efter udsendelse sammenlignet med før udsendelse. Stigningen i antallet af diagnoser og medicinkøb viser sig særligt omkring tre år efter udsendelse, mens vi for kontrolgruppen observerer en jævn stigning gennem perioden. Derudover er der 1 ud af 6 af alle de 26.000 udsendte i perioden 1992-2009, der er registreret med psykiske mén enten i form af psykiatrisk diagnose, køb af medicin eller misbrugsbehandling efter deres første udsendelse uden at have været registreret tidligere. Det betyder, at vi ifølge vores arbejdshypotese kan se disse psykiske mén som en følge af udsendelse.

De hyppigst forekommende diagnoser efter udsendelse er gruppen af nervøse og stressrelaterende tilstande, der udgør 41 pct. af alle psykiatriske diagnoser. Dernæst følger affektive lidelser (fx depression), som udgør 31 pct. Blandt alle veteraner udsendt mellem 1992 og 2009 har 2,4 pct. fået registreret diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) efter at have været udsendt (628 personer). Når vi undersøger antallet af kontakter til det psykiatriske sundhedssystem, er der ligeledes en stigning, og det viser sig, at der særligt sker en stigning i antallet af heldøgnsindlæggelser og ambulante besøg efter udsendelse.

HVORDAN ER UDVIKLINGEN I SOLDATERNES PSYKISKE SUNDHEDSPROFIL I FORHOLD TIL EN KONTROLGRUPPE?

Generelt er der færre blandt de udsendte (årgangene 1975-1982), der har indikationer på dårlig psykisk trivsel (i form af psykiatriske diagnoser, psykiatriske kontakter, køb af medicin mod psykiske sygdomme og misbrugsbehandling), end der er blandt personer i kontrolgruppen. Det skal dog ses i relation til, at de udsendte har været gennem forsvarets udvælgelsesproces, der omfatter både fysisk og psykisk godkendelse inden udsendelse, hvorimod personer i kontrolgruppen kun er blevet erklæret egnede til aftjening af værnepligt på Forsvarets Dag. Det betyder, at vi kan forvente, at der er flere med psykiske sygdomme i kontrolgruppen.

Erfaringerne fra USA (Larson m.fl., 2008) viser, at psykiske belastningsreaktioner hos amerikanske soldater ofte bliver opdaget tidligt, således at den grundlæggende træning fungerer som en psykologisk udvælgelsesproces. Dette resulterer i en såkaldt *Healthy Warrior Effect*, der kommer til udtryk ved, at alle symptomer på psykiske lidelser med undtagelse af PTSD optræder med lavere frekvens blandt udsendt militært personel end blandt militært personel, som ikke bliver udsendt. Dette tyder på, at under forberedelserne til udsendelse bliver de psykisk stærkeste soldater udvalgt til udsendelse. Denne tendens kan vi til dels genfinde i vores data. En årrække efter udsendelse får de udsendte dog lige så hyppigt psykiatriske diagnoser som kontrolgruppen, og særligt i grupperne af nervøse og stressrelaterede tilstande samt affektive lidelser ses en markant stigning.

HVOR MANGE ER REGISTRERET MED EN ARBEJDSKADE?

1 ud af 6 tidligere udsendte (i alt 4.448 personer) har fået anmeldt eller registreret en arbejdsskade. Hovedparten af sagerne involverer dog ikke varige mén. Sammenlignet med kontrolgruppen har de tidligere udsendte fået anmeldt flere arbejdsskader til Arbejdsskadestyrelsen (ASK) i perioden 1992-2009. Der er 19 pct. af de tidligere udsendte (1.289 ud af 6.778 udsendte), som har fået anmeldt en skade hos ASK, mens denne andel ligger på 9 pct. i kontrolgruppen. Desuden er 18 pct. af de anmeldte erhvervsygdomme blandt de udsendte baseret på en psykisk diagnose, mens denne andel er 5 pct. for kontrolgruppen. Det skal dog bemærkes, at ikke alle anmeldelser foretaget på vegne af de tidligere udsendte nødvendigvis vedrører tilstande, der er opstået i forbindelse med en udsen-

delse. De udsendte kan desuden have været ansat på forskellige arbejdspladser i perioden.

HAR SOLDATER HØJERE RISIKO FOR AT DØ TIDLIGT?

I vores beskrivelse af de døde mandlige veteraner viser vi, at der er relativt flere unge mellem 18 og 24 år, der er døde under udsendelse, end der er blandt udsendte over 45 år. Der er også relativt flere selvmord blandt veteraner, som senest har været udsendt på missioner i Eksjugoslavien i starten af 1990'erne.

Vi finder, at der er stor variation med hensyn til personlige, helbredsmæssige og militære karakteristika blandt de udsendte, når det gælder deres dødelighed. De militære karakteristika, som er risikofaktorer i forbindelse med dødelighed efter udsendelse, er, hvorvidt veteranen er engangsudsendt eller har været udsendt på mindst én mission i Eksjugoslavien. Der er forskellige helbredsmæssige karakteristika, der hænger sammen med dødelighed. Hvis en veteran har fået en psykiatrisk diagnose eller har købt medicin mod psykiske sygdomme i analyseperioden, så har veteranen større risiko for at dø efter udsendelse. Andre risikofaktorer i forbindelse med dødsfald blandt veteraner er ved seneste udsendelse at være mere end 45 år gammel, have en kort uddannelse eller ikke at have børn.

Samtidig med at analysen viser, at det ikke er tilfældigt, hvilke veteraner der har en øget risiko for at dø i perioden 1992-2010, så viser vores dødelighedsindeks, at veteraner generelt har en lavere dødelighed end personer i kontrolgruppen.

ER DER FLERE INDIKATIONER PÅ PSYKISKE MÉN BLANDT DEM, DER IKKE HAR BESVARET SPØRGESKEMAET I FORBINDELSE MED FORSVARETS OPFØLGNINGSUNDERSØGELSE?

Vi foretager en frafaldsanalyse af militærpsykologernes spørgeskemaundersøgelse for de udsendte til Irak, Afghanistan og Kosovo i perioden 2007-2009. Resultaterne viser, at de udsendte, der ikke besvarer det udsendte spørgeskema, i gennemsnit har flere psykiatriske diagnoser og hyppigere køber medicin mod psykiske sygdomme. Desuden finder vi, at de militære karakteristika ved sidste udsendelse, der kan øge sandsynligheden for ikke at besvare opfølgningsskemaet, er, hvis den udsendte er

konstabel, er engangsudsendt eller har missionserfaring fra Eksjugoslavi-
en.

Denne systematik i frafaldet betyder, at MPA undervurderer omfanget af soldater med risiko for at udvikle psykiske efterreaktioner. Derfor er det svært for MPA at tilbyde hjælp til alle soldater i risikogruppen på baggrund af opfølgningsskemaerne.

RESULTATERNES RÆKKEVIDDE

Analyserne i denne rapport er baseret på flere forskellige datakilder. Datakilderne er i sig selv fyldestgørende, men de har nogle tidsmæssige begrænsninger, der har en betydning for rækkevidden af vores konklusioner.

Før- og efteranalyserne består bl.a. af en sammenligning af udsendte og kontrolgruppen og bygger på det, vi betegner ”SFI’s datagrundlag”, der består af en samkørsel af registerdata fra forsvaret, Danmarks Statistik, Sundhedsstyrelsen og Arbejdsskadestyrelsen. Data fra Forsvarets Rekruttering er tilgængelige fra 1994-2010, hvilket betyder, at det kun er muligt at opstille en kontrolgruppe, der matcher soldater født mellem 1975 og 1982. Sundhedsdata er kun tilgængelige fra 1995. I frafaldsanalysen, der bygger på data fra MPA’s opfølgningsundersøgelse, kan vi kun undersøge besvarelser fra hold fra missionerne IRAK, ISAF og KFOR udsendt mellem 2007 og 2009.

Det betyder, at sammenligningerne af udsendte og kontrolgruppen er baseret på nogle specifikke årgange, hvor der er tilstrækkeligt mange udsendte, og hvor det har været muligt at konstruere en passende kontrolgruppe. Kontrolgruppen består som sagt af personer, der er blevet erklæret egnede på Forsvarets Dag, men som ikke har været udsendt, hvilket vil sige, at det er personer, der lever op til nogle objektive krav, hvad angår resultatet af forsvarets intelligens- og fysiske krav. Kontrolgruppen udgør derfor et solidt sammenligningsgrundlag, idet det er personer, der generelt formodes at have et bedre helbred end jævnaldrende mænd i befolkningen. Dog har de ikke været igennem den samme udvælgelsesproces som soldaterne, og det vil derfor være svært at undgå den såkaldte *Healthy Warrior Effect*, når vi sammenligner de udsendte med kontrolgruppen.

PERSPEKTIVERING

I en artikel understreger Culp m.fl. (2011), at krigen i perioden fra Anden Verdenskrig og frem til i dag har været meget forskellige – blandt andet med hensyn til udstyr, måden at føre krig på og soldaterne selv – men også i forhold til det samfund, som veteranerne efterfølgende skal integreres i. Samlet set kan disse forhold have betydning for, hvordan soldaternes omstilling til livet efter udsendelse forløber, herunder også hvordan udsendelse påvirker deres psykiske helbred og dødelighed. Derfor er det vigtigt, at vi holder os for øje, at konsekvenser af udsendelse er forskellige fra krig til krig.

Resultaterne af de forskellige analyser i denne rapport bidrager samlet set med ny viden om danske veteraner, og hvilke konsekvenser en udsendelse kan have for de danskere, der deltager i internationale militære missioner. Resultaterne underbygger resultaterne fra de tidligere rapporter *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning* (Lyk-Jensen m.fl., 2011), *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) og *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet* (Lyk-Jensen m.fl., 2012). Denne undersøgelse bekræfter, at de danske veteraner generelt klarer sig godt, men også at de er en heterogen gruppe. Det er derfor centralt at pointere, at resultaterne skal ses i lyset af, at danske veteraner dels har meget forskelligartet baggrund og dels, som Culp m.fl. (2011) pointerer, vender tilbage til et samfund, som hele tiden er i forandring, og hvor den offentlige mening om dansk deltagelse i internationale missioner samt de politiske hensyn, der bliver taget til veteranerne, hele tiden forandrer sig.

Denne rapport dokumenterer, at selvom omfanget af psykiatriske diagnoser, køb af medicin mod psykiske sygdomme og dødelighed blandt de udsendte er lavere end i kontrolgruppen, så er udviklingen i de to grupper forskellig. De udsendtes psykiske helbred i perioden efter udsendelse forværres relativt mere end kontrolgruppens. Omkring tre år efter udsendelse stiger antallet af diagnoser og medicinkøb markant blandt de udsendte sammenlignet med i kontrolgruppen, hvor stigningen er mere jævn. De to grupper ender næsten på samme niveau, og derefter kan vi kun gisne om, hvordan tendensen vil udvikle sig.

Derudover finder vi, at de udsendte har fået anmeldt flere arbejdsskader, særligt for psykiske erhvervs sygdomme. Det kan dog være svært direkte at sammenligne de udsendte og kontrolgruppen, da vi ikke

har oplysninger om personerne i kontrolgruppens arbejdsforhold og dermed, hvad deres risiko for arbejdsskader er sammenlignet med de udsendte, der har en fysisk krævende arbejdsplads, når de er ansat i forsvaret. Dog udgør kontrolgruppen stadig et godt sammenligningsgrundlag, da den består af unge mænd fra de samme fødselsårsgange.

I *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2012) kunne vi konstatere, at der er en gruppe veteraner, som ikke længere er ansat i forsvaret, og som har deltaget i én mission for flere år siden. Vi omtalte dem som ”usynlige”, da de ikke længere er ansat, og har været udsendt inden forskellige tilbud til veteraner kom op at stå, og der for alvor kom fokus på eftervirkningsreaktioner efter udsendelser. Vi kom frem til, at disse usynlige veteraner har været udsendt som konstabler i Eksjugoslavien i 1990’erne og typisk ikke længere er ansat i forsvaret. I denne rapport finder vi ligeledes, at det især er de udsendte, der har været på mission tidligt i perioden, og som typisk har været i Eksjugoslavien samt repatrierede fra Irak og Afghanistan i perioden 2005-2009, der har et relativt dårligere psykisk helbred efter udsendelse, idet de har større sandsynlighed for at blive registreret med en psykiatrisk diagnose eller køb af medicin mod psykiske sygdomme. Det er ikke muligt at se, hvor meget overlap der er mellem dem, vi tidligere har omtalt som de usynlige, og dem, som vi finder har en relativt dårligere helbredsprofil.

Denne rapport indikerer, at 1 ud af 6 veteraner har psykiske mén efter udsendelse, hvilket bekræftes i rapporten *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse* (Lyk-Jensen m.fl., 2012). Dog er det også vigtigt at understrege, at både spørgeskemaundersøgelsen og de registerbaserede undersøgelser fra projektet ”Danske Hjemvendte Soldater” generelt viser, at veteranerne klarer sig godt i hverdagen med hensyn til job og familie. Desuden viser rapporten *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet* (Lyk-Jensen, m.fl. 2012), at veteraner har en stabil økonomi og ikke begår mere kriminalitet end kontrolgruppen. Overordnet set viser projektet ”Danske hjemvendte soldater” således, at langt de fleste veteraner på trods af psykiske skader formår at opretholde et velfungerende liv.

FOR TIDLIGT AT DRAGE LANGSIGTEDE KONSEKVENSER

I forhold til andre lande har Danmark ikke så lang en erfaring med deltagelse i fredsskabende militære missioner. Det kan derfor være svært at sammenligne resultaterne af denne undersøgelse med den internationale

viden, da mange studier fra eksempelvis USA er baseret på veteraner fra Vietnamkrigen, som det har været muligt at følge i en længere årrække.

I denne rapport indikerer analyserne af psykisk helbred (dvs. forekomsten af psykiatriske diagnoser og køb af medicin mod psykiske sygdomme) mulige langsigtede konsekvenser af udsendelse. Analyseperioden dækker 1992-2009, og i den periode har både missionerne, forsvarrets udvælgelsesprocesser og de forskellige tilbud, der er til veteranerne, når de vender hjem, ændret karakter. Missionerne har i de senere år i højere grad end tidligere været karakteriseret af at være væbnede konflikter og sammenstød. Det er derfor vigtigt at pointere, at det endnu er for tidligt at drage konklusioner om mere langsigtede konsekvenser af udsendelse for de nyere generationer af soldater, da psykiske mén stadig kan vise sig en årrække efter udsendelse.

Selvom der inden for de senere år, særligt efter at Danmark engagerede sig i krigen i Irak og Afghanistan, er sket en kraftig stigning i antallet af forskellige tilbud til veteraner, ved vi endnu ikke, hvilke effekter disse tilbud har i forbindelse med at afhjælpe de potentielle efterreaktioner. På den ene side viser vores frafaldsanalyse af forsvarets psykologers opfølgningsundersøgelse, at gruppen af veteraner med indikationer på psykisk sygdom kan være svær at komme i kontakt med efter udsendelse. På den anden side kan det tænkes, at det øgede fokus på psykiske eftervirkninger gør det lettere for veteraner selv at henvende sig og få hjælp.

Selvom vi finder, at forekomsten af psykiske lidelser blandt udsendte nærmer sig forekomsten i kontrolgruppen, finder vi i analyserne af dødelighed, at der er en underdødelighed blandt de tidligere udsendte sammenlignet med i kontrolgruppen. Dødelighedsberegningerne er dog baseret på de udsendte, vi kan følge efter udsendelse, og igen gælder det, at de nyeste generationer af veteraner, er kommet hjem for ganske nyligt. Det er derfor ikke til at sige, hvilket billede der vil tegne sig i fremtiden.

Denne rapport peger på en ny potentiel gruppe af sårbare veteraner, som er blevet repatrieret fra en udsendelse i perioden 2005-2009, hvoraf størstedelen har været i Afghanistan eller Irak. En repatriering kan i nogle tilfælde være en reaktion på de første tegn på psykiske påvirkninger, der på sigt kan udvikle sig til psykisk sygdom. Ifølge Kofod m.fl. (2010) kan det derudover tænkes, at det kan give den hjemsendte skyldfølelse ikke at gennemføre missionen.

Antallet af repatrierede soldater stiger i perioden, og der går en årrække fra hjemkomst til en psykiatrisk lidelse registreres. Derfor er det sandsynligt, at der i fremtiden vil ske en stigning i antallet af tidligere udsendte, der registreres med en psykiatrisk diagnose. Det betyder, at de repatrierede kan være endnu en gruppe, som det på længere sigt er vigtigt at være opmærksom på. Der er tale om hændelser, som er foregået på relativt nylige krigsoperationer, og det er derfor endnu for tidligt at gøre status over det fulde omfang af eftervirkninger af udsendelse.

BILAG

BILAG 1 DATAKILDER

BILAGSTABEL B1.1

Registeroplysninger opdelt på kilder og perioden, hvor data er tilgængelige.

Datakilde	Datakilde langtekst	Periode
INTOPS	Forsvarets Personeltjeneste, Nato og INTOPS, Koordinationssektionens data (herefter kaldet INTOPS data) om udsendte på internationale missioner fra 1992-2009.	1992-2009
MPA	Data fra Institut for Militærpsykologi (IMP) (nuværende Militærpsykologisk Afdeling (MPA)), som er spørgeskemadata på udsendte fra 1997-2009, indsamlet af MPA.	1997-2009
F.R	Forsvarets rekrutteringsdata (F.R), som indeholder informationer om sessionsprøver fra 1994-2010.	1994-2010
INTOPS	Forsvarets Personeltjeneste, Nato og INTOPS, Koordinationssektionens data omhandlende alle repatrierede fra 2005-2010. Herefter kaldet forsvarets data om repatriering.	2005-2009
FAEK	Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK). Alle anmeldte skader fra internationale operationer.	1997-2009
HOK	Data om sårede og omkomne fra Hærens Operative Kommando (HOK). Herefter kaldet forsvarets data om sårede og omkomne soldater i perioden 1992-2010.	1992-2010
DST	Data fra Danmarks Statistiks Statistikbank, der indeholder totaltal for hele befolkningen, som gør det muligt at holde analysens resultater op mod hele befolkningen i forhold til uddannelse, indkomst, alder, køn m.v.	1980-2009

(Fortsættes)

BILAGSTABEL B1.1 FORTSAT

Registeroplysninger opdelt på kilder og perioden, hvor data er tilgængelige.

Datakilde	Datakilde langtekst	Periode
DST	Befolknings-, husholds- og familieregistrene med informationer om fx køn, alder, bopæl, familietype og antal børn.	1991-2010
DST	Uddannelsesregistret, som omfatter højeste fuldførte uddannelser og igangværende uddannelser.	1991-2010
DST	Børne- og ungeregistret, som har informationer om forebyggende foranstaltning, herunder anbringelser (BU)	1991-2009
DST	Registrene for vandring, indvandrere og efterkommere med informationer om etnisk baggrund samt indvandrings- og udvandrings-tidspunkter	1991-2010
DST	Dødsregistre (kumuleret)	Op til 2010
DST	Lægemedeldatabasen LMDB	1995-2010
SST	Psykisk register	1994-2010
SST	Stofmisbrugsregister	1996-2010
SST	Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister	1980-2010
ASK	Arbejdsskadestyrelsen (ASK)	1996-2009
SST	Sygesikringsregistret	1990-2010

BILAG 2 DATA FRA ARBEJDSKADESTYRELSEN

Vi har fra Arbejdsskadestyrelsen (ASK) modtaget data om sager anmeldt på vegne af de udsendte. Blandt alle udsendte er der 25 pct. (svarende til 6.477 personer med i alt 9.027 sager), som har fået anmeldt mindst én skade (arbejdsulykke eller erhvervssygdom) til ASK, der er indtruffet i perioden 1992-2009. Alle disse sager er ikke opstået på grund af en international udsendelse. De udsendte er ikke ansat i forsvaret i hele perioden og kan opleve en anmeldelse af en arbejdsskade i forbindelse med arbejdet hos en anden arbejdsgiver. Desuden kan der opstå skader eller sygdomme på grund af arbejde i forsvaret inden for Danmarks grænser. Der er således vigtigt at afgrænse skader, der er sket i forbindelse med en udsendelse. Dette kan lade sig gøre for arbejdsulykkerne ud fra skadesdatoen. For erhvervssygdommene er det vanskeligere, idet en erhvervssygdom ofte opstår efter længere tids påvirkning, og det er sjældent muligt at fastslå en præcis dato for sygdommens opståen. Derfor analyserer vi anmeldte arbejdsulykker, vi har koblet til en udsendelse, mens vi for erhvervssygdommene analyserer alle anmeldelser i perioden.

Der er 3.670 anmeldte arbejdsulykker (fordelt på 3.112 personer), som er anmeldt på vegne af de tidligere udsendte til ASK i perioden 1997-2009. Hvis vi betinger, at skadesdatoen skal være inden for en udsendelsesperiode, da der er 680 anmeldte arbejdsulykker fordelt på 649 personer.

Der er 1.725 anmeldte erhvervssygdomme registreret hos ASK i perioden 1997-2009 fordelt på 1.531 udsendte.

BILAG 3 DATA FRA FORSVARETS ARBEJDSKADE- OG ERSTATNINGSKONTOR

Vi har modtaget data fra Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor (FAEK) omhandlende sager registreret i forbindelse med udsendelser til internationale missioner. I alt har vi modtaget oplysninger om 3.887 ulykker fra perioden 1997-2010, hvor året relaterer sig til skadesåret. Vi fratager sager fra 2010, da dette år ligger uden for vores udsendelsesperiode samt sager, hvor cpr-nummeret mangler. Der er 122 sager (for 115 personer), som ikke er at finde på listen af udsendte. Der kan være flere årsager til dette. Der kan være sket fejlregistreringer, eller vi har i forbindelse med rensning af data fjernet nogle fra listen af udsendte, da disse ikke havde gyldige oplysninger i henhold til DST's registre. Hvis vi borttager personer registreret hos FAEK, som ikke er på listen over udsendte, ender vi med 3.168 sager fra FAEK fordelt på 2.690 personer. Opgaven er nu at koble FAEK-sagerne til de relevante udsendelser, hvor skaden er sket. Dette gør vi via skadesdatoen. Der er knap 90 pct. af sagerne fra FAEK (i alt 2.809 sager fordelt på 2.416 personer), hvor skadesdatoen ligger inden for den udsendelsesperiode, der er anført i udsendelsesdatasættet. Dette betyder omvendt, at der for de resterende 10 pct. af sagerne ikke er noget perfekt match med hensyn til udsendelse – disse sager har alle en skadesdato, som ligger enten før udsendelsestidspunktet eller efter hjemkomsttidspunktet. Selvom der kan være usikkerhed forbundet med den præcise start- og slutdato for en udsendelse, har vi valgt ikke at inddrage skader, hvor vi ikke har kunnet identificere en udsendelse. Der er for stor usikkerhed forbundet med at koble skader til udsendelser, der ligger uden for udsendelsestiden. Desuden omfatter sagerne fra FAEK også skader opstået på udsendelser fra Søværnet eller Flyvevåbenet, hvor data for udsendelser primært er fra HOK. Vi kan risikere at koble skader til forkerte udsendelser, så derfor har vi valgt kun at medtage skader, hvor vi har et match i forhold til udsendelsesperioden.

LITTERATUR

- Arbejdsskadestyrelsen (2010): *Arbejdsskade statistik 2009*. København 2010
- Ashenfelter, O. (1978): "Estimating the Effect of Training Programs on Earnings". *Review of Economics and Statistics*, 6, s. 47-57.
- Angrist, J. & S. Chen (2008): "Long-Term Economic Consequences of Vietnam-Era Conscription: Schooling, Experience and Earnings" *IZA Discussion Paper*, 3628.
- Bache, M. (1998): "DIB-soldat eller ej?" *FCL Publikation*, 146.
- Conley, D. & J.A. Heerwig (2009): "The Long-term Effects of Military Conscription on Mortality: Estimates from the Vietnam-Era Draft Lottery." *NBER Working Paper*, 15105.
- Cook, J., D.S. Riggs, R. Thompson, J.C. Coyne J.I. Sheikh (2004): "Post-traumatic Stress Disorder and Current Relationship Functioning Among World War II Ex-Prisoners of War". *Journal of Family Psychology*, 18(1), s. 84-114.
- Danmarks Statistik (2011): "Pensionister og efterlønnere går oftest til lægen". *Nyt fra Danmarks Statistik*, 31. august 2011. Tilgængelig på www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR397.pdf. Besøgt 24-5-2012.
- Davison, E. , A. Pless, M.R. Gugliucci, L.A. King, D.W. King, D.M. Salgado, A. Spiro & P. Bachrach (2006): "Late-Life Emergence of Early-Life Trauma" *Research on Aging*, 28(1), s. 84-114.

- Forsvaret (2012): *Før forsvarets dag*. Tilgængelig på: www2.forsvaret.dk/temaer/vaernepligt/foerforsvaretsdag/Pages/default.aspx. Besøgt 20-6-2012.
- Forsvarsministeriet (2010): *Redegørelse for veteranforhold*. Baggrundsnotat. Upubliceret.
- Hageman I., A. Pinborg & H.S. Andersen(2008):"Complaints of stress in young soldiers strongly predispose to psychiatric morbidity and mortality: Danish national cohort study with 10-year follow-up". *Acta Psychiatrica Scandinavica* februar 2008, 117(2), s. 148-55.
- Høier-Madsen, K., H.O. Jørgensen, J.L. Sørensen & J. Stokkebye (2010): "Skader og død hos udsendte danske soldater". *Ugeskrift for Læger*, 172(2), s. 128-132.
- Hearst, N., T.B. Newman & S.B. Hulley (1986):"Delayed Effects of the Military Draft on Mortality." *The New England Journal of Medicine*, 314(10), s. 620-624.
- Jørgensen, J. (2011): *Psykiatrien er presset til kanten*. Kommunernes Landsforening. Tilgængelig på: <http://www.kl.dk/Momentum/momentum2011-1-3-id78830/>. Besøgt 24-5-2012.
- Kessler R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas E.E. Walters, (2005): "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Archives of General Psychiatry*, 62, s. 593-602.
- Kofod, J., A. Fenger Benwell & A. Aslaug Kjær (2010): *Hjemvendte Soldater. En Interviewundersøgelse*. Netpublikation. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:21.
- Larson, G.E., R.M. Highfill-McRoy & S. Booth-Kewley. (2008): "Psychiatric diagnosis in historic and contemporary military cohorts: combat deployment and the healthy warrior effect." *American Journal of Epidemiology*, 167(11), s. 1269-1276.
- Lindegaard, H. og M. Rosholm, 2010: "The Effect of Changing Mental health on Unemployment Duration and destination States after Unemployment", Social Science Research Network (SSRN).
- Lyk-Jensen, S.V., C.D. Weatherall, J. Heidemann, M. Damgaard & A. Glad (2011): *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. Netpublikation. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:25.

- Lyk-Jensen, S.V., A. Glad & J. Heidemann (2012): *Soldater efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. Netpublikation. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:09.
- Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard (2012): *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. Netpublikation. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:01.
- Lyk-Jensen, S.V., J. Jacobsen & J. Heidemann (2010): *Soldater – før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*. Netpublikation. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:27.
- Lægemedelstyrelsen (2012a): *ATC-systemet og mængde opgjort i DDD*. Tilgængelig på: laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/statistik-og-analyser/statistik/atc-systemet-og-maengde-opgjort-i-ddd#maengde_i_DDD. Besøgt 1-6-2012.
- Lægemedelstyrelsen (2012b): *Om lægemiddelstatistikregisteret*. Tilgængelig på: laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/statistik-og-analyser/om-laegemiddel-statistikregisteret. Besøgt 27-6-2012.
- Lægemedelstyrelsen (2010): *Håndbog til data i Lægemedeldatabasen*. Tilgængelig på: www.dst.dk. Besøgt 24-5-2012.
- Regeringen (2010): *Anerkendelse og Støtte. Veteranpolitik*.
- Rona, R.J., M. Jones, C. French & S. Wessely (2004): "Screening for physical and psychological illness in the British Armed Forces. I: the acceptability of the programme". *Journal of Medical Screening*, 11, s. 148-153.
- Rona, R.J., R. Hooper, M. Jones, L. Hull, T. Browne, O. Horn, D. Murphy, M. Hotopf & S. Wessely (2006): "Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study". *British Medical Journal*, 333(7576), s. 991-995.
- Rona, R.J., R. Hooper, M. Jones, A.C. Iversen, L. Hull, D.M. Hotopf & S. Wessely (2009): "The contribution of prior psychological symptoms and combat exposure to post Iraq deployment mental health in the UK military". *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), s. 11-19.
- Storm, H.H., H.O. Jørgensen, A.M.T. Kejs & G. Engholm (2006): "Depleted uranium and cancer in Danish Balkan veterans deployed 1992–2001". *European Journal of Cancer*, 42, s. 2355-2358.

- Sundhedsstyrelsen (2012): *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*
Tilgængelig på: <http://www.sst.dk/efi>. Besøgt 24-5-2012.
- Sundhedsstyrelsen (2010): *Behandling af PTSD hos veteraner - Anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet*. Tilgængelig på:
<http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/-Psykiatriomraadet/PTSD/Behandling%20af%20PTSD%20hos%20veteraner.ashx>. Besøgt 24-5-2012.
- Thomsen, D.Y., R. Jonassen, D. Berntsen, K.B. Johannessen, C.R. Hoxer, C.H. Pedersen, P. Bach, H.B. Klausen & M. Bertelsen (2010): *Undersøgelse af psykiske efterreaktioner hos soldater udsendt til Afghanistan i perioden februar-august 2009* Forsvarsakademiet.
- Wessely, S., C. Unwin, M. Hotopf, L. Hull, K. Ismail, V. Nicolaou & A. David (2003): "Stability of recall of military hazards over time." *British Journal of Psychiatry*, 183, s. 314-322.
- WHO (red.), (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, 10. udg. Genève: World Health Organization, Department of Measurement and Health Information Systems.
- WHO (2012) Definition af definerede døgn-dosis www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/. Besøgt 1-6-2012.
- Zöllner, L., B.A. Ejdesgaard, B. Jensen, I. Stephensen, H.O. Jørgensen, H. Kähler (2012): *Belastende og beskyttende faktorer for selvmordstanke og selvmordsadfærd blandt tidligere udsendte danske soldater*. Odense: Center for Selvmordsforskning.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2011

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 11:01 Liversage, A., V. Jakobsen & I.R. Hansen: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & H. Holt: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., A.-K. Mølholt, H. Hansen, L.H. Schmidt & M. Aaquist: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & M. Lindstrøm: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.

- 11:06 Oldrup, H., M. Lindstrøm & S. Korzen: *Vold mod forskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Brink Thomsen, L. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:09 Bengtsson, S., H. Hansen & M. Røgeskov: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & A.A. Kjær: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:11 Graversen, B.K.: *Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparede ledige*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:12 Andersen, D., R. Thomsen, A.P. Langhede, A.A. Nielsen & A.T. Hansen: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:13 Larsen, M., H.B. Bach & L.S. Ellerbæk: *55-70-åriges forbliven på arbejdsmarkedet. Adfærd, forventninger, aftaler og kendskab til regler*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-012-0. e-ISBN: 978-87-7119-045-8. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & I. Hammen: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., S. Korzen, M. Lindstrøm & M.N. Christoffersen: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., L. Bjerre, K. Sørensen & N. Rasmussen: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i ældreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.

- 11:17 Bengtsson, S., W. Alim, H. Holmskov & A. Lund: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & K. Sørensen: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & L.B. Thomsen: *Er kvindeafgørelse lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner*. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & T. Egelund: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., T.F. Dyrvig, K. Markwardt, N. Lagoni, R. Bille, T. Termansen, L. Christiansen, E.J. Toldam & M. Vilshammer: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:22 L.B. Thomsen & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravælger førtidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:24 Christensen, E. & H. Hansen: *Den sociale indsats for børn og unge i Grønland. Kortlægning af aktiviteterne 2011*. 44 sider. ISBN: 978-87-7119-025-0. e-ISBN: 978-87-7119-026-7. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:25 Lyk-Jensen, S.V., C.D. Weatherall, J. Heidemann, M. Damgaard, & A. Glad: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.
- 11:26 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 11:27 Liversage, A. & L.L. Knudsen: *Kvinder i byggefag. En interviewundersøgelse*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-031-1. e-ISBN: 978-87-7119-032-8. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:28 Christensen, E. & H. Hansen: *Kalaallit nunaanni meeqqanut inuusutunullu isumaginnikkut suliniutit*. 46 sider. ISBN: 978-87-7119-033-5. e-ISBN: 978-87-7119-034-2. Vejledende pris: 40,00 kr.

- 11:29 Lausten, M., A.-K. Mølholt, H. Hansen, K.S. Vammen, L.H. Schmidt & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4.* 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier.* 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:32 Oldrup, H.H. & K. Vitus: *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt.* 213 sider. ISBN: 978-87-7119-041-0. e-ISBN: 978-87-7119-042-7. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 11:33 Madsen, M.B., S. Jacobsen & S. Jensen: *Socialt bedrageri. Et litteraturstudie.* 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-044-1. Netpublikation.
- 11:34 Christoffersen, M.N., P.S. Olsen, K.S. Vammen, S.S. Nielsen, M. Lausten & J. Brauner: *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer.* 207 sider. ISBN: 978-87-7119-046-5. e-ISBN: 978-87-7119-047-2. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:35 Olsen, R.F., T. Egelund & M. Lausten: *Tidligere anbragte som unge voksne.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-043-4. e-ISBN: 978-87-7119-051-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:36 Thomsen, L.B. & J. Høgelund: *Køn, Handicap og beskæftigelse i 2010.* 47 sider. e-ISBN: 978-87-7119-053-3. Netpublikation.
- 11:37 Liversage, A. & T.G. Jensen: *Parallelle retsopfattelser i Danmark. Et kvalitativt studie af privatretlige praksisser blandt etniske minoriteter.* 191 sider. ISBN: 978-87-7119-054-0. e-ISBN: 978-87-7119-055-7. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:38 Ottosen, M.H., S. Stage & H.S. Jensen: *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse.* 209 sider. ISBN: 978-87-7119-056-4. ISBN: 978-87-7119-057-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:39 Pedersen, M.J., A. Rosdahl, S.C. Winther, A.P. Langhede & M. Lynggaard: *Ledelse af folkeskolerne. Vilkår og former for skoleledelse.* 283 sider. e-ISBN: 978-87-7119-058-8. Netpublikation.
- 11:40 Espersen, L.D., M. Eiberg & D. Andersen: *Veje til ungdomsuddannelse 2. Kvalitative interview med skoleledere, lærere, elever og UU-vejledere.* 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-060-1. Netpublikation.
- 11:41 Nielsen, L.P. & P.S. Olsen: *11-åriges trivsel og risiko. Statistiske analyser af 11-åriges trivsel.* 115 sider. ISBN: 978-87-7119-061-8. e-ISBN: 978-87-7119-062-5. Vejledende pris: 110,00 kr.

- 11:42 Thuesen, F., M.K. Tørslev & T.G. Jensen: *Rekruttering og fastholdelse af højtuddannet arbejdskraft. Danmark, Norge, Holland, Storbritannien og Canada*. 244 sider. ISBN: 978-87-7119-063-2. e-ISBN: 978-87-7119-064-9. Vejledende pris: 240,00.
- 11:43 Thomsen, L.B., H. Holt, S. Jensen & F. Thuesen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2011*. 194 sider. ISBN: 978-87-7119-065-6. e-ISBN: 978-87-7119-066-3. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:44 Bengtsson, S. & D.L. Stigaard: *Aktuel skandinavisk og britisk handicapsforskning. En kortlægning af miljøer*. 318 sider. ISBN: 978-87-7119-067-0. e-ISBN: 978-87-7119-068-7. Vejledende pris: 310,00 kr.
- 11:45 Lauritzen, H.H., B. Boje-Kovacs & L. Benjaminsen: *Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning*. 148 sider. ISBN: 978-87-7119-069-4. e-ISBN: 978-87-7119-070-0. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:46 Stigaard, D.L.: *Fra hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidligere hjemløse*. 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-071-7. Netpublikation.
- 11:47 Andersen, S.C. & S.C. Winter (red.): *Ledelse, læring og trivsel i folkeskolerne*. 164 sider. ISBN: 978-87-7119-072-4. e-ISBN: 978-87-7119-073-1. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:48 Holt, H. & M. Larsen: *Kønsopdelt lønstatistik og redegørelse om lige løn. Evaluering af loven*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-074-8. Netpublikation.
- 11:49 Brauner, J., P.S. Olsen & T. Egelund: *Muligheder for Dokumentation af anbringelser. En gennemgang af målemetoder*. 168 sider. ISBN: 978-87-7119-076-2. e-ISBN: 978-87-7119-077-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider.

- ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder.* 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119-085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt.* 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilotskoler.* 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011.* 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet.* 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde.* 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Dines, A., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, S., K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse.* 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011.* 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piunavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq.* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde.* 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden.* 181 sider. ISBN:

- 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFT's børneforløbsundersøgelse.* 111 sider. ISBN: 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskade styrelsens fastholdelsecenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringssektors erfaringer med fastholdelsecenteret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. De rapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggerfondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde.* 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.

DANSKE HJEMVENDTE SOLDATER

SOLDATERNES PSYKISKE SUNDHEDSPROFIL FØR OG EFTER UDSENDELSE

Formålet med denne rapport er at undersøge den psykiske sundhedsprofil blandt danske soldater, der har været sendt ud til internationale missioner. Rapporten belyser soldaternes psykiske mén i form af psykiatriske diagnoser og kontakter til det psykiatriske sundhedssystem, køb af medicin mod psykiske sygdomme, misbrugsbehandling og anmeldte arbejdsskader. Desuden undersøges dødelighed efter udsendelse. Analyserne er baseret på registerdata fra forsvaret og Danmarks Statistik og omhandler de ca. 26.000 soldater, som har været udsendt i perioden 1992-2009.

Rapporten analyserer desuden frafaldet af en opfølgingsundersøgelse foretaget af forsvarets psykologer via spørgeskemaer. Analysen er baseret på registerdata om de soldater, der modtager spørgeskemaet, og sammenligner den psykiske sundhedsprofil hos dem, der svarer på skemaet, med dem som vælger ikke at svare på skemaet.

Denne rapport er sjette del af projektet "Danske hjemvendte soldater". Projektet er finansieret af Soldaterlegatet, og det overordnede formål er at undersøge, hvilke konsekvenser udsendelse har for de danske soldater, der sendes ud til internationale militære missioner.