



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner

Dokument 3:9 (2013–2014)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 741 379 17 11

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-285-6

Forsideillustrasjon: 07 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner

Dokument 3:9 (2013–2014)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:9 (2013–2014)
Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner.

Riksrevisjonen, 12. juni 2014

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	8
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	12
4	Riksrevisjonens sluttmerknad	13
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden		15
Vedlegg 2: Statsrådets svar		19
Vedlegg 3: Rapport		25
1	Innledning	30
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	33
3	Revisjonskriterier	39
4	Tjenestegjøring i internasjonale operasjoner og hjemmetid	46
5	Oppfølging av veteraners psykiske helse	61
6	Tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet	90
7	Behandling av erstatningssaker for psykiske belastningsskader	113
8	Vurderinger	128
9	Referanser	137
Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger		

Forsvarsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner

Over hundre tusen norske kvinner og menn har deltatt i internasjonale operasjoner fra etterkrigstiden og fram til i dag. Blant annet har 22 000 deltatt i UNIFIL-styrken i Libanon, og 8000 i ISAF-styrken i Afghanistan.

Forsvarskomiteen har understreket det norske samfunns og myndighetenes klare ansvar for å sikre en god oppfølging av kvinner og menn som deltar for Norge i internasjonale operasjoner, jf. Innst. S. nr. 318 (2007–2008) og St.prp. nr. 48 (2007–2008) *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*. Tiltak for å forbedre oppfølgingen av veteraner ble behandlet gjennom framleggelsen av St.meld. nr. 34 (2008–2009) *"Fra vernepliktig til veteran" Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009). For å følge opp meldingen ble den interdepartementale handlingsplanen "I tjeneste for Norge" iverksatt.

Ivaretagelsen av personell fra internasjonale operasjoner er et sektorovergripende samfunnsansvar. Et godt tilbud til den enkelte forutsetter høy kvalitet på tilbudet innen hver sektor, men også samordnet virkemiddelbruk på tvers av sektorer og departementsområder.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om veteraner fra internasjonale operasjoner får god hjelp og oppfølging, slik det er lagt til grunn i Stortingets vedtak og forutsetninger. Målet har også vært å belyse årsaker til eventuelle svakheter i oppfølgingen. Undersøkelsen omfatter perioden 2001–2014, med hovedvekt på årene 2010–2014.

Det framheves i St.meld. nr. 34 (2008–2009) at "De aller fleste soldater føler at de kommer hjem med positive erfaringer, styrket kompetanse og gode minner. Samtidig vet man at deltakelse i operasjonene medfører risiko for at noen kan få både psykiske og fysiske skader." I denne revisjonen er hovedvekten lagt på Forsvarets og sivile etaters oppfølging av den delen av personellet som får behov for oppfølging etter endt tjeneste.

Undersøkelsen har blant annet tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Innst. S. nr. 318 (2007–2008), jf. St.prp. nr. 48 (2007–2008) *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*
- Innst. S. nr. 298 (2008–2009), jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009) *"Fra vernepliktig til veteran" Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*
- Innst. 388 S (2011–2012), jf. Prop. 73 S (2011–2012) *Et forsvar for vår tid*
- Forsvarsdepartementets budsjettproposisjoner (Prop. 1 S) med tilhørende innstillinger for årene 2013 og 2014

Rapporten ble forelagt Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvarsdepartementet, ved brev 31. mars 2014. Departementene har i brev

av 29. og 30. april 2014 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 20. mai 2014 og statsrådets svar 28. mai 2014 følger som vedlegg.

1 Hovedfunn

- Belastningen på Forsvarets personell i forbindelse med utenlandstjeneste er høy
 - Personellet får for kort tid hjemme mellom deployeringer
 - Forsvaret har fått bedre oversikt over enkeltpersoners tjenestegjøring, men styringsinformasjonen er mangelfull
- Veteraner med psykiske helseplager får i mange tilfeller ikke den hjelpen de trenger
 - Forsvarets oppfølging har blitt bedre, men ikke alle har hatt like god tilgang på hjelp
 - Varierende tilbud innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten og til dels lange ventetider
- Tilretteleggingen for deltakelse i arbeidslivet er mangelfull
- Behandling av erstatningssaker på grunn av psykiske belastningsskader tar til dels lang tid
- Kompetanse om veteraner er ikke i tilstrekkelig grad gjort tilgjengelig for alle deler av det sivile hjelpeapparatet

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Belastningen på Forsvarets personell i forbindelse med utenlandstjeneste er høy

Personellet får for kort tid hjemme mellom deployeringer

For å unngå slitasje på personellet bør soldatene ikke være for lenge eller for hyppig ute, jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009) og Innst. S. nr. 298 (2008–2009). I henhold til forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner skal det ved tjenesteperioder på over tre måneder normalt gå en tidsperiode på minimum det dobbelte av den siste disponeringsperioden før ny disponering kan finne sted.

Undersøkelsen viser at det blant personell som deployerer mer enn én gang, er vesentlige avvik fra fastsatte bestemmelser om hjemmetid. Blant personell som i perioden 2001–2013 har deployert mer enn én gang, var det 44 prosent av deployeringene med en varighet på over tre måneder, som ble etterfulgt av en hjemmetid som var kortere enn hva bestemmelsene tilsier. Undersøkelsen viser videre at intensjonen om fire til fem ganger så lang hjemmetid som deployeringstid ikke var innfridd for 65 prosent av personellet som deployerte mer enn én gang, og der deployeringslengden var over tre måneder. En viktig årsak til høy belastning på personellet er det antall oppdrag Norge forplikter seg til å delta i, sett opp mot den forsvarsstrukturen det er grunnlag for å hente personell fra. Innen noen fagmiljøer er det få personer som har den kompetansen Forsvaret trenger for å kunne stille med et styrkebidrag.

Riksrevisjonen vurderer det som uheldig at omfanget av brudd på bestemmelsene om hjemmetid er så stort. For kort hjemmetid mellom deployeringer øker belastningen på

personellet, og skaper dermed risiko for at tjenestegjøringen i internasjonale operasjoner får uheldige konsekvenser i ettertid for den enkelte.

Forsvaret har fått bedre oversikt over enkeltpersoners tjenestegjøring, men styringsinformasjonen er mangelfull

Vernepliktsverket har i perioden 2011–2013 utarbeidet en oversikt over hvor og når den enkelte har tjenestegjort. Riksrevisjonen anser det som et klart framskritt at Vernepliktsverket har gjennomført et opprydningsarbeid. Som en følge av dette er det opprettet oversikter som gjør det lettere for enkeltpersoner å få dokumentert sin tjeneste.

Undersøkelsen viser samtidig at verken Forsvarsdepartementet eller Forsvarets ledelse har sikret seg styringsinformasjon som kan belyse hvorvidt Forsvaret følger opp målet om at personellet skal ha tilstrekkelig hjemmetid mellom deployeringer. For å sikre at Stortingets vedtak og forutsetninger etterleves, burde etter Riksrevisjonens vurdering både Forsvarsdepartementet og Forsvarets ledelse ha sikret seg nødvendig styringsinformasjon om belastning på personellet. For å sikre etterlevelse av bestemmelsene om hjemmetid, er det også sentralt at Forsvaret utarbeider skriftlige prosedyrer for tilfellene der prinsippene for hjemmetid må fravikes, og at det blir tydelig kommunisert til alle berørte ledere i Forsvaret at prosedyrene må etterleves.

Forsvarskomiteen har lagt til grunn at i den grad det er mulig, bør tiden mellom to tjenesteperioder i utlandet minst tilsvare fire til fem ganger lengden av siste tjenesteperiode. Normen er nedfelt i handlingsplanen "I tjeneste for Norge", men er ikke videreformidlet i styrende dokumenter fra verken Forsvarsdepartementet eller Forsvarsstaben. Riksrevisjonen vurderer det som uheldig at normen ikke er fulgt opp i styringen.

2.2 Veteraner med psykiske helseplager får i mange tilfeller ikke den hjelpen de trenger

Forsvarets oppfølging har blitt bedre, men ikke alle har hatt like god tilgang på hjelp

Forsvaret har de senere årene iverksatt flere tiltak for å sikre tettere oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner. Blant annet tilbys mellomlandinger før hjemkomst til Norge, der personellet samles og tilbys samtaler med helsepersonell. Riksrevisjonen ser dette som positivt.

Forsvaret tilbyr også psykiatrisk og psykologisk oppfølging gjennom Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), med fem tilhørende regionale stressmestringsteam. Riksrevisjonen anser dette tilbudet til veteraner som et godt supplement til det sivile helsetvesenet. At det finnes et tilbud som de fleste veteraner er godt kjent med, og som har kort ventetid, innebærer at terskelen for å søke kontakt for psykiske problemer senkes.

Selv om stressmestringsteamene kan gi tilbud om hjelp og oppfølging, er det ikke alle veteraner som har hatt reell tilgang på dette tilbudet. Årsaken er at utredning eller behandling ved et stressmestringsteam ikke gir rett til refusjon av reiseutgifter fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Riksrevisjonen vurderer det som uheldig at ikke alle veteraner har hatt reell tilgang på tilbudet Forsvaret gir, men ser positivt på at Forsvaret nå skal iverksette en midlertidig ordning som dekker reiseutgiftene til veteraner. For de veteranene som har behov for oppfølging fra Forsvaret, vil det ha stor betydning at det etableres en varig ordning med reiserefusjon. Riksrevisjonen merker seg derfor at Forsvarsdepartementet vil jobbe videre med å få inkludert refusjon av reiseutgiftene via HELFO.

Variierende tilbud innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten og til dels lange ventetider

Det er etablert et overordnet prinsipp om at veteraner som har behov for oppfølging skal følges opp av samfunnets ordinære helse- og omsorgstjenester, jf. Innst. 388 S (2011–2012). I handlingsplanen "I tjeneste for Norge" er det slått fast at målet er at alle skal oppleve et imøtekommende, kompetent og helhetlig helsetjenestetilbud.

I perioden 2010–2013 var det fristbrudd for ti prosent av veteranene med rett til nødvendig helsehjelp innen psykisk helsevern. Dette er omtrent på samme nivå som for befolkningen for øvrig, og andelen fristbrudd generelt er dessuten synkende. Den gjennomsnittlige ventetiden for alle henviste veteraner var på 65 dager. Det er imidlertid store variasjoner. For den tiendedelen av veteranene som ventet lengst, var det en ventetid på mellom 138 og 681 dager. Det er generelt store variasjoner mellom ulike distriktpspsykiatriske sentre (DPS) både når det gjelder ventetid, og når det gjelder hvor stor andel som gis rett til prioritert helsehjelp. I og med at veteraner er forutsatt å benytte det ordinære tilbudet ved DPS-ene, vil disse forskjellene føre til at veteraner blir møtt med ulik tilgang på behandling i det sivile helsevesenet.

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) ble det påpekt at tilgangen på psykiske helsetjenester ikke ble opplevd som tilstrekkelig av skadde veteraner, og det ble varslet at Forsvaret og det sivile helsevesenet sammen skulle sikre et godt og tilrettelagt tilbud for veteranene. Tilgangen på hjelp fra Forsvaret har ikke vært en reell mulighet for alle. I tillegg kommer funnene om fristbrudd, til dels lange ventetider og betydelige variasjoner mellom DPS-er. Riksrevisjonen mener dette viser at det ikke er etablert et behandlingstilbud som sikrer at veteraner med psykiske helseplager får god nok hjelp og oppfølging.

2.3 Tilretteleggingen for deltakelse i arbeidslivet er mangelfull

Ivaretagelsen av personell fra internasjonale operasjoner er et sektorovergripende samfunnsansvar, og NAV har en sentral rolle i den helhetlige oppfølgingen. Undersøkelsen viser at det i 2012 var 6060 veteraner som hadde tjenestegjort i Libanon, Kosovo, Irak eller Afghanistan, som mottok enten sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller dagpenger. Andelen er høy (15–20 prosent) for personell som har tjenestegjort i Irak, Kosovo eller Libanon.

Undersøkelsen viser at det blant veteraner som trenger bistand fra NAV, er svakheter i oppfølgingen innenfor alle de tre ordningene som er gjennomgått:

- Blant sykmeldte veteraner er dialogmøte 2 avholdt i kun 14 av de 42 sakene som er gjennomgått. NAVs oppfølging av veteraner uten arbeidsgiver er dessuten mangelfull. Blant veteranene uten arbeidsgiver som inngår i utvalget, forelå det for tre av fire ikke gyldig aktivitetsplan før det var gått ett år.
- Når det gjelder arbeidsavklaringspenger, hadde halvparten av veteranene i utvalget kortere eller lengre perioder uten gyldig aktivitetsplan. En sjettedel gikk i mer enn seks måneder uten plan. Dette innebærer at enkelte veteraner går i lange perioder uten at det foreligger noen formell plan verken for deres egne aktiviteter eller for hva slags oppfølging NAV skal gi. Også kvaliteten på aktivitetsplanene varierer, i den forstand at det mangler en god beskrivelse av løpet fram mot målet som er satt for den enkelte, og at oppfølging og ansvar ikke framkommer tydelig.
- Mange veteraner som mottar dagpenger får ikke jevnlig oppfølging fra NAV. Undersøkelsen viser videre at enkelte veteraner aldri har fått noen oppfølging fra NAV, selv om de er langtidsledige, og mange er også relativt unge.

De nevnte svakhetene ved NAVs oppfølging, viser etter Riksrevisjonens vurdering at det er behov for en tettere oppfølging med bedre kvalitet. Dette vil være avgjørende for å hjelpe de veteranene det gjelder med å komme tilbake til arbeidslivet.

2.4 Behandling av erstatningssaker på grunn av psykiske belastningsskader tar til dels lang tid

For militært personell som har tjenestegjort i en internasjonal operasjon i perioden 1. januar 1978 og fram til og med 31. desember 2009 er det etablert en særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader. Sakene behandles av Statens pensjonskasse (SPK).

Av de 29 sakene som er undersøkt, er den totale saksbehandlingstiden i flere av sakene 2–3 år, og i enkelte tilfeller også mer enn 3 år. Kompleksiteten i sakene tilsier at behandling av sakene normalt vil ta noe tid. Gjennom undersøkelsen har det imidlertid blitt avdekket flere eksempler på at saker blir liggende unødvendig lenge. Blant annet skyldes det at SPKs purrerutiner ikke er tilfredsstillende. Det er blant de 29 sakene som er gjennomgått, registrert totalt 19 tilfeller der purring ikke er sendt, selv om det hadde gått to måneder uten at etterspurt dokumentasjon var mottatt i SPK. I noen saker er det dessuten kortere eller lengre opphold underveis i saksforløpet, uten at det er dokumentert noen årsak til dette i SPKs systemer. På den annen side har saksmappegjennomgangen vist eksempler på at purring og god oppfølging fra SPKs side bidrar til raskere behandling av saken. Etter Riksrevisjonens syn har derfor SPK – gjennom å etablere et system for tettere oppfølging av saksflyten – et potensial for raskere behandling av søknader om kompensasjon for psykiske belastningsskader.

Undersøkelsen viser at det – i tillegg til de påviste svakhetene ved SPKs systemer og rutiner – også er andre sentrale årsaker til at saksbehandlingstiden i en del tilfeller blir lang. Saksmappegjennomgangen viser blant annet at innhenting av spesialisterklæring er tidkrevende. Det tar i flere tilfeller lang tid å oppnå enighet om valg av spesialist, og spesialister bruker dessuten i mange tilfeller lang tid på å utarbeide erklæring. Det er få spesialister som har nødvendig kompetanse på feltet, og det blir lange ventelister hos disse. En annen årsak til forsinkelser i saksbehandlingen er endringer i regelverket sommeren 2012. Det ble da innført en ny ordning som ga mulighet for erstatning på 65 G, mens det tidligere hadde vært et maksimalbeløp på 35 G. Mange saker som allerede var behandlet i SPK, måtte dermed vurderes på nytt. Også et stort omfang klagesaker har gitt merarbeid for SPK. Blant de 52 klagesakene som er gjennomgått i undersøkelsen, har halvparten blitt omgjort i skadelidtes favør, og ytterligere tolv saker har blitt hjemvist SPK for ny behandling.

Arbeids- og sosialdepartementet uttaler i brev av 29. april 2014 at revisjonens funn gir et godt grunnlag for forbedringer av saksbehandlingen i SPK. På bakgrunn av revisjonens analyser, skal SPK gjennomgå sine arbeidsprosesser, interne retningslinjer for saksbehandlingen og vurdere forbedringer i systemløsningen. Videre skal Forsvarsdepartementet, i dialog med Arbeids- og sosialdepartementet og SPK, utarbeide retningslinjer tilknyttet den særskilte kompensasjonsordningen. SPK skal dessuten utarbeide en handlingsplan med oversikt over samlede tiltak på saksområdet. Denne skal oversendes departementet.

2.5 Kompetanse om veteraner er ikke i tilstrekkelig grad gjort tilgjengelig for alle deler av det sivile hjelpeapparatet

Utenriks- og forsvarskomiteen har påpekt at ansvaret for å ivareta veteranene forutsetter felles forpliktelser og samarbeid på tvers av departementer og sektorer. At veteraner skal følges opp av samfunnets ordinære helse- og omsorgstjenester og sosialfunksjoner, stiller ifølge komiteen svært høye krav til disse tjenestenes fleksibilitet,

rådgivning og veiledning og ikke minst kompetanseoppbygging, jf. Innst. 388 S (2011–2012).

Undersøkelsen viser at det er iverksatt tiltak for å overføre kompetanse om veteraner mellom ulike sektorer, men at tiltakene hittil har hatt begrenset effekt. Blant de femten distriktspsykiatriske sentrene (DPS-ene) som inngår i undersøkelsen, har kun et mindretall kjennskap til de regionale ressursnettverkene som har blitt etablert for å koordinere ulike etaters arbeid. Det samme gjelder en opplæringspakke i militærpsykiatri for leger og psykologer, der kun to av femten DPS-er har kjennskap til denne. Flere DPS-er ser dessuten behov for mer kunnskap. Blant annet sier fem av tolv DPS-er at de har et behov for å styrke ett eller flere kompetanseområder som er aktuelle i behandlingen av veteraner.

Også i NAV har det blitt igangsatt kompetansehevende tiltak, både gjennom kurs for rådgivende leger og psykologer, og gjennom etablering av et kompetansemiljø om veteraner på Elverum. Riksrevisjonen ser positivt på disse tiltakene, men vil samtidig påpeke at det i praksis kan være vanskelig for saksbehandlere ved NAV-kontorer lokalt å nyttiggjøre seg den kompetansen om veteraner som er etablert noen steder i NAV-systemet. Det skyldes blant annet at saksbehandler ikke nødvendigvis klarer å fange opp at brukeren er veteran, eller ikke er godt nok kjent med at det finnes spesiell kompetanse om veteraner i NAVs andrelinje.

Veteraner utgjør en liten del av det totale antallet brukere i det sivile hjelpeapparatet. Som det framgår av det ovennevnte, har det vært vanskelig å overføre kompetanse om denne gruppen til alle deler av det sivile hjelpeapparatet. Riksrevisjonen vil påpeke at konsekvensen kan være at veteraner – i møtet med sitt lokale NAV-kontor eller DPS – ikke får bistand som sikrer at deres særskilte utfordringer blir forstått og ivaretatt. Forsvarsdepartementet viser i brev av 30. april 2014 til at tiltak for samarbeid og kompetanseheving vil bli fulgt opp i arbeidet med Oppfølgingsplan "I tjeneste for Norge".

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Forsvarsdepartementet:

- i samarbeid med Forsvaret vurderer på hvilken måte målene om tilstrekkelig hjemmetid mellom utenlandsoppdrag kan nås. For å følge opp fastsatte mål vil det være behov for bedre styringsinformasjon.
- i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet vurderer tiltak for å sikre at flere veteraner får hjelp for psykiske helseplager innen rimelig tid.
- i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet vurderer hvordan NAV kan sikre en tett og god oppfølging av veteraner som står utenfor arbeidslivet.
- i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet følger opp at Statens pensjonskasse etablerer et system som sikrer en bedre oppfølging ved behandling av erstatningssaker for veteraner som har psykiske belastningsskader.
- i samarbeid med berørte departementer og etater viderefører og eventuelt forsterker informasjons- og opplæringstiltak som gjør det mulig for saksbehandlere og helsepersonell i større grad å nyttiggjøre seg av kompetansemiljøer som har særlig kjennskap til veteraners behov og utfordringer.

4 Departementets oppfølging

Statsråden viser til rapportens funn om avvik fra fastsatte bestemmelser om hjemmetid, og uttaler at hun er opptatt av at belastningen på den enkelte ikke er uforsvarlig høy. For tidligere å identifisere den totale belastningen, er det ifølge statsråden nødvendig å gjennomgå normen for hjemmetid, hvilke retningslinjer som skal gjelde, og hvordan dette skal tilpasses oppdraget. Statsråden viser også til behovet for å utvikle bedre styringssystemer for en oversikt over den enkeltes belastning. Forsvarsdepartementet vil følge opp rapportens funn om belastning, blant annet med tiltak i Oppfølgingsplan "I tjeneste for Norge" (2014–2017).

Statsråden påpeker at det i handlingsplanen "I tjeneste for Norge" legges til grunn at målet er at alle skal oppleve et imøtekommende, kompetent og helhetlig helsetilbud. Forsvaret som arbeidsgiver har et ansvar for forebygging og oppfølging av personellet som tjenestegjør internasjonalt, og deres pårørende. Statsråden påpeker at det i de senere årene er iverksatt flere tiltak, der personellet blant annet gis tilbud om samtaler med helsepersonell. Når det gjelder rapportens funn om tilgang til psykologisk/psykiatrisk oppfølging, viser statsråden til at Forsvarsdepartementet, i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, vil arbeide for at det etableres en fast ordning for refusjon av reiseutgiftene via HELFO.

Statsråden viser til rapportens funn om mangelfull tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet. Statsråden vil be arbeids- og sosialministeren avklare hvor stort omfanget er i forhold til Forsvarets arbeidsgiveransvar, med henblikk på å følge opp overfor Forsvaret. Statsråden viser videre til at utfordringer relatert til gjeninntreden i arbeidsmarkedet vies oppmerksomhet gjennom tiltak i Oppfølgingsplan "I tjeneste for Norge" (2014–2017).

Statsråden viser til at Forsvarsdepartementet – på bakgrunn av en evaluering av erfaringen med den særskilte kompensasjonsordningen for veteraner med psykiske belastningsskader – vil gå i dialog med Arbeids- og sosialdepartementet og Statens pensjonskasse (SPK), med sikte på å utarbeide retningslinjer tilknyttet til kompensasjonsordningen. Retningslinjene vil blant annet inkludere rutiner for statistikk- og prognosearbeid i SPK, samt innhenting av spesialisterklæringer. Statsråden viser i tillegg til at det skal gjennomføres en oppdatering av erfaringsarkiv over vedtak som er fattet i SPK.

Når det gjelder tilgjengeliggjøring av kompetanse om veteraner, vil Oppfølgingsplan "I tjeneste for Norge" (2014–2017) legge vekt på å styrke samhandling og kompetanseoverføring mellom de ulike sektorene. Statsråden viser til at Forsvaret bidrar aktivt i samarbeidet med andre departementer med sin spisskompetanse innenfor traumefeltet, relatert til både forebygging og behandling.

Statsråden gir på generelt grunnlag uttrykk for at Riksrevisjonens vurderinger i stor grad samsvarer med hennes erfaringer. Forsvarsdepartementet og Forsvaret vil følge opp Riksrevisjonens merknader blant annet gjennom tiltak i Oppfølgingsplan "I tjeneste for Norge" (2014–2017). Statsråden vil også ta initiativ til å gå i dialog med Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for et samarbeid om oppfølgingen av Riksrevisjonens øvrige anbefalinger, for å sikre at veteranene får best mulig oppfølging videre.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonen 2. juni 2014

Per-Kristian Foss

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjul

Arve Lønnum

Björg Selås

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Solveig Dahl 22241193
Vår dato 20.05.2014
Deres dato
Vår referanse 2013/00363-117
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rr. lov § 18(2)

Forsvarsdepartementet
Pb. 8126 Dep.
0032 OSLO

Att.: Statsråd Ine Eriksen Søreide

Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Forsvarsdepartementet ved vårt brev 31. mars 2014, og på departementets svar 30. april 2014.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: Senest tirsdag 27. mai 2014.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:x (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner*

Vedlegg 2

Statsrådets svar

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

U.off., jf. offl. § 5

Tidl. ref.

Vår ref.
2012/02826-17/FD V/soo

Dato **28 MAI 2014**

RIKSREVISJONENS UNDERSØKELSE AV IVARETAKELSE AV VETERANER FRA INTERNASJONALE OPERASJONER

1. INNLEDNING

Det vises til Riksrevisjonens brev av 20. mai 2014 med utkast til Dokument 3:X (2013-2014) Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner.

Jeg legger stor vekt på at veteranene skal få den samfunnsmessige anerkjennelse som deres innsats fortjener. Anerkjennelse og ivaretagelse av personell som gjør internasjonal tjeneste er et sektorovergripende samfunnsansvar. Et godt tilbud til den enkelte, og deres pårørende, forutsetter høy kvalitet på tilbudet innen hver sektor. Samhandling og koordinering mellom sektorene på dette området er avgjørende for å lykkes fullt ut. Jeg er derfor glad for det samarbeidet departementene har videreutviklet gjennom utviklingen av Oppfølgingsplan «I tjeneste for Norge» (2014 – 2017).

Riksrevisjonens undersøkelse knytter seg til forhold som berører flere departementer. Jeg vil i det etterfølgende gjøre rede for merknader relatert til Forsvarsdepartementets ansvarsområde. Jeg vil også ta initiativ overfor Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet på områder hvor de har et ansvar.

2. BELASTNINGEN PÅ FORSVARETS PERSONELL I FORBINDELSE MED UTENLANDSTJENESTE ER HØY

Forsvaret har iverksatt en rekke tiltak for å sikre god oppfølging av personellet som gjør internasjonal tjeneste på vegne av Norge. Jeg er tilfreds med at Riksrevisjonens

vurdering er at Forsvarets oppfølging av personell før, under og etter internasjonal tjeneste har blitt bedre. Riksrevisjonen tar opp at belastningen på Forsvarets personell er for høy, at personellet får for kort tid hjemme mellom deployeringene, og at styringsinformasjonen er mangelfull. Videre fremgår det at en tredel av personellet som tjenestegjør i internasjonale operasjoner deployerer kun én gang, og at belastningen dermed er på et rimelig nivå. For personell som deployerer mer enn én gang, viser funn at det er vesentlige avvik fra fastsatte bestemmelser om hjemmetid.

I henhold til Forskrift om internasjonal tjenestegjøring § 17 om disponering skal det, ved disponering av personell til internasjonale operasjoner, vektlegges at den kompetanse og belastning slik tjenestegjøring gir fordeles i Forsvaret. Det skal være en rimelig balanse mellom tjenestegjøring i internasjonale operasjoner og tjenestegjøring i Norge, slik at belastningen ikke blir urimelig for den enkelte.

Ved tjenesteperioder på over tre måneder skal det, fra tidspunktet for hjemkomst etter tjenestegjøring, normalt gå en tidsperiode på minimum det dobbelte av den seneste disponeringsperioden før ny disponering kan finne sted.

Jeg er som forsvarsminister opptatt av at belastningen på den enkelte ikke er ufor- svarlig høy. Dette er imidlertid en utfordring for en del kategorier personell. Enkelte fagmiljøer har vært særlig belastet med høy deltakelse i internasjonale operasjoner, spesielt ingeniører og personell knyttet til samband, sanitet og logistikk. Etterretnings- bataljonen og helikopter- og fregattpersonellet utgjør også hardt belastede grupper.

For tidligere å identifisere den totale belastningen, er det nødvendig å gjennomgå normen for hjemmetid, hvilke retningslinjer som skal gjelde, og hvordan dette skal tilpasses oppdraget, inkludert å utvikle bedre styringssystemer for en oversikt over den enkeltes belastning. Forsvarsdepartementet vil følge opp dette, blant annet med tiltak i Oppfølgingsplan «I tjeneste for Norge» (2014 – 2017).

3. PERSONELL SOM HAR GJENNOMFØRT INTERNASJONAL TJENESTE, OG SOM HAR FÅTT PSYKISKE HELSEPLAGER, FÅR I MANGE TILFELLER IKKE DEN HJELPEN DE TRENGER

Veteraner som har behov for oppfølging, skal følges opp av samfunnets ordinære helse- og omsorgstjenester, jf. Innst. 388 S (2011–2012) til Prop. 73 S (2011–2012) Et forsvar for vår tid. I handlingsplanen "I tjeneste for Norge" legges det til grunn at målet er at alle skal oppleve et imøtekommende, kompetent og helhetlig helsetjenestetilbud.

Forsvaret som arbeidsgiver har et ansvar for forebygging, og oppfølging av personellet som tjenestegjør internasjonalt, og deres pårørende. Det er i de senere årene iverksatt flere tiltak, der personellet blant annet gis tilbud om samtaler med helsepersonell. Jeg vil her peke på mellomlanding og midtveissamtaler i misjonsområdet. Mellomlanding innebærer at personellet har et kort opphold, primært utenfor landet, for å omstille seg før de kommer hjem til Norge. Midtveissamtalene gjennomføres av stressmestrings-

teamet som en del oppfølgingen under tjeneste.

Forsvaret skal tilby personellet psykologisk/psykiatrisk utredning i ett år etter endt tjeneste, og deretter henvise personellet videre til det sivile helsevesenet. Forsvaret tilbyr også psykiatrisk og psykologisk oppfølging gjennom Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), med fem tilhørende regionale stressmestringsteam. At det finnes et tilbud som personellet kan benytte uavhengig av tjenesten, som ikke krever henvisning, og som har kort ventetid, innebærer at terskelen for å søke kontakt for psykiske problemer senkes.

Konsultasjonene hjemler ikke rett til refusjon av reiseutgifter fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), noe som medfører at ikke alle veteraner har hatt reell tilgang på dette tilbudet. Forsvarsdepartementet har iverksatt en interimløsning som dekker personellens reiseutgifter til KPS og regionale stressmestringsteam. Dette gir alle samme mulighet til å benytte tilbudet. Departementet vil, i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, arbeide for at det etableres en fast ordning for refusjon av reiseutgiftene via HELFO.

4. TILRETTELEGGINGEN FOR DELTAKELSE I ARBEIDSLIVET ER MANGELFULL

Rapporten peker på at det blant personell som har gjennomført internasjonal tjeneste også er svakheter i oppfølgingen for de som har behov for tjenester fra NAV. Det fremkommer ikke av rapporten hvor stort omfanget er i forhold Forsvarets arbeidsgiveransvar. Jeg vil be arbeids- og sosialministeren å avklare omfanget, med henblikk på å følge opp overfor Forsvaret. Utfordringer relatert til gjeninntreden i arbeidsmarkedet vies oppmerksomhet gjennom tiltak i Oppfølgingsplan «I tjeneste for Norge» (2014 – 2017).

5. BEHANDLING AV ERSTATNINGSSAKER PÅ GRUNN AV PSYKISKE BELASTNINGSSKADER TAR TIL DELS LANG TID

Forsvarsdepartementet viser til Prop. 207 S (2012-2013), der departementet foreslår å gjennomføre en evaluering av erfaringen med den særskilte kompensasjonsordningen for veteraner med psykisk belastningsskade. I Innst. 44 S (2013–2014) støtter komiteen evalueringen.

På bakgrunn av evalueringen vil Forsvarsdepartementet gå i dialog med Arbeids- og sosialdepartementet og Statens pensjonskasse (SPK), med sikte på å utarbeide retningslinjer tilknyttet den særskilte kompensasjonsordningen. Retningslinjene vil blant annet inkludere rutiner for statistikk- og prognosearbeid i SPK, samt innhenting av spesialisterklæringer. I tillegg til oppdatering av erfaringsarkiv over vedtak som er fattet i SPK.

6. KOMPETANSE OM VETERANER ER IKKE I TILTREKKELIG GRAD GJORT TILGJENGELIG FOR ALLE DELER AV DET SIVILE HJELPEAPPARATET

Oppfølgingsplan «I tjeneste for Norge» (2014 -2017) vil legge vekt på å styrke samhandling og kompetanseoverføring mellom de ulike sektorene. Det er behov for å styrke kompetansen innen sivil sektor, om personell som tjenestegjør i internasjonale operasjoner og deres pårørende. Forsvaret bidrar aktivt i samarbeidet med andre departementer med sin spisskompetanse innenfor traumefeltet, relatert til både forebygging og behandling.

7. AVSLUTNING

Jeg setter pris på at Riksrevisjonen har gjort en grundig undersøkelse av handlingsplanen «I tjeneste for Norge» (2011 – 2013). Riksrevisjonens vurderinger samsvarer i stor grad med mine erfaringer. Områder som Riksrevisjonen har merknader til i ivaretagelsen av veteraner som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner, følges opp av Forsvarsdepartementet og av Forsvaret, blant annet gjennom tiltak i Oppfølgingsplan «I tjeneste for Norge» (2014 - 2017).

Jeg vil også ta initiativ til å gå i dialog med Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for et samarbeid om oppfølgingen av Riksrevisjonens øvrige anbefalinger, for å sikre at veteranene får best mulig oppfølging videre.

Med hilsen


Ine Eriksen Søreide

Vedlegg 3

**Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse av ivaretagelse
av veteraner fra internasjonale
operasjoner**

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	30
1.1	Bakgrunn	30
1.2	Organisering av det interdepartementale samarbeidet	31
1.3	Mål og problemstillinger	31
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	33
2.1	Problemstilling 1: I hvilken grad sikrer Forsvaret at personell til internasjonale operasjoner har tilstrekkelig tid hjemme og ikke er for hyppig ute?	33
2.2	Problemstilling 2: I hvilken grad er oppfølgingen av veteranenes psykiske helse tilstrekkelig til å ivareta deres behov?	34
2.3	Problemstilling 3: I hvilken grad legges det til rette for at veteraner kan delta i arbeidslivet?	35
2.4	Problemstilling 4: I hvilken grad blir erstatningssaker knyttet til psykiske belastningsskader behandlet uten ugrunnet opphold?	36
3	Revisjonskriterier	39
3.1	Overordnede mål	39
3.2	Krav til tjenestelengde og -hyppighet i internasjonale operasjoner	40
3.3	Krav til helsemessig oppfølging av veteraner fra internasjonale operasjoner	40
3.4	Krav til tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet for veteraner fra internasjonale operasjoner	42
3.5	Krav til Statens pensjonskasses behandling av erstatningssaker	44
3.6	Krav til styring og oppfølging	45
4	Tjenestegjøring i internasjonale operasjoner og hjemmetid	46
4.1	Data om deployeringer og hjemmetid	46
4.2	Forsvarets dokumentasjon av tjeneste i internasjonale operasjoner	51
4.3	Erfaringer med personellbelastning	59
5	Oppfølging av veteraners psykiske helse	61
5.1	Aktører og ansvarsforhold innen Forsvaret og i det sivile helsevesenet	61
5.2	Forsvarets tilbud innen psykisk helsevern	61
5.3	Forsvarets ettårige oppfølgingsansvar	65
5.4	Forsvarets oppfølging av skadde	68
5.5	Forsvarets dokumentasjonsrutiner	72
5.6	Veteranenes erfaringer med Forsvarets oppfølging	74
5.7	Henvisning og ventetid innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten	76
5.8	Nærmere om tilbudet ved DPS-ene	78
5.9	Veteranenes erfaringer med psykisk helsevern i det sivile helsevesenet	83
5.10	Veteraner som ikke ber om eller får oppfølging	85
5.11	Tiltak for samarbeid og kompetanseheving	85
5.12	Ulike undersøkelser om veteraners psykiske helse	87
6	Tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet	90
6.1	Arbeidsrettede tiltak i Forsvaret	90

6.2	NAV's oppfølging av veteraner	94
6.3	NAV's oppfølging av sykmeldte veteraner	95
6.4	NAV's oppfølging av veteraner som mottar arbeidsavklaringspenger	101
6.5	NAV's oppfølging av veteraner som mottar dagpenger	106
6.6	Kompetansehevede tiltak i NAV og samarbeid med andre aktører	110
7	Behandling av erstatningssaker for psykiske belastningsskader	113
7.1	SPKs saksbehandling av erstatningssaker etter 35 G-ordningen	113
7.2	Momenter som påvirker saksbehandlingstiden i SPK	120
7.3	Behandlingen av klagesaker	122
8	Vurderinger	128
8.1	Belastningen på Forsvarets personell er høy	128
8.2	Veteraner med psykiske helseplager får i mange tilfeller ikke den hjelpen de trenger	129
8.3	Tilretteleggingen for deltakelse i arbeidslivet er mangelfull	132
8.4	Behandling av erstatningssakene tar til dels lang tid	134
8.5	Behov for tiltak for samarbeid og kompetanseheving både innad i og på tvers av sektorer	135
9	Referanser	137
Vedlegg 1: Oversikt over sentrale erstatningsordninger		142
Vedlegg 2: Forkortelser og forklaringer		143

Tabelloversikt

Tabell 1	Antall personer som har tjenestegjort i Afghanistan, etter hvor mange deployeringer de har hatt, 2001–2013	46
Tabell 2	Antall deployeringer til Afghanistan med forskjellig lengde, 2001–2013	47
Tabell 3	Tilfredshet med tilbudet til KPS blant personell som har tjenestegjort i Afghanistan	74
Tabell 4	Veteraners tilfredshet med oppfølgingen fra Forsvaret etter tjenestested	75
Tabell 5	Rettighetstildeling og ventetider (dager) for henvisninger blant veteraner, 2010–2013	77
Tabell 6	Tilfredshet med oppfølgingen i det sivile helsevesenet for veteraner som svarte at de etter hjemkomst har hatt behov for oppfølging fra helsevesenet på grunn av ting som skjedde i tjenesten	84
Tabell 7	Antall avdelingsbefal og bruk av bonusordningen i årene 2010–2013	90
Tabell 8	Antall vervede og bruk av stipendordningen i årene 2010–2013	91
Tabell 9	Budsjett og forbruk til stipendordningen for vervede, 2010–2013	92
Tabell 10	Antall veteraner som i 2012 mottok sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller dagpenger	94
Tabell 11	Status for veteranene i utvalget per 16. januar 2014	100
Tabell 12	I hvilken grad arbeidsevnevurderingene inneholder en beskrivelse av de tre dimensjonene	101
Tabell 13	Antall brukere som har gått i forskjellige perioder uten aktivitetsplan	102

Tabell 14	I hvilken grad det i aktivitetsplan 1 er definert konkrete tiltak relatert til brukerens individuelle mål	103
Tabell 15	I hvilken grad aktivitetsplan 1 beskriver et fullstendig løp fram mot hovedmålet	103
Tabell 16	I hvilken grad ansvar for hvem som skal gjøre hva, er tydelig plassert i aktivitetsplan 1	104
Tabell 17	I hvilken grad innholdet i aktivitetsplan 1 er av tilstrekkelig kvalitet	104
Tabell 18	Status for veteranene i utvalget per 6. januar 2014	105
Tabell 19	Antall brukere som har deltatt i eller fått tilbud om tiltak	108
Tabell 20	Status for veteranene i utvalget per 6. januar 2014	109
Tabell 21	Oversikt over beløp utbetalt	113
Tabell 22	Saksbehandlingstid	114
Tabell 23	Tid fra søknadsdato 35 G til SPK sender ut forespørsel om fullmakt	115
Tabell 24	Tid mellom fullmakt er mottatt av SPK, til SPK sender forespørsel om dokumentasjon	115
Tabell 25	Hvor lang tid det tar før SPK mottar dokumentasjon fra helsevesenet, NAV og Forsvaret	116
Tabell 26	Tid mellom etterspørsel og mottak av supplerende dokumenter	116
Tabell 27	Hvor lang tid det tar før SPK purrer på de forskjellige instansene	117
Tabell 28	Tid før godkjenning ved valg av spesialist. Antall spesialisterklæringer	118
Tabell 29	Ventetid for utarbeidede spesialisterklæringer	119
Tabell 30	Tid mellom når siste dokument er mottatt hos SPK, til SPK fatter vedtak	120
Tabell 31	Klagenemndas vedtak	122
Tabell 32	Klagenemndas vedtak i saker der SPK har gitt fullt avslag	123
Tabell 33	Klagenemndas vedtak i saker der SPK har gitt delvis kompensasjon	124

Figuroversikt

Figur 1	Antall deployeringer per år til Afghanistan og andre steder for Forsvaret totalt i perioden 2001–2013	48
Figur 2	Hjemmetid etter lengde på siste deployering, 2001–2008 og 2009–2013	49
Figur 3	Hjemmetid for en høyt belastet avdeling i Cyberforsvaret, 2001–2013	51
Figur 4	Sentrale elementer i oppfølgingen av sykmeldte	95
Figur 5	Funn fra saksmappegjennomgang	97
Figur 6	Tid mellom oppfølginger fra NAV	107
Figur 7	Normal saksflyt i SPK	114

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Eksempel på manglende innkalling til dialogmøte 2 på grunn av forventet friskmelding	98
Faktaboks 2	Uttalelser fra klagenemnda i saker der SPK bes om å innhente ny spesialisterklæring	125

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Kvinner og menn som deltar for Norge i utenlandsoperasjoner, skal føle seg trygge på at de får den oppfølgingen de har behov for. Dette framgår av St.prp. nr. 48 (2007–2008) *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*. I innstillingen understreker forsvarskomiteen det norske samfunnets og myndighetenes klare ansvar for å sikre en god oppfølging av veteranene, jf. Innst. S. nr. 318 (2007–2008).

St.meld. nr. 34 (2008–2009) *"Fra vernepliktig til veteran"*. Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner la til grunn at det var behov for forbedret oppfølging av veteraner, både innad i Forsvaret og i samhandling med sivil sektor. For å følge opp meldingen ble den interdepartementale handlingsplanen "I tjeneste for Norge" iverksatt.¹ Planen er en operasjonalisering av satsingsområdene som ble beskrevet i St.meld. nr. 34 (2008–2009).² Den inneholder 126 tiltak, som skulle iverksettes i tidsrommet 2011–2013. Det framgår av Prop. 1 S (2013–2014) *Forsvarsdepartementet* at arbeidet med oppfølging og ivaretagelse av personell før, under og etter tjeneste i utenlandsoperasjoner skal videreføres, og at det interdepartementale arbeidet skal videreføres etter handlingsplanens utløp.

Over hundre tusen norske kvinner og menn har deltatt i internasjonale operasjoner fra etterkrigstiden og fram til i dag. Nær halvparten av disse var i Tysklandsbrigaden. 22 000 har deltatt i UNIFIL³-styrken i Libanon, og 8000 i ISAF⁴-styrken i Afghanistan.⁵ Ivaretagelse av veteraner berører dermed mange.

Undersøkelsen omfatter Forsvarets personell som har deltatt i en militær operasjon i utlandet. I denne gruppen med veteraner finnes både de som har tjenestegjort mange år tilbake i tid, og personer som nylig har kommet hjem etter tjeneste i en internasjonal operasjon. Blant veteranene er det mange som er stadig tjenestegjørende i Forsvaret, mens andre kan ha vært ute på kortere kontrakter og deretter avsluttet sitt ansettelsesforhold.

Følgende framheves i St.meld. nr. 34 (2008–2009): "De aller fleste soldater føler at de kommer hjem med positive erfaringer, styrket kompetanse og gode minner. Samtidig vet man at deltakelse i operasjonene medfører risiko for at noen kan få både psykiske og fysiske skader." I denne revisjonen er hovedvekten lagt på Forsvarets og sivile etaters oppfølging av den delen av personellet som får behov for oppfølging etter endt tjeneste.

Forsvaret har et betydelig oppfølgingsansvar, primært før, under og det første året etter tjenestegjøring i en internasjonal operasjon. Sentrale aktører innen Forsvaret er Forsvarsstabens veteranavdeling og Forsvarets sanitet. Videre har forsvarsgrenene administrativt foresatte avdelinger, som ivaretar arbeidsgiveransvaret. Etter ett år er hovedansvaret for oppfølgingen lagt til sivil sektor og omfatter statlige etater, regionale organer og kommunale tjenester. Ivaretagelsen av personell fra internasjonale

1) "I tjeneste for Norge." *Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste*. Utgitt mai 2011.

2) Prop. 1 S (2012–2013) *Forsvarsdepartementet*, s. 37; Prop. 1 S (2013–2014) *Forsvarsdepartementet*, s. 40.

3) Forkortelse for United Nations Interim Force in Lebanon.

4) Forkortelse for International Security Assistance Force.

5) Forsvaret, *Med Norge – for fred 1945–2012, Norsk deltakelse i internasjonale militære operasjoner*. Informasjonshäfte utgitt av Forsvarets veteranstjeneste 2012.

operasjoner er et sektorovergripende samfunnsansvar, jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009). Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har en sentral rolle i den helhetlige oppfølgingen. Andre sentrale aktører er Statens pensjonskasse (SPK), fastlegene og distriktpsychiatriske sentre (DPS). Et godt tilbud til den enkelte forutsetter høy kvalitet på tilbudet innen hver sektor, men også samordnet virkemiddelbruk på tvers av sektorer og departementsområder.

1.2 Organisering av det interdepartementale samarbeidet

Handlingsplanen "I tjeneste for Norge" ble framlagt av seks departementer: Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Utenriksdepartementet. Ansvaret for gjennomføringen av de enkelte tiltakene i handlingsplanen ble lagt til det respektive departementet med underliggende etater. Forsvarsdepartementet og Forsvaret har imidlertid hatt ansvar for hovedtyngden av tiltakene i handlingsplanen, jf. Prop. 1 S (2013–2014) *Forsvarsdepartementet*. Som et ledd i arbeidet med handlingsplanen ble det opprettet en interdepartemental arbeidsgruppe (IDA-gruppen), bestående av alle de seks involverte departementene. Forsvarsdepartementet opplyser i intervju at IDA-gruppen har avholdt jevnlig møter. I tillegg har hvert enkelt departement rapportert om gjennomføringen av tiltak innen sitt ansvarsområde til Forsvarsdepartementet, som har vært koordinerende departement. Forsvaret har rapportert om de tiltakene i handlingsplanen som de har hatt ansvaret for, gjennom tertialvise resultat- og kontrollrapporter.

Det framgår av Prop. 1 S (2013–2014) *Forsvarsdepartementet* at handlingsplanen skal evalueres i første halvdel av 2014. Erfaringene, sammen med funn fra gjennomførte undersøkelser, skal danne grunnlag for utviklingen av et nytt politisk dokument. Ifølge proposisjonen skal det tverrsektorielle og interdepartementale samarbeidet videreføres og styrkes. Forsvarsdepartementet opplyser i intervju i februar 2014 at berørte departementer holder på med å utarbeide en oppfølgingsplan, som skal være et felles, politisk forankret dokument. Hensikten er å sørge for at det tverrsektorielle arbeidet med veteraner fortsetter også etter at perioden for handlingsplanen utløper.

Veteranavdelingen ble etablert 1. august 2013 for å ivareta Forsvarets ansvar for oppfølging av personell fra internasjonale operasjoner, jf. Prop. 1 S (2013–2014) *Forsvarsdepartementet*. Forsvarsstaben opplyser i intervju at veteranavdelingen er en egen avdeling i Forsvarsstaben, med 25 stillinger. Avdelingen ledes av Forsvarets veteraninspektør, og er tildelt fagansvar for oppfølging av personell fra internasjonale operasjoner. Dette inkluderer å være forsvarsledelsens rådgiver i arbeidet med oppfølging av veteraner. Veteranavdelingen ble opprettet etter en omorganisering. Fra 1. august 2011 og fram til 1. august 2013 var ansvaret for ivaretagelse av veteraner lagt til Forsvarets veteranjeneste, som var etablert som et prosjekt under Forsvarsstabens personellavdeling.

1.3 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om veteraner får god hjelp og oppfølging, slik det er lagt til grunn i Stortingets vedtak og forutsetninger. Målet har også vært å belyse årsaker til eventuelle svakheter i oppfølgingen.

Undersøkelsen omfatter Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. Undersøkelsen er gjennomført med fire hovedproblemstillinger:

Problemstilling 1: I hvilken grad sikrer Forsvaret at personell til internasjonale operasjoner har tilstrekkelig tid hjemme og ikke er for hyppig ute?

Problemstilling 1 belyser om personell som tjenestegjør i internasjonale operasjoner, får tilstrekkelig tid hjemme mellom utenlandsoppdrag, og hvorvidt personell sendes ut for hyppig. Problemstillingen omfatter også Forsvarets systemer for å holde oversikt over personellens tjenestegjøring i internasjonale operasjoner.

Problemstilling 2: I hvilken grad er oppfølgingen av veteranenes psykiske helse tilstrekkelig til å ivareta deres behov?

Problemstilling 2 omhandler oppfølging av psykisk helse, både i Forsvaret og i det sivile helsevesenet. Forsvarets generelle oppfølgingstilbud vil ha betydning for veteranenes psykiske helse, men også for andre forhold, eksempelvis fysisk helse og funksjonsevne. Problemstillingen omfatter derfor også enkelte aspekter knyttet til Forsvarets oppfølgingstilbud generelt. Også forutsetninger for en god samhandling mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet er belyst.

Problemstilling 3: I hvilken grad legges det til rette for at veteraner kan delta i arbeidslivet?

Problemstillingen omfatter tiltak innenfor Forsvaret og NAV. Når det gjelder Forsvaret, omfatter undersøkelsen de to personellkategoriene vervede og avdelingsbefal. Dette personellet tjenestegjør i Forsvaret innenfor en tidsavgrenset periode, og utgjør en viktig ressurs i internasjonale operasjoner. Innenfor NAVs ansvarsområde omfatter undersøkelsen oppfølging av veteraner som er sykmeldt, mottar arbeidsavklaringspenger eller dagpenger. Også NAVs samarbeid med andre aktører om veteraner er i noen grad undersøkt.

Problemstilling 4: I hvilken grad blir erstatningssaker knyttet til psykiske belastningsskader behandlet uten ugrunnet opphold?

Problemstillingen omfatter saker behandlet etter en særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som ble innført i 2010. De aktuelle forskriftene på området er gitt av Forsvarsdepartementet, og søknadene behandles av SPK.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Det er gjennomført dokumentanalyser og intervjuer med relevante aktører for alle de fire problemstillingene undersøkelsen omfatter. Sentrale dokumenter som er gjennomgått, er relevante stortingsdokumenter med tilhørende innstillinger, rapportering fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet og ulike utredninger og undersøkelser om veteraner. Også tertialvise resultat- og kontrollrapporter fra forsvarssjefen til Forsvarsdepartementet er gjennomgått. Det er gjennomført totalt 16 intervjuer. Intervjuene med Forsvarsdepartementet, Forsvarsstaben og veteranorganisasjonene (NROF, NVIO og SIOPS)⁶ omhandler alle de fire problemstillingene undersøkelsen omfatter. Andre intervjuer er knyttet til deler av undersøkelsen. Alle intervjuguidene ble oversendt i forkant av intervjuene, og alle referatene er verifisert.

Nedenfor følger en redegjørelse for metodisk tilnærming til de fire problemstillingene.

2.1 Problemstilling 1: I hvilken grad sikrer Forsvaret at personell til internasjonale operasjoner har tilstrekkelig tid hjemme og ikke er for hyppig ute?

Vernepliktsverket har framskaffet data om deployeringstid og hjemmetid for personell som har tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001–2013. Med deployering menes utsendelse og stasjonering av norske styrker og støttefunksjoner til internasjonale operasjoner for å gjennomføre et oppdrag i utlandet i en tidsperiode. Deployeringstid er tiden fra personell reiser ut i en internasjonal operasjon, til dato for hjemkomst. Hjemmetid er perioden fra dato for hjemkomst etter tjenestegjøring, til ny disponering i utenlandsoppdrag finner sted.

Vernepliktsverket har foretatt beregninger som viser i hvilken grad hjemmetid blant veteraner som har deltatt i internasjonale operasjoner, er i samsvar med fastsatte mål. Utvalget omfatter totalt 8685 personer, som til sammen har deployert 16 001 ganger. 12 240 av disse deployeringene har Vernepliktsverket beregnet hjemmetid for. Disse deployeringene har i utgangspunktet vært til Afghanistan, men har samtidig blitt kontrollert opp mot foregående deployering, uavhengig av hvor denne deployeringen har vært til.

Gjennom intervjuer framkom det at enkelte grupper deployerte hyppig på grunn av stor etterspørsel etter deres kompetanse. Det er derfor valgt ut en avdeling i Cyberforsvaret der måloppnåelse knyttet til hjemmetid er undersøkt spesielt. Dette omhandler 662 personer, som har vært deployert i alt 1323 ganger i perioden 2001–2013. Vernepliktsverket har beregnet hjemmetid for 1009 av deployeringene i denne avdelingen.

For veteraner som har deltatt i ni deployeringer eller flere til Afghanistan, har revisjonen fått utlevert data fra Vernepliktsverket som viser dato for utreise og hjemkomst. Dette utvalget omfatter totalt 37 personer, som til sammen har deployert 375 ganger. Det er beregnet deployeringslengde og hjemmetid for dette utvalget.

Ifølge intervju med Vernepliktsverket kan det være feilkilder i datamaterialet. For eksempel kan en og samme deployering, som har blitt avbrutt av et kortere opphold

6) NROF står for "Norske reserveoffiserers forbund", NVIO for "Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner" og SIOPS for "Veteranforbundet Skadde i internasjonale organisasjoner".

hjemme, ha blitt registrert som to deployeringer. En annen feilkilde er noe ulik praksis med hensyn til registrering av opptreningstid i forkant av en deployering. Det er redegjort nærmere for disse feilkildene i punkt 4.2.4. Dataene som gir samlede oversikter over deployeringer til Afghanistan, er mottatt fra Vernepliktsverket etter at tiltak 49 i handlingsplanen var gjennomført. I henhold til tiltaket skulle Vernepliktsverket utarbeide gode oversikter over tidligere og pågående operasjoner. Datamaterialet vurderes derfor å ha tilstrekkelig god kvalitet til å kunne belyse problemstillingen om deployeringer og hjemmetid.

For å besvare hvordan Forsvaret sikrer at kravene om hjemmetid overholdes, er det også gjennomført intervjuer med Forsvarsdepartementet, Forsvarsstaben, Vernepliktsverket og Cyberforsvaret. Forsvarets sanitet (FSAN) er intervjuet for å belyse konsekvenser av at kravene om hjemmetid ikke overholdes.

2.2 Problemstilling 2: I hvilken grad er oppfølgingen av veteranenes psykiske helse tilstrekkelig til å ivareta deres behov?

2.2.1 Forsvarets oppfølging

I handlingsplanen "I tjeneste for Norge" er det en rekke tiltak som omhandler hvordan Forsvaret skal følge opp veteraner, blant annet når det gjelder psykisk helse og dokumentasjon av helseopplysninger. Forsvarssjefens resultat- og kontrollrapporter for 2012 og 2013 er gjennomgått for å undersøke i hvilken grad disse tiltakene er gjennomført. I tillegg er relevante undersøkelser Forsvaret selv har gjennomført om veteraner, gjennomgått for å belyse hvordan Forsvarets oppfølging fungerer.

Videre er det gjennomført intervjuer med Forsvarsdepartementet, Forsvarsstaben, FSAN, Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS) og ett av Forsvarets stressmestringsteam. Det er også sendt ut et spørreskjema til de øvrige stressmestringsteamene. Sentrale temaer i spørreskjemaet var ventetid for konsultasjon, behandling og samarbeidet med det sivile helsevesenet.

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte i 2013 en levekårsundersøkelse som belyser veteraners levekår. Populasjonen var på 30 391 forsvarsveteraner⁷ som har deltatt i internasjonale operasjoner i perioden 1978–2012, og som har tjenestegjort minst én gang i én eller flere av følgende regioner: Libanon, Irak/Gulfen, Balkan og Afghanistan. SSB gjennomførte henholdsvis intervju og en spørreskjemaundersøkelse med 1851 og 1334 forsvarsveteraner.⁸ Undersøkelsen belyser blant annet hvordan veteranene opplever oppfølging og helsehjelp fra Forsvaret. Relevante funn fra SSBs publikasjon *Veteraners levekår* er gjengitt i rapporten. I tillegg foretok SSB, på forespørsel fra Riksrevisjonen, enkelte analyser basert på det datamaterialet de allerede hadde innhentet.

2.2.2 Det sivile helsevesenets oppfølging

Forsvaret har utarbeidet en fil med oversikt over personell som har tjenestegjort i Libanon, Irak/Gulfen, Balkan og Afghanistan i perioden 1978–2012, totalt 30 391 personer.⁹ Denne filen ble gitt til Riksrevisjonen, og ble deretter koblet mot Norsk pasientregister for årene 2010–2012, samt begynnelsen av 2013. Det ble totalt identifisert 605 henvisninger av veteraner til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og 461 tilfeller der veteraner startet behandling i de aktuelle årene.

7) I tillegg til disse omfattet undersøkelsen personell som har vært på internasjonalt oppdrag for politiet.

8) SSB, *Veteraners levekår*, s. 7–8.

9) Personelloversikten er den samme som SSB benyttet i levekårsundersøkelsen.

På bakgrunn av dataene fra Norsk pasientregister er det identifisert antall fristbrudd, dvs. at dato for fastsatt frist for nødvendig helsehjelp er passert. Det er videre laget analyser av hvorvidt veteranene er definert som rettighetspasient¹⁰ eller ikke, samtidig som ventetider både samlet og for de ulike rettighetstypene er analysert.

For å få et bedre grunnlag for å vurdere tilbudet til veteranene i det sivile helsevesenet er det gjennomført intervjuer med RVTS Øst¹¹ og tre distriktpspsykiatriske sentre (DPS). I tillegg er det sendt ut et spørreskjema til tolv andre DPS-er. DPS-ene i undersøkelsen utgjør 15 av i alt 75 DPS-er i Norge, og er valgt ut på bakgrunn av data fra Norsk pasientregister som viser hvor det er behandlet flest veteraner. I tillegg er det tatt hensyn til at utvalget skulle ha en geografisk spredning. De 15 DPS-ene mottok henvisninger fra til sammen 199 av de totalt 605 henvisningene som ligger til grunn for undersøkelsen. De utvalgte DPS-ene har dermed mottatt en tredel av alle henviste veteraner i undersøkelsesperioden.

DPS-ene besvarte både spørsmål som gjaldt veteraner spesifikt, og spørsmål om status mht. ventetider og rettighetstildeling ved DPS-ene generelt. Antall henvisninger som gjelder veteraner ved hvert enkelt DPS er lavt, og følgelig ikke egnet til å belyse forskjeller mellom DPS-er. DPS-enes opplysninger om sitt tilbud til befolkningen generelt vil imidlertid være basert på et større antall henvisninger, og dermed kunne gi grunnlag for sammenligning. I og med at veteraner er forutsatt å benytte det ordinære tilbudet ved DPS-ene, er dataene fra DPS-ene om det ordinære tilbudet brukt til å belyse tilbudet til veteraner.

Den nevnte levekårsundersøkelsen er brukt for å belyse veteraners tilfredshet med det sivile helsevesenet.

2.3 Problemstilling 3: I hvilken grad legges det til rette for at veteraner kan delta i arbeidslivet?

2.3.1 Tiltak i Forsvaret

Det er gjennomført intervjuer med Forsvarsstaben og Forsvarets kompetanse- og utdanningssenter (Fokus) for å innhente data om Forsvarets tiltak for å forberede den enkelte til sivil karriere etter endt tilsetningsforhold i Forsvaret. Undersøkelsen omfatter avdelingsbefal og vervede. Forsvarsstaben har framskaffet data fra Forsvarets personellsystemer om hvor mange avdelingsbefal og vervede som har benyttet seg av to ordninger som er etablert for dette personellet. For avdelingsbefal er det etablert en bonusordning og for vervede en stipendordning. I tillegg har Forsvarsstaben i intervju redegjort for andre aktuelle ordninger. Rapporten *Vervede i Forsvaret*, som belyser vervedes bruk av stipendordningen og årsaker til manglende bruk av den, er også gjennomgått.¹² Det er også forsvarssjefens resultat- og kontrollrapporter for 2013.

2.3.2 Gjennomgang av saker i NAVs systemer

Filen med personnummer fra Forsvaret er koblet med NAVs systemer. Gjennom koblingen av data er det identifisert veteraner som mottok dagpenger, sykepenger eller arbeidsavklaringspenger per desember 2012. Det var i alt 3683 veteraner som mottok sykepenger, 1241 som mottok arbeidsavklaringspenger og 1136 som mottok dagpenger per desember 2012. Det ble gjort et utvalg blant disse basert på flere kriterier. Utvalget omfatter veteraner fra Afghanistan og Irak/Gulfen. Veteraner fra Libanon og

10) Se nærmere forklaring i punkt 3.3.2.

11) RVTS er "Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging". Det er etablert fem slike regionale ressursentre, og formålet er å bidra til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. RVTS-ene har en rolle i flere av tiltakene i handlingsplanen "I tjeneste for Norge".

12) Institutt for forsvarsstudier, Nov/2011, Elin Gustavson, *Vervede i Forsvaret: Motivasjon, erfaringer og framtidssplaner*.

Kosovo er dermed utelatt. For å inngå i undersøkelsen ble det videre lagt til grunn at veteranene enten skulle være ansatt i Forsvaret eller ha avsluttet ansettelsesforholdet i Forsvaret etter 2005. For både dagpenger og sykepenger er utvalget av veteraner videre begrenset til de som hadde mottatt disse ytelsene i minst seks måneder. Alle sakene som ble identifisert ut ifra de nevnte kriteriene, ble gjennomgått. For sykepenger var det totalt 42 veteraner som inngikk i saksmappegjennomgangen. For arbeidsavklaringspenger var antallet 44, og for dagpenger 41.

For alle de tre sakstypene er revisjonen gjort ved en gjennomgang i saksbehandlings-systemene i NAV: Arena og Gosys. Det er også gjort oppslag i systemet Infotrygd ved behov.

Saksmappegjennomgangen ble gjennomført i perioden fra april til august 2013. Alle sakene ble også gjennomgått per januar 2014 for å oppdatere status for veteranene, dvs. om de fremdeles mottar den aktuelle ytelsen, om de mottar andre ytelser, eller om de er tilbake i arbeid.

Sykepenger

Det ble i gjennomgangen av sakene registrert hvorvidt kravene til NAV og arbeidsgiver med hensyn til oppfølging av sykmeldte er overholdt. Dette gjelder blant annet gjennomføring av oppfølgingsmøter og utarbeidelse av aktivitetsplan for veteraner uten arbeidsgiver.

Det var utfordrende å finne flere av de nevnte oppfølgingspunktene i NAVs systemer, siden dette ikke var registrert på en ensartet måte. Etter at saksmappegjennomgangen var gjennomført, ble registrerte data oversendt NAV for gjennomgang. Det ble tatt hensyn til NAVs forslag til korrigeringer.

Arbeidsavklaringspenger

I gjennomgangen av disse sakene ble det undersøkt hvorvidt arbeidsevnevurderingene inneholdt en beskrivelse av brukerens arbeidsevne, muligheter for arbeid og helsemessige begrensninger. Videre ble det registrert om brukeren har hatt gyldig aktivitetsplan, samtidig som det ble foretatt en vurdering av kvaliteten på planene. Det ble også registrert hvordan NAV fulgte opp veteranene.

Dagpenger

I saksmappegjennomgangen ble det kartlagt hvor ofte veteranene fikk oppfølging fra NAV, hva slags oppfølging som ble gitt, og hvilke tiltak som ble iverksatt.

I tillegg til saksmappegjennomgangen av aktuelle saker er det gjennomført et intervju med NAV ved Arbeids- og velferdsdirektoratet for å belyse sentrale momenter ved NAVs saksbehandling av sakene. I tillegg ble tiltak for å øke kompetansen i NAV og samarbeid med andre aktører belyst.

2.4 Problemstilling 4: I hvilken grad blir erstatningssaker knyttet til psykiske belastningsskader behandlet uten ugrunnet opphold?

2.4.1 Gjennomgang av saker behandlet i Statens pensjonskasse

Undersøkelsen omfatter forskrift av 22. desember 2009 om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader, med endring per 18. juni 2012. Forskriften gjelder for militært personell som har pådratt seg en varig psykisk belastningsskade som følge av tjenestegjøring i internasjonale operasjoner i perioden 1. januar 1978 og fram til og med 31. desember 2009. Personell som har pådratt seg skader etter dette

tidspunktet, omfattes av bestemmelsene i *lov om forsvarspersonell* (forsvarspersonelloven).

Det er gjennomført en saksflytanalyse i Statens pensjonskasse (SPK) for et utvalg på 29 erstatningssaker etter 35 G-ordningen. Totalt har SPK mottatt 478 søknader etter denne ordningen. Formålet har vært å undersøke i hvilken grad behandlingen av saker innenfor den særskilte kompensasjonsordningen for psykiske belastningsskader blir behandlet uten ugrunnet opphold. Sakene er tilfeldig valgt ut på bakgrunn av følgende kriterier:

- saker med *lang* saksbehandlingstid og vedtak om innvilgelse av erstatning
- saker med *lang* saksbehandlingstid og vedtak om avslag på erstatning
- saker med *lang* saksbehandlingstid der det ikke foreligger vedtak
- saker med kort saksbehandlingstid og vedtak om innvilgelse av erstatning
- saker med kort saksbehandlingstid og vedtak om avslag på erstatning

De 29 sakene som inngår i utvalget, er valgt ut fra hele tidsrommet kompensasjonsordningen har eksistert. 19 av sakene i utvalget er kategorisert med lang saksbehandlingstid, ti av sakene med kort saksbehandlingstid.

De 19 sakene med lang saksbehandlingstid hadde oppstart i perioden desember 2009 til juli 2011. I 14 av disse sakene ble det fattet vedtak i perioden januar 2012 til desember 2013. Hovedtyngden av vedtakene ble fattet i perioden juli 2012 til juni 2013. I fem av sakene forelå det ikke vedtak på tidspunktet for Riksrevisjonens registrering.

De ti sakene i utvalget med kort saksbehandlingstid hadde oppstart i perioden januar 2010 til juli 2012, og ble avsluttet i perioden januar 2011 til juni 2013. Hovedtyngden av vedtakene i disse sakene ble fattet første halvår 2013.

For den enkelte sak ble alle sentrale milepæler i saksbehandlingen registrert. Blant annet ble det registrert dato for søknad og dato for vedtak. Det ble også registrert hvor lang tid som gikk med til å innhente spesialisterklæring samt dokumenter fra helsevesenet, Forsvaret og NAV. Hvorvidt SPK sendte purring ved sen tilbakemelding, er også kartlagt. Det er gjennomført intervju med SPK for å belyse årsaker til påløpt saksbehandlingstid.

2.4.2 Gjennomgang av saker behandlet i klagenemnda

Undersøkelsen omfatter en gjennomgang av alle saker som er behandlet i klagenemnda for krav om kompensasjon og billighetserstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner. Sakene omhandler klage på SPKs vedtak om kompensasjon (35 G eller 65 G) og eventuelt også billighetserstatning. Gjennomgangen omfatter ikke saker som gjelder utgifter til advokatbistand, og saker som berører tekniske beregninger av kompensasjonens størrelse, for eksempel på grunn av samordning med tidligere utbetalte erstatninger. Enkelte andre saker er også utelatt. Dette gjelder klage om erstatning til etterlatte, samt tilfeller der saken faller utenfor forskriftens virkeområde, for eksempel når skadelidte ikke har hatt et ansettelsesforhold i Forsvaret i perioden 1. januar 1978 til 31. desember 2009.

Det er tatt utgangspunkt i klagesaker som ble behandlet i nemnda fra den ble opprettet i 2011, og til og med første halvår 2013. Det er i alt 52 saker som er gjennomgått. Sakene er publisert på klagenemndas nettsider.

I gjennomgangen av klagesakene er det registrert i hvilken grad klagenemnda omgjør sakene i skadelidtes favør. Ulike årsaker til hvorfor sakene blir omgjort av klagenemnda, er også undersøkt. Det er gjennomført et intervju med klagenemnda for å belyse dens erfaringer med behandlingen av klagesaker nærmere. SPK og Forsvarsdepartementet er også intervjuet.

3 Revisjonskriterier

3.1 Overordnede mål

Kvinner og menn som deltar for Norge i utenlandsoperasjoner, skal føle seg trygge på at de får den oppfølgingen de har behov for. Dette framgår av St.prp. nr. 48 (2007–2008) *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*. I innstillingen til proposisjonen understreket forsvarskomiteen det norske samfunnets og myndighetenes klare ansvar for å sikre en god oppfølging av de kvinner og menn som på Norges vegne tjenestegjør i utenlandsoperasjoner, jf. Innst. S. nr. 318 (2007–2008).

Målet om god oppfølging av personell som tjenestegjør i utenlandsoperasjoner, er også nedfelt i St.meld. nr. 34 (2008–2009) *"Fra vernepliktig til veteran"*. Hensikten med meldingen var å sikre best mulig ivaretagelse av Forsvarets personell før, under og etter tjenestegjøring i utenlandsoperasjoner. I meldingen ble det vist til flere tiltak for å styrke veteranenes rettigheter og sikre en bedre oppfølging av veteraner. En samlet forsvarskomite sa seg gjennom behandlingen av meldingen enig i at det påhviler samfunnet og Forsvaret et klart ansvar for å ivareta personellet som sendes ut i utenlandsoperasjoner. Komiteen framholdt videre at adgangen til å beordre personell til tjeneste i utlandet medfører et særlig ansvar for norske myndigheter, med tanke på samfunnets og Forsvarets ansvar for å ivareta personellet som sendes ut i utenlandsoperasjoner, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009). I den interdepartementale handlingsplanen "I tjeneste for Norge", bekreftes ambisjonene i meldingen om å styrke og videreutvikle ivaretagelsen av personellet og deres nærmeste.

Målet om å ivareta personell som deltar i utenlandsoperasjoner, er gjentatt i Prop. 73 S (2011–2012) *Et forsvar for vår tid*. Det vises i proposisjonen til at personell med erfaring fra internasjonale operasjoner er en stor ressurs både for Forsvaret og for det norske samfunnet som helhet, men at slik tjeneste også kan være belastende. Det framheves derfor at Forsvaret skal vektlegge både forebyggende tiltak og i samarbeid med andre sektorer sørge for god hjelp og oppfølging for de som måtte trenge det. I innstillingen til proposisjonen viste utenriks- og forsvarskomiteen til den interdepartementale handlingsplanen, og forutsatte at tiltakene i planen ble gjennomført så raskt som mulig, jf. Innst. 388 S (2011–2012).

I St.meld. nr. 34 (2008–2009), ble betydningen av samarbeid på tvers av sektorer framholdt. Det er ifølge meldingen behov for et tett og godt forvaltningssamarbeid for å dekke personellens behov på områder som helse, arbeid og økonomi. Også utenriks- og forsvarskomiteen har tatt opp betydningen av samarbeid på tvers av sektorgrenser og dessuten kvaliteten på de tjenestene som tilbys, jf. Innst. 388 S (2011–2012) og Prop. 73 S (2011–2012). Komiteen påpekte i innstillingen, at ansvaret for å ivareta personellet forutsetter felles forpliktelser og samarbeid på tvers av departementer og sektorer – før, under og etter tjeneste. Komiteen ga videre uttrykk for at den støtter det overordnede prinsippet om at veteraner som har behov for oppfølging, skal følges opp av samfunnets ordinære helse- og omsorgstjenester og sosialfunksjoner. Komiteen understreket at dette stiller svært høye krav til disse tjenestenes fleksibilitet, rådgivning og veiledning og ikke minst kompetanseoppbygging.

Forsvarskomiteen har videre lagt til grunn at det etter hjemkomst blir gjennomført aktiviteter og tilbud for ivaretagelse og oppfølging av personellet, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009). Dette inkluderer ifølge komiteen alt fra det umiddelbare hjemkomstprogrammet fra Forsvarets side, til mer langsiktige forhold som veterantreff eller

helseoppfølging. Komiteen har videre gitt uttrykk for at den er tilfreds med at regjeringen i St.meld. nr. 34 (2008–2009) slår fast at den vil legge til rette for at den enkelte står godt rustet til å takle overgangen til norske forhold.

3.2 Krav til tjenestelengde og -hyppighet i internasjonale operasjoner

Det påpekes i St.meld. nr. 34 (2008–2009) at deltakelse i utenlandsoperasjoner er nokså ujevnt fordelt blant Forsvarets avdelinger og personellkategorier. I meldingen framheves behovet for en jevnere fordeling av tjenesten på flere. Forsvarskomiteen sluttet seg til dette synet da den behandlet meldingen, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009).

For å unngå slitasje på personellet bør soldatene ikke være for lenge eller for hyppig ute, jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009). Deltakelse kan innebære store belastninger, særlig dersom personellet opplever mange perioder uten tilstrekkelig tid til restitusjon. I meldingen vises det videre til at de fleste tjenestegjør i seks måneder, og at den maksimale disponeringsperioden til en utenlandsoperasjon normalt ikke vil overstige tolv måneder. Også forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner § 17 fjerde ledd slår fast at perioden for sammenhengende tjenestegjøring i en internasjonal operasjon normalt ikke skal overstige seks måneder.¹³

Forsvarskomiteen framhevet i Innst. S. nr. 298 (2008–2009) at ingen må beordres til ny tjeneste i utlandet før de har vært hjemme minst dobbelt så lenge som siste tjenesteperiode. Dette er i overensstemmelse med forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner § 17 sjette ledd, som slår fast at "ved tjenesteperioder på over tre måneder skal det fra tidspunktet for hjemkomst etter tjenestegjøring, normalt gå en tidsperiode på minimum det dobbelte av den seneste disponeringsperioden før ny disponering kan finne sted."¹⁴ Det er i handlingsplanen "I tjeneste for Norge", presisert at prinsippet om at personell skal ha dobbelt så lang tid hjemme som de har vært ute før de kan sendes ut igjen, bare skal fravikes dersom det er et spesielt begrunnet behov, og dersom personellet samtykker. Forsvarskomiteen har lagt til grunn at i den grad det er mulig, bør tiden mellom to tjenesteperioder i utlandet minst tilsvare fire til fem ganger lengden av siste tjenesteperiode, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009).

3.3 Krav til helsemessig oppfølging av veteraner fra internasjonale operasjoner

3.3.1 Forsvarets oppfølgingsansvar

Personell som tjenestegjør og har tjenestegjort i internasjonale operasjoner, har ved behov rett til psykiatrisk og psykologisk oppfølging fra Forsvaret i ett år etter endt tjeneste. Forsvaret skal tilby slik oppfølging og sørge for at overgangen til det sivile helsevesenet skjer på en måte som er betryggende for personellet. Forsvaret har videre en plikt til å tilby annen oppfølging i ett år etter endt tjeneste i den grad det er rimelig ut ifra personellens helsetilstand og økonomiske stilling, tjenesteforholdets varighet og forholdene ellers, jf. forsvarspersonelloven § 12 a.¹⁵

Forsvarets ettårige oppfølgingsansvar er blant annet konkretisert gjennom tiltak 48 i handlingsplanen "I tjeneste for Norge". Ifølge tiltaket skal Forsvaret etablere et program for aktiv, personlig og tilpasset oppfølging av den enkelte veteran det første

13) Maksimalperioden for mindre krevende operasjoner og stabs- og observatørtjeneste kan i henhold til forskriftens § 17 settes til 12 måneders sammenhengende tjeneste.

14) Personell på kontrakt kan fravike denne regelen, men slik at maksimal tjenesteperiode ved kontrakter på tre år eller mer, ikke utgjør mer enn 2/3 av kontraktperioden.

15) Tilføyelser ved lov 19. juni 2009 nr. 64, som trådte i kraft 1. januar 2010 ifølge resolusjon 19. juni 2009 nr. 698.

året før hjemkomst. Programmet skal forebygge, kartlegge og avdekke skader samt avklare behov for støtte for å komme tilbake til arbeidslivet. Tiltak 48 inneholder flere elementer som sammen skal bidra til tettere oppfølging.

Psykiatrisk og psykologisk oppfølging innebærer at Forsvaret innen rimelig tid skal foreta en helsemessig vurdering, utredning og oppfølging.¹⁶ Forsvaret skal tilby psykologisk/psykiatrisk utredning og videre henvisning til sivil helsevesen uavhengig av hvor lang tid som har gått siden tjenestegjøring, jf. handlingsplanen, tiltak 47.

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) ble det påpekt at tilbakemeldinger fra skadde veteraner viser at tilgangen på psykiske helsetjenester ikke oppleves som tilstrekkelig. Samordning mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet ville ifølge meldingen sikre god forutsigbarhet og et godt og tilrettelagt tilbud for veteranene. Tilsvarende framgår det av handlingsplanen "I tjeneste for Norge": "Målet er at alle skal oppleve et imøtekommende, kompetent og helhetlig helsetjenestetilbud." Forsvarskomiteen påpekte i sin behandling av St.meld. nr. 34 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009), viktigheten av å sikre at overgangen fra Forsvarets ettårige oppfølgingsansvar til det sivile samfunnets veteranoppfølging finner sted på en god og sømløs måte.

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) framgår det at Forsvaret som arbeidsgiver skal legge til rette for forsvarlige dokumentasjonsrutiner. Det legges i undersøkelsen til grunn at Forsvaret skal sikre nødvendig registrering og rapportering og etablere systemer som kan generere data av god kvalitet til bruk for helsemessig oppfølging, dokumentasjon, forebyggende HMS, statistikk, oversikter og forskning, jf. handlingsplanen, tiltak 52. Dette er viktig også i erstatnings- og yrkesskadesaker der det stilles krav til dokumentasjon av hendelsen eller skaden. Forsvaret skal bistå veteranene slik at det som kan oppfattes som tunge byråkratiske rutiner, i minst mulig grad blir en tilleggsbelastning til skaden. Forsvaret skal sørge for at skader skal rapporteres og dokumenteres på en forsvarlig måte, jf. handlingsplanen "I tjeneste for Norge".

Det legges videre til grunn at Forsvaret skal sikre trygg, god og relevant overføring av helseopplysninger til bruk for det sivile helsevesenet, jf. tiltak 53 i handlingsplanen. Overføring av opplysningene forutsetter samtykke etter gjeldende lovgivning.

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) framholdes det som et mål å heve kompetansen både i Forsvaret og i det sivile helsevesenet. Kunnskapen om de særlige problemene veteraner kan stå overfor, vil bli overført fra Forsvaret til det sivile helsevesenet. Dette er også nedfelt i handlingsplanen, s. 62, der det påpekes at det sivile helsevesenet har begrenset erfaring med personer som har deltatt i internasjonale operasjoner. Samarbeid mellom Forsvarets sanitet (FSAN) og det sivile helsevesenet er derfor viktig for å bidra til kompetanseoverføring som sikrer at dette personellets spesielle behov blir forstått og ivaretatt. Tiltak 119 og 120 i handlingsplanen omfatter opplæring i militærpsykiatri. I tiltakene heter det at Forsvaret sammen med RVTS Øst har utviklet en opplæringspakke i militærpsykiatri for leger og psykologer. Opplæringspakken skal implementeres i alle regioner i samarbeid med RVTS og Forsvarets stressmestrings-team i regionen.

Det legges i undersøkelsen til grunn at god kompetanse vil være en forutsetning for en sømløs og god ivaretagelse av veteraner i det sivile helsevesenet. Det legges videre til grunn at et godt system for å overføre helseopplysninger vil være en forutsetning for å sikre et helhetlig og samordnet tilbud.

16) Forskrift om oppfølging og erstatning for personell som tjenestegjør eller har tjenestegjort i internasjonale operasjoner, § 3.

3.3.2 Det sivile helsevesenets oppfølging

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1. Kommunene har ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, blant annet personer med somatisk eller psykisk sykdom, jf. *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1. Det sivile helsevesenet har med sin overordnede rolle også et ansvar for de veteranene som har behov for helseoppfølging, jf. St.meld. 34 (2008–2009).

Gjennom *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) har pasienter fått lovfestede rettigheter overfor helsetjenesten.¹⁷ I henhold til lovens § 2-1b skal en pasient som oppfyller kravene til nødvendig helsehjelp (rettighetspasient), få fastsatt en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende.¹⁸ Dersom helsehjelpen ikke ytes innen fristen, har pasienten rett til å få et tilsvarende tilbud hos en annen tjenesteyter, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. Det nærmere innholdet i retten til nødvendig helsehjelp er regulert i prioriteringsforskriften¹⁹. Av denne framgår det at pasienter som ikke oppfyller kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp, skal tilbys helsehjelp. De skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. I undersøkelsen er disse pasientene omtalt som behovspasienter.²⁰

Helsedirektoratet har fått delegert myndighet til å fortolke pasient- og brukerrettighetsloven. Ifølge direktoratets rundskriv IS-12/2004 er formålet med både vurderingsfristen, jf. § 2-2, og frist for behandling, jf. § 2-1b, å sikre at pasienter med de alvorligste sykdomstilstandene skal bli behandlet først. Selv om det dreier seg om ulike frister, må de for rettighetspasienter ses i sammenheng, fordi de regulerer to ulike stadier i en sammenhengende behandlingsskjede. Vurderingsfristen innebærer ikke en absolutt rett til å få stilt endelig diagnose innen 30 dager i de tilfellene der medisinske forhold gjør dette umulig. Det er pasientens helsetilstand som skal vurderes innen fristens utløp med hensyn til videre undersøkelse og behandling. Fristen for behandling for rettighetspasienter skal settes til et konkret tidspunkt, som sikrer at behandlingen både kan påbegynnes og fullføres som et medisinsk forsvarlig forløp. Det er ikke tilstrekkelig at behandlingen er medisinsk forsvarlig når den påbegynnes.

3.4 Krav til tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet for veteraner fra internasjonale operasjoner

3.4.1 Forsvarets tilrettelegging for overgangen til sivil arbeidsliv

Forsvaret har et ansvar for utvikling og styring av personellens kompetanse. Blant annet skal Forsvaret legge forholdene til rette for at vervede kan ta utdanning som forberedelse til videre yrkeskarriere også utenfor Forsvaret, jf. St.prp. nr. 48 (2007–2008).

17) Pasient- og brukerrettighetsloven ble endret i 2013, jf. Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.*; Innst. 388 L (2012–2013); Lovvedtak 121 (2012–2013). I og med at undersøkelsen omfatter data for 2010–2012, vil det være kravene som gjelder fra før lovendringen, som legges til grunn.

18) Med lovendringen som ble vedtatt i 2013, ble skillet mellom rettighetspasienter og behovspasienter opphevet. Før lovendringen ble noen pasienter vurdert til å ha en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, andre kun til å ha et behov for helsehjelp, mens en tredje gruppe skulle avvises eller henvises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I henhold til lovendringen vil de som vurderes til å ha behov for spesialisthelsetjeneste, også få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. Prop. 118 L (2012–2013), s. 11.

19) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

20) Merknader til § 2 i prioriteringsforskriften.

Også for avdelingsbefalet skal Forsvaret legge til rette for kompetanseutvikling som skal kvalifisere for annen karriere etter endt tilsetningsforhold. Dette skal blant annet skje gjennom utdanning og bonuser. Intensjonen med bonusordningen er å forberede til en sivil karriere utenfor Forsvaret, jf. St.prp. nr. 48 (2007–2008).

I Prop. 73 S (2011–2012) *Et forsvar for vår tid* legges det til grunn at det er et behov for tilrettelegging for karriereveksling: "Karrierevekslingssystemet skal gjelde for alt fra befall, vervede og sivile, og sikre en verdig og god overgang til annen virksomhet ved fullført tjeneste eller kontrakt i Forsvaret". Utenriks- og forsvarskomiteen sluttet seg til dette i sin behandling av meldingen, og påpekte at det må legges til rette for større mulighet for samhandling med samfunnet for øvrig i arbeidet med personell- og kompetansespørsmål i sektoren, jf. Innst. 388 S (2011–2012).

3.4.2 Arbeids- og velferdsforvaltningens tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet
Arbeids- og velferdsetaten (NAV) skal bidra med et kompetansemiljø for veteransaker ved NAV Elverum, jf. Prop. 1 S (2012–2013) *Arbeidsdepartementet*. Kontoret skal ha en informasjons- og veilederrolle overfor Forsvaret og andre enheter i NAV, jf. handlingsplanen "I tjeneste for Norge", tiltak 109.

Alle som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert bistandsbehovet ved henvendelse til arbeids- og velferdsforvaltningen, jf. *lov om arbeids- og velferdsforvaltningen* (NAV-loven) § 14 a. Brukere som har behov for en mer omfattende vurdering av sitt bistandsbehov, har rett til å få en arbeidsevnevurdering. Videre har alle som omfattes av loven, rett til et vedtak om oppfølging. Vedtaket kalles et oppfølgingsvedtak og avgjør hvilket ansvar arbeids- og velferdsforvaltningen vil ha i den videre oppfølgingen. Et oppfølgingsvedtak kan ha fire utfall: standardinnsats; situasjonsbestemt innsats; spesielt tilpasset innsats; og varig tilpasset innsats. De tre siste utfallene kvalifiserer til å få utarbeidet en aktivitetsplan.²¹

Oppfølging av arbeidssøkere

Arbeids- og velferdsforvaltningen skal fremme overgangen til arbeid og aktiv virksomhet, og bistå arbeidssøkere med å få jobb, jf. NAV-loven §§ 1 og 4.

I tildelingsbrevet fra Arbeidsdepartementet til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2012 framgår det at "arbeidssøkere skal sikres god oppfølging for å gi overgang til ordinært arbeidsliv. De som har stort bistandsbehov, skal gis tett oppfølging." Mål- og disponeringsbrevet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til fylkene for 2012 forutsetter at 80 prosent av alle arbeidssøkere skal ha oppfølging minst hver tredje måned. Tilsvarende mål for 2011 var 75 prosent.²²

Oppfølging av sykmeldte

Arbeidsgiveren til sykmeldte skal ifølge *lov om folketrygd* (folketrygdloven) § 25-2 gi skriftlig tilbakemelding til NAV om hvorvidt reglene for oppfølgingsplan og dialogmøte er overholdt i samsvar med arbeidsmiljøloven. Dersom arbeidsgiver ikke har sendt inn oppfølgingsplanen til NAV innen en frist på ni uker, eller gitt melding om at reglene om dialogmøte er overholdt, skal NAV gi varsel med tre ukers frist for å overholde pliktene, jf. folketrygdloven § 25-3. For personer som ikke har arbeidsgiver,

21) Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2010, *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV, Vurdering av behov for bistand for å beholde eller skaffe seg arbeid og rett til aktivitetsplan etter lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) § 14 a.*

22) Mål- og disponeringsbrevet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til fylkene for 2011, vedlegg 1, punkt 1.2.1.

skal NAV fatte et skriftlig vedtak som inneholder en plan for videre oppfølging, jf. NAV-loven § 14 a.²³

NAV skal videre innkalle til et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstakeren og arbeidsgiveren innen 26 uker etter at arbeidsuførheten har inntruffet, unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig, jf. folketrygdloven § 8-7a. Formålet med møtet er at partene møtes til en felles gjennomgang av situasjonen, og at arbeidet med oppfølgingsplanen kvalitetssikres.²⁴

Oppfølging av personer på arbeidsavklaringspenger

Etter folketrygdloven § 11-5 skal personer som søker arbeidsavklaringspenger, få en vurdering (arbeidsevnevurdering) av om arbeidsevnen er nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte i slik grad at personen hindres i å beholde eller skaffe seg inntektsgivende arbeid. Dersom arbeidsevnevurderingen viser at personen har behov for enten aktiv behandling, arbeidsrettede tiltak eller etter å ha prøvd dette fortsatt anses å ha en viss mulighet for å komme i arbeid med oppfølging fra NAV, har vedkommende rett til arbeidsavklaringspenger, jf. folketrygdloven § 11-6. Arbeidsevnevurderingen skal blant annet inneholde en vurdering av brukerens muligheter for å komme i arbeid og i hvilken grad arbeidsevnen er nedsatt, jf. NAV-loven § 14 a.

Brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov, har rett til å delta i utarbeidelsen av en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid (aktivitetsplan), jf. NAV-loven § 14 a. Aktivitetsplanen skal operasjonalisere brukerens mål og hvilken type bistand som kan være aktuell for brukeren for å komme i arbeid.

Mottakere av arbeidsavklaringspenger skal få jevnlig oppfølging fra NAV. Det skal avtales individuelle oppfølgingstidspunkter, der NAV sammen med brukeren skal vurdere om vilkårene for rett til ytelse fortsatt er oppfylt, og om brukeren har den ønskede framdriften mot målet om å komme i arbeid, jf. folketrygdloven § 11-11. Ifølge forskrift om arbeidsavklaringspenger § 4 skal det fastsettes minst ett årlig oppfølgingstidspunkt for personer som mottar ytelsen. Hyppigheten av oppfølgingen må for øvrig ta utgangspunkt i brukerens individuelle behov, jf. mål- og disponeringsbrevet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til fylkene for 2012.

3.5 Krav til Statens pensjonskasses behandling av erstatningssaker

For militært personell som har tjenestegjort i en internasjonal operasjon i perioden fra 1. januar 1978 og fram til og med 31. desember 2009, er det etablert en særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader.²⁵

Krav til saksbehandling framgår blant annet av *lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (forvaltningsloven). Ifølge forvaltningsloven § 11 a første ledd skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.

Av handlingsplanen "I tjeneste for Norge", tiltak 103, går det fram at NAV, Statens pensjonskasse (SPK), helsevesenet og Forsvaret vil utarbeide en prosedyre for en samordnet spesialistutredning, der målet er å etablere en helhetlig og forutsigbar

23) Kravet om å utarbeide oppfølgingsvedtak gjaldt tidligere i medhold av folketrygdloven § 8-7 sjettede ledd. Vedtaket skulle i henhold til folketrygdloven fattes innen tolv uker. 1. juli 2011 ble denne bestemmelsen opphevet, fordi sykmeldte uten arbeidsgiver fra 1. februar 2010 fikk rett til oppfølgingsvedtak etter NAV-loven § 14 a, jf. brev fra Arbeids- og sosialdepartementet til Riksrevisjonen 29. april 2014. NAVs retningslinjer for praktisering av oppfølgingsvedtak viderefører imidlertid praksisen med oppfølgingsvedtak innen tolv uker, jf. Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2010, *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV*, vedlegg 2 *Oppfølging av sykmeldte og § 14 a*. Dette framgår av e-post fra NAV til Riksrevisjonen 27. mars 2014.

24) <http://www.nav.no/Arbeid/Oppf%C3%B8lgning+av+sykmeldte/Aktuelle+tema/Oppf%C3%B8lgning+av+sykmeldte+-+Aktuelle+temaer.324061.cms?kapittel=2> [Hentedato 7. januar 2013].

25) Forskrift om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner.

prosess mellom Forsvaret og NAV/SPK for å håndtere erstatningskrav. Som et ledd i dette tiltaket skal det også ses på mulige løsninger for å korte ned ventetiden hos aktuelle spesialister, i samarbeid med helsevesenet og FSAN.

3.6 Krav til styring og oppfølging

I henhold til *reglement for økonomistyring i staten* § 4 skal virksomhetene fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser og forutsetninger gitt av overordnet myndighet og sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, at ressursbruken er effektiv, og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler. Virksomheten er ansvarlig for å sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.

I henhold til *reglement for økonomistyring i staten* § 7 skal ansvarlige departementer fastsette overordnede mål, styringsparametere og krav til rapportering for underliggende virksomheter. Styring, oppfølging og kontroll skal tilpasses virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet, jf. § 4. Virksomhetene skal rapportere om måloppnåelse og resultater internt og til overordnet myndighet, jf. § 9.

4 Tjenestegjøring i internasjonale operasjoner og hjemmetid

4.1 Data om deployeringer og hjemmetid

I det følgende presenteres data om deployeringshyppighet og -lengde, samt hvor lang hjemmetid personell som tjenestegjør i internasjonale operasjoner, får mellom utenlandsoppdragene.

4.1.1 Antall deployeringer per person

Tabell 1 viser at 90 prosent av personellet som inngår i denne undersøkelsen, har deployert tre eller færre ganger til Afghanistan. Over halvparten, 56,2 prosent, har deployert til Afghanistan én gang, mens 34,1 prosent har vært deployert to eller tre ganger. Samtidig viser tabellen at litt mer enn 9 prosent har hatt fire eller flere deployeringer til Afghanistan. Av disse er det 25 personer som har vært deployert ti eller flere ganger til Afghanistan. Deployeringer utenfor Afghanistan inngår ikke i tabellen. Gjennomsnittlig antall deployeringer til Afghanistan per person er 1,8.

Tabell 1 Antall personer som har tjenestegjort i Afghanistan, etter hvor mange deployeringer de har hatt, 2001–2013. Antall og prosent, N = 8685

	1	2–3	4–6	7–9	10 eller flere	Totalt
Antall personer	4880	2956	716	108	25	8685
Prosent av N	56,2 %	34,1 %	8,2 %	1,2 %	0,3 %	100 %

Kilde: Vernepliktsverket

Tallene i tabell 1 samsvarer i stor grad med tallene som framkom i *Afghanistanundersøkelsen 2012*, som er gjennomført av Forsvaret. Her oppga 59,9 prosent av respondentene at de hadde deployert én gang til Afghanistan.²⁶ I tillegg hadde 39,5 prosent av respondentene i undersøkelsen erfaring med internasjonal tjeneste utenom Afghanistan, med én eller flere deployeringer.²⁷

Forsvarets medarbeiderundersøkelse 2012 viser hvor mange kontingenter personellet har deltatt i, uansett tjenestested i utlandet. Med en kontingent menes en gruppe personell som reiser ut for å delta i en internasjonal operasjon som del av et styrkebidrag. 37,9 prosent oppgir å ha deltatt i én kontingent, mens 40,4 prosent oppgir deltakelse i to eller tre kontingenter. Videre oppgir 16,7 prosent å ha deltatt i fire til seks kontingenter, og 5 prosent å ha deltatt i sju eller flere kontingenter.²⁸ Disse funnene samsvarer med resultatene i en brukerundersøkelse som Forsvarets veteranjeneste gjorde blant tjenestegjørende personell i Forsvaret. Her oppgir 37,3 prosent at de har vært deployert én gang, 40,1 prosent har vært deployert to eller tre ganger, 17 prosent har vært på mellom fire og seks deployeringer, mens 5,6 prosent av de spurte har vært deployert sju eller flere ganger.²⁹

26) Forsvaret, Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), *Afghanistanundersøkelsen 2012: En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001–2011*, n = 4043. Populasjonen er alt militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001–2011.

27) Forsvaret, *Afghanistanundersøkelsen 2012*, s. 27, n = 4045.

28) Tallene fra medarbeiderundersøkelsen er gjengitt ifølgende dokument: Forsvarsstaben / Forsvarets veteranjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*. N = 3126. De ansatte i Forsvaret er populasjonen (N = 15 367), og blant disse var det 3126 som oppga å være veteraner.

29) Forsvarsstaben / Forsvarets veteranjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. F-48. (Brukerundersøkelsen inngår som vedlegg F til sluttrapporten.) N = 1125. Forsvarets veteranjenestes spørreundersøkelse ble sendt ut til alt tjenestegjørende personell i Forsvarets avdelinger som sender styrker til internasjonale operasjoner. 1125 ansatte som selv oppga å være veteraner fra internasjonale operasjoner, svarte og ble inkludert, jf. rapporten, s. F-6.

4.1.2 Lengde på deployeringer

Tabell 2 viser at 27,4 prosent av alle deployeringene til Afghanistan varte kortere enn tre måneder, mens over halvparten av deployeringene, 63,4 prosent, ligger innenfor en ramme på tre til sju måneder. Litt over 9 prosent av deployeringene hadde en varighet på mer enn sju måneder. Av disse var det 0,3 prosent, eller totalt 49 deployeringer, som varte i mer enn tolv måneder.

Tabell 2 Antall deployeringer til Afghanistan med forskjellig lengde, 2001–2013. Antall og prosent, N = 16 001

	Antall	Prosent
Inntil 3 måneder	4385	27,4 %
Fra 3 og inntil 7 måneder	10 140	63,4 %
Fra 7 og inntil 12 måneder	1427	8,9 %
Fra 12 måneder og utover	49	0,3 %
Totalt	16 001	100 %

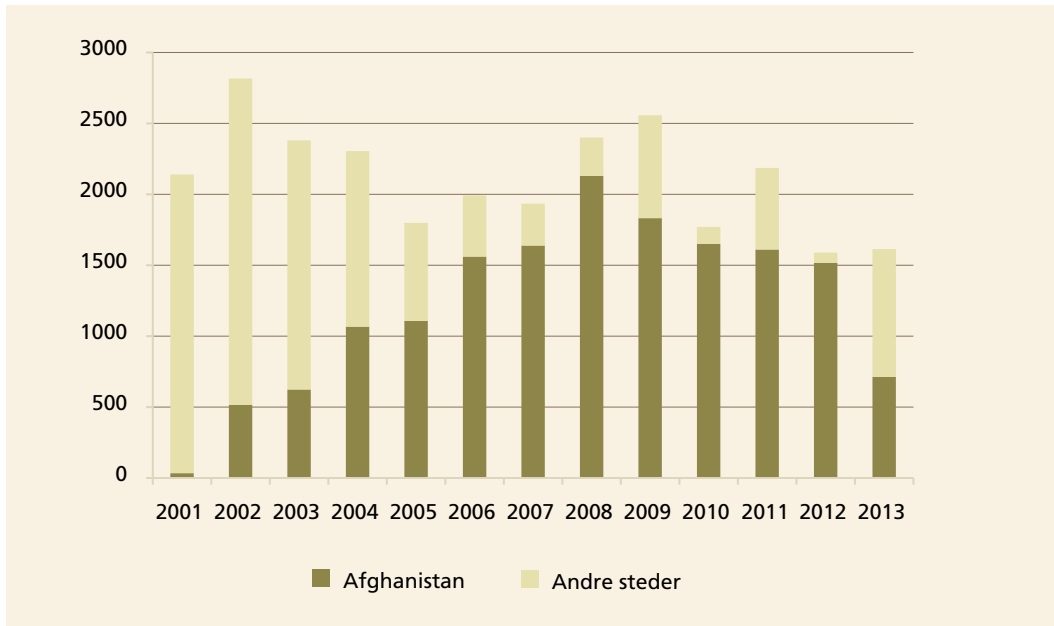
Kilde: Vernepliktsverket

4.1.3 Årlig antall deployeringer

Figur 1 viser at antallet deployeringer til Afghanistan økte gradvis fra 2001 til 2008, som for øvrig var det året der det ble deployert hyppigst til Afghanistan, nemlig 2130 ganger. Etter 2008 går tallet på deployeringer til Afghanistan gradvis ned, og spesielt er det en stor reduksjon mellom 2012 og 2013. I 2013 var antallet deployeringer til Afghanistan på vel 700.

Figur 1 viser at deployeringene til Afghanistan utgjorde litt under halvparten av alle Forsvarets deployeringer i 2004. I perioden 2005–2012 har Afghanistan-deployeringene stått for størstedelen av Forsvarets deployeringer. I 2013 utgjorde de derimot mindre enn halvparten av alle deployeringene. Figuren viser dessuten at det har vært svingninger i antallet deployeringer for Forsvaret totalt, og at 2002 var det året der det ble deployert flest ganger, nemlig 2816 ganger. 2012 og 2013 er de årene der det har blitt deployert minst, og her lå antallet på omkring 1500 deployeringer.

Figur 1 Antall deployeringer per år til Afghanistan og andre steder for Forsvaret totalt i perioden 2001–2013. N = 27 481



Kilde: Vernepliktsverket

4.1.4 Hjemmetid ved deployeringer til Afghanistan

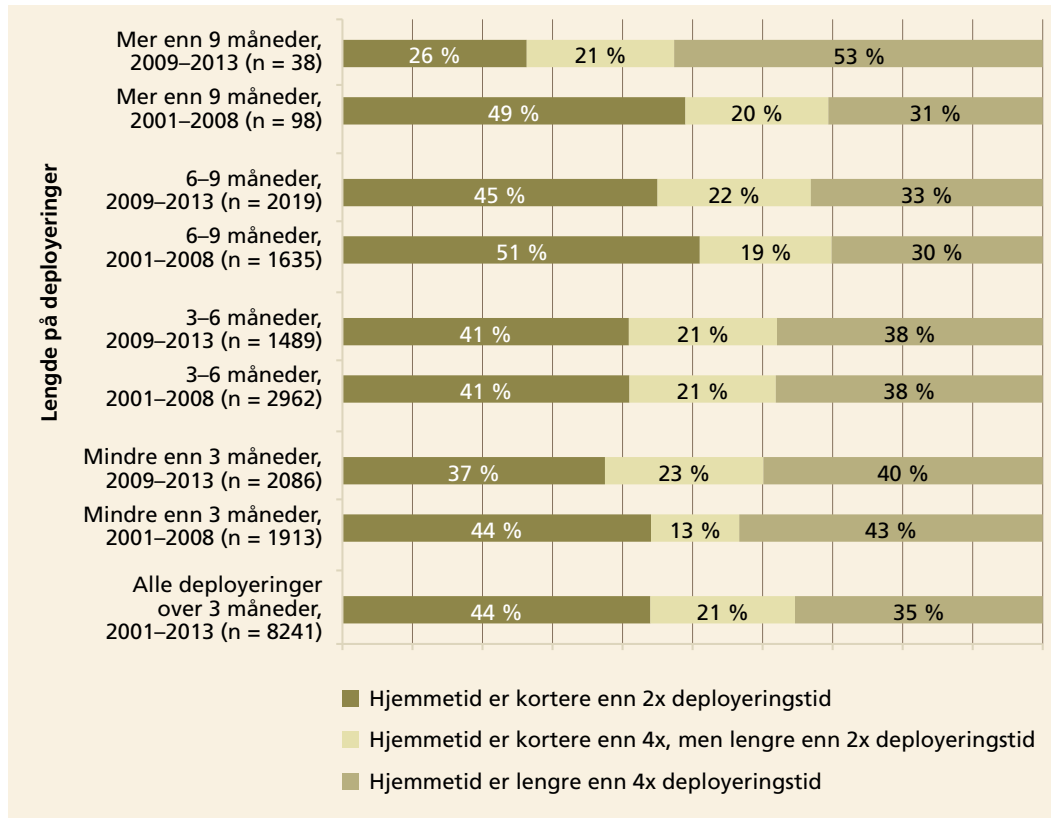
Figur 2 viser hvor ofte målet om dobbelt så lang hjemmetid som varigheten av siste deployering overholdes. Figuren viser også hvor ofte hjemmetiden er fire ganger så lang som varigheten av siste deployering. Avvik fra målet om fire ganger så lang hjemmetid innebærer automatisk også avvik fra målet om dobbelt så lang hjemmetid. I den følgende omtalen om avvik fra målet om fire ganger så lang hjemmetid er derfor disse to kategoriene slått sammen. Figuren omfatter tilfeller der siste deployering etter påløpt hjemmetid var til Afghanistan.



Deployering i Afghanistan, ISAF

Kilde: Forsvarets mediesenter

Figur 2 Hjemmetid etter lengde på siste deployering, 2001–2008 og 2009–2013. Prosentvis andel av deployeringer, N = 12 240



Kilde: Vernepliktsverket

Figur 2 viser at det i hele perioden 2001–2013 var 44 prosent av deployeringene på mer enn tre måneder som ble etterfulgt av en hjemmetid som var kortere enn det dobbelte av deployeringslengden. 65 prosent hadde en hjemmetid som var kortere enn det firdobbelte av lengden på siste deployering. For 35 prosent av deployeringene var hjemmetiden lengre enn det firdobbelte av deployeringstiden.

Bildet er omtrent likt for deployeringer med varighet på under tre måneder. Her var det om lag 40 prosent av deployeringene som hadde en hjemmetid som var kortere enn det dobbelte av deployeringstiden. Selv om deployeringer under tre måneder ikke omfattes av hjemmetidskravene i forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner, har Forsvarsstaben likevel påpekt at ved hyppige disponeringer som varer under tre måneder, skal likevel intensjonen bak regelen om dobbelt så lang hjemmetid som siste tjenesteperiode ute følges.³⁰

Andelen avvik fra målene om hjemmetid er størst blant deployeringer på mellom seks og ni måneder. Figur 2 viser at disse deployeringene i periodene 2001–2008 og 2009–2013 ble etterfulgt av en hjemmetid på mindre enn det dobbelte av deployeringstiden i henholdsvis 51 og 45 prosent av tilfellene. På samme måte var det henholdsvis 70 og 67 prosent av disse deployeringene som ikke ble etterfulgt av en hjemmetid på mer enn det firdobbelte av lengden på deployeringen.

Når det gjelder utvikling over tid, viser figur 2 at denne er tilnærmet uendret ved deployeringer på seks måneder eller mindre, som også utgjør den gruppen med flest deployeringer. For deployeringer på mellom seks og ni måneder skjer det en liten for-

30) Brev fra Forsvarsstaben til Forsvarsdepartementet, 13. februar 2014. *Internasjonal undersøkelse om tjenestetid kontra hviletid.*

bedring mellom de to periodene, mens en større forbedring finner sted ved deployeringer på mer enn ni måneder. Antallet personer som berøres av denne forbedringen, er imidlertid lavt.

Tallene i figur 2 er framlagt for Forsvarsdepartementet og Forsvarsstaben i intervju. Forsvarsdepartementet opplyser at det er første gang departementet blir introdusert for slike tall om hjemmetid. Departementet anser videre tallene for å være urovekkende høye. Det er etter departementets syn uheldig at praktiseringen av hjemmetid i såpass stor grad avviker fra prinsippet om dobbelt så lang hjemmetid som tjenestetid i en internasjonal operasjon, jf. forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner § 17 sjette ledd. Også Forsvarsstaben gir uttrykk for at det ikke er tilfredsstillende at en så stor prosentandel av deployeringene ikke er i samsvar med målsettingen om hjemmetid på minimum to ganger deployeringstiden. Forsvarsstaben påpeker imidlertid at tendensen over tid er at det går rett vei, i den forstand at belastningen på personellet totalt sett går ned.

Basert på Vernepliktsverkets data var det mulig å skille ut det personellet som har vært deployert hyppigst. De 37 personene som deployerte ni eller flere ganger, hadde til sammen deployert 375 ganger. Datamaterialet viser at de aller fleste av disse deployeringene har en varighet på mindre enn tre måneder. Dette gjelder for 331 (88 prosent) av de 375 deployeringene. Det framkommer videre at disse korte deployeringene ofte er foretatt av personell innen sanitet eller militær livvaktjeneste.

Det var i alt 44 deployeringer (12 prosent) fra dette utvalget som varte tre måneder eller lengre. 40 av disse ble etterfulgt av en ny deployering og gir derfor grunnlag for å beregne hjemmetid. Resultatet viser at 55 prosent av disse deployeringene ikke ble etterfulgt av en hjemmetid som var mer enn dobbelt så lang som deployeringen. Videre var det 72 prosent av deployeringene som ikke ble etterfulgt av en hjemmetid som var lengre enn det firdobbelte av deployeringstiden. For deployeringer på mindre enn tre måneder var det 20 prosent som ikke ble etterfulgt av en hjemmetid på det dobbelte av deployeringstiden, og 44 prosent der hjemmetid ikke var lengre enn det firdobbelte av deployeringstiden.

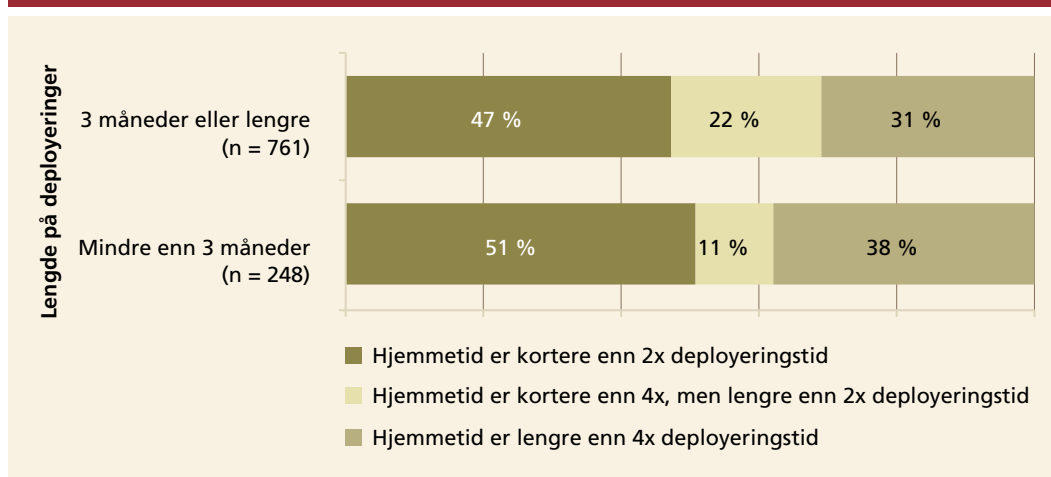
4.1.5 Deployeringslengde og hjemmetid for personell i spesielle fagmiljøer

For å belyse hjemmetid for hardt belastede grupper er det tatt utgangspunkt i en avdeling i Cyberforsvaret. Kompetansen til Cyberforsvaret er etterspurt ved alle internasjonale operasjoner, og den intervjuede avdelingen bekrefter at personell fra avdelingen ofte blir benyttet. Det er innhentet data fra Vernepliktsverket over personell i denne avdelingen som har deployert til Afghanistan.

Av deployeringene som ble foretatt av denne avdelingen i perioden 2001–2013, varte 20 prosent i mindre enn tre måneder, mens 80 prosent varte i tre måneder eller mer. Dette er sju prosent høyere enn for alle deployeringer til Afghanistan, jf. omtale i punkt 4.1.2. I tillegg har avdelingen i Cyberforsvaret en større andel deployeringer på over sju måneder (13 prosent) sammenlignet med alle deployeringene til Afghanistan (9 prosent).

Figur 3 viser at hjemmetiden er mindre enn det dobbelte av deployeringstiden ved 47 prosent av deployeringene på over tre måneder. I alt 69 prosent av disse deployeringene hadde ikke en hjemmetid som varte lenger enn det firdobbelte av deployeringslengden.

Figur 3 Hjemmetid for en høyt belastet avdeling i Cyberforsvaret, 2001–2013. Prosentvis andel av deployeringer, N = 1009



Kilde: Vernepliktsverket

Når det gjelder utvikling over tid, er det for avdelingen registrert en forbedring av overholdelsen av målene om hjemmetid. Mens 51 prosent av deployeringene på over tre måneder hadde en kortere hjemmetid enn det dobbelte av deployeringstiden i perioden 2001–2008, var tilsvarende andel i perioden 2009–2013 på 43 prosent.

Forsvarsstaben opplyser i intervju at de er kjent med at enkelte fagmiljøer er særlig hardt belastet med deltakelse i internasjonale operasjoner, og trekker fram at dette gjelder blant annet ingeniører, eksplosivryddere, helikoptercrew og teknikere, sanitetspersonell, vedlikeholdspersonell, spesialstyrker og hundeførere. Det er ifølge Forsvarsstaben allment kjent i Forsvaret at noen fagmiljøer har en ekstra stor belastning på personellet. Forsvarsstaben viser videre til at for enkelte av Forsvarets små fagmiljøer har utfordringen over tid vært at ressursene strekkes fordi enkelte fagmiljøers kompetanse etterspørres uansett type deployering. Dette kan eksempelvis gjelde personell fra Cyberforsvaret eller Forsvarets sanitet (FSAN). Også Forsvarsdepartementet bekrefter at de er kjent med at enkelte fagmiljøer har vært særlig belastet med høy deltakelse i internasjonale operasjoner. Noen av de mest berørte faggruppene er ifølge departementet ingeniører og personell knyttet til samband, sanitet og logistikk.

4.2 Forsvarets dokumentasjon av tjeneste i internasjonale operasjoner

4.2.1 Ansvarsforhold med hensyn til dokumentasjon og utvelgelse av personell til internasjonale operasjoner

Vernepliktsverket opplyser i intervju at de har ansvar for all tjenstedokumentasjon for vernepliktige og alt personell som har tjenestegjort og tjenestegjør i inn- og utland. Registreringen av data starter når vernepliktige kommer inn på sesjon, og foretas i Forsvarets felles personellsystem P3. Forsvarsstaben har det faglige ansvaret for masterdata relatert til stillinger og avdelinger.

Det framgår videre av intervjuet med Vernepliktsverket³¹ at Forsvarets personell-tjeneste utlyser, rekrutterer og velger ut personell til stillinger til internasjonale operasjoner som ikke er gitt som et styrkebidrag fra en spesifikk forsvarsgren. Eksempler her er stillinger som stabsoffiserer og observatører til NATO- eller

31) Vernepliktsverket redegjorde i intervjuet for Forsvarets personelltjenestes ansvar, og dette er senere utdypet av Forsvarets personelltjeneste, jf. e-post til Riksrevisjonen, 10. februar 2014.

FN-operasjoner. Forsvarets personelltjeneste mottar søknader for slike stillinger og velger ut hvilke kandidater som er aktuelle. Hjemmetid er ett av flere forhold som vurderes. Forsvarets personelltjeneste har dialog med styrkeprodusentene under rekrutteringsprosessen, men det er Forsvarets personelltjeneste som har disponeringsmyndighet, og som dermed endelig skal godkjenne hvem som skal få de aktuelle stillingene.

For styrkebidrag er det styrkeprodusentene (Hæren, Sjøforsvaret, Luftforsvaret etc.) som har ansvar for å velge ut personellet de vil bruke i en utenlandsoperasjon. Dette foreligger i utgangspunktet ikke Forsvarets personelltjeneste. Unntaket er hvis styrkeprodusentene ønsker å bruke personell som har kortere hjemmetid enn det regelverket tilsier. I slike tilfeller skal de sende en forespørsel til Forsvarets personelltjeneste, som vil vurdere totalbelastningen for den enkelte, før en avgjørelse fattes. Forsvarets personelltjeneste har myndighet til å fatte den endelige beslutningen.

4.2.2 Utarbeidelse av en oversikt over personell som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner

Det har ifølge Vernepliktsverket vært en økende etterspørsel etter informasjon om når og hvor enkeltpersoner og ulike personellgrupper har tjenestegjort i internasjonale operasjoner. Dette har resultert i krav om å framskaffe en samlet oversikt. Gjennom tiltak 49 i handlingsplanen har Vernepliktsverket fått i oppdrag å opprette en oversikt over alt personell som har vært i utlandstjeneste siden 1978.

I intervjuet med Vernepliktsverket ble det opplyst at arbeidet med å opprette en oversikt er organisert som et prosjekt med navnet T-49. Bakgrunnen for at prosjekt T-49 ble etablert, er at tjenestegjøring tidligere ikke ble registrert i et ensartet elektronisk format. Fram til innføringen av Forsvarets felles personellsystem P3 i 2002 ble det ifølge Vernepliktsverket benyttet flere ulike systemer for registrering av tjenestegjøring. Det har vært forskjeller mellom forsvarsgrener og avdelinger, og det har også vært forskjeller innad i grenene over tid.

Gjennom prosjektet er det utviklet ny og forbedret funksjonalitet i Forsvarets personellsystem P3. Den nye funksjonaliteten gjør det ifølge Vernepliktsverket mulig å lage en oversikt over alt personell som har deltatt i internasjonale operasjoner fra 1978. Oversikten kalles et intops-regnskap. For å utarbeide oversikten har Vernepliktsverket gjennomgått hver enkelt registrering i P3 av enkeltpersoners tjenestegjøring i internasjonale operasjoner. Registreringen i P3 er korrigerert ved behov og supplert med andre relevante kilder, slik at registreringen i intops-regnskapet blir fullstendig, korrekt og ført etter samme mal. Arbeidet er utført kontingent for kontingent, og på individnivå.

Forsvarsstaben bekrefter i intervju i februar 2014 at de anser arbeidet knyttet til T-49 som ferdig utført. Oversikten over tidligere og pågående operasjoner er etablert, og Vernepliktsverket har foretatt mange korrigeringer i data for å få en best mulig oversikt. Oversikten som er utarbeidet, anses i det store og hele som god nok, men det er usikkert om den er god nok dersom dataene for enkeltpersoner brytes ned. Det er behov for å ivareta Forsvarets sammenhengende historiske dokumentasjon fra internasjonale operasjoner bedre. Forsvarsstaben viser i den forbindelse til at dokumentasjon også er tatt med som et moment i forslaget til oppfølgingsplanen som skal etterfølge handlingsplanen.

4.2.3 Mangler og feilkilder i Forsvarets felles personellsystem P3

Det har under gjennomføringen av prosjekt T-49 kommet fram at datakvaliteten i P3 er varierende og til dels mangelfull. Vernepliktsverket opplyser dette i intervju. At

data ikke ble korrekt registrert i et felles system og etter en felles mal opprinnelig, har gjort det krevende å utarbeide intops-regnskapet. Vernepliktsverket har avdekket at tjenestegjøring i flere tilfeller er mangelfullt eller feilaktig registrert. Dataene har dermed varierende kvalitet. At 51 000 ikke er registrert med oppsettingsplan (OPL), gjør det for eksempel vanskelig å identifisere om noen av disse har hatt internasjonal tjeneste, se nærmere redegjørelse i punkt 4.2.4. Videre er det mange enkeltpersoner som ikke er tilknyttet en kontingent i P3, og det er derfor vanskelig i ettertid å registrere disse på riktig kontingent.



Kontingent til UNIFIL, Libanon

Kilde: Forsvarets mediesenter

Vernepliktsverket peker også på konvertering av data fra gamle personellsystemer til P3 som en feilkilde. Forsvarsgrenene brukte tidligere ulike personellsystemer, og ved konvertering til P3 ble en del data slettet, slik at det for noe personell er totalt manglende rapportering om deltakelse i internasjonale operasjoner. Mangelfull eller feilaktig registrering gjør det i mange tilfeller krevende for Vernepliktsverket å knytte enkeltpersoner til riktig operasjon, kontingent og avdeling.

Ifølge Vernepliktsverket foreligger det en relativt god oversikt over enkeltpersoners deltakelse i internasjonale operasjoner etter 1978 dersom alle tilgjengelige kilder brukes. Dersom enkeltpersoner har behov for å få dokumentert sin tjeneste, er dette derfor i stor grad mulig, selv om det i enkelte tilfeller på grunn av mangelfull koding kan være vanskelig å dokumentere akkurat hvilken kontingent og hvilken avdeling personen tjenestegjorde i. For enkelte personer eksisterer imidlertid ikke data i det hele tatt, og de vil heller ikke kunne finnes igjen.

Det er ifølge Vernepliktsverket behov for forebyggende tiltak for å unngå å måtte foreta tilsvarende opprydningsarbeid senere. Arbeidet med prosjekt T-49 har vist at Forsvaret tidligere ikke har lagt nok vekt på å etablere et ensartet kodeverk. Samme type tjeneste kan dermed være registrert på ulik måte, eksempelvis ved ulik betegnelse på kontingenter og avdelinger, samt ulik bruk av stillingskategori. Vernepliktsverket ser det som nødvendig å få etablert en ensartet rapportering og registrering i ulike forsvarsgrener og avdelinger. Dette innebærer at operasjonsstruktur med tilhørende kontingenter og stillinger må være klar før utlysning og oppsetting. Opp-

settingsplan må være forståelig i ettertid, med korrekt operasjonsnavn, kontingent, avdeling, tjenestested etc. Vernepliktsverket driver opplæring av personellmedarbeidere i forsvarsgrenene og Forsvarets personelltjeneste / Utland, slik at avdelingene skal kunne registrere korrekt når dataene legges inn første gang.

4.2.4 Mangler og feilkilder i Forsvarets oversikt over personell som har deltatt i internasjonale operasjoner

Vernepliktsverket opplyser i intervju at intops-regnskapet i utgangspunktet gir mulighet for å utarbeide statistikk om hjemmetid vs. tjenestetid ute, i og med at det inneholder opplysninger både om antall dager hjemmetid, antall dager personellet har vært deployert, og dato for deployering. Intops-regnskapet inneholder også en rubrikk som viser om "sperrefrist" er overholdt, dvs. om personellet har vært dobbelt så lenge hjemme som siste tjenestegjørende periode ute.

Vernepliktsverket framhever i intervjuet at det kan være feilkilder i datamaterialet om hjemmetid vs. tjenestetid ute. For eksempel velger flere avdelinger å dele opp en seks måneders deployering i to, slik at personellet først er ute tre måneder, og deretter reiser ut for nye tre måneder etter noe tid hjemme. Dette vil i intops-regnskapet registreres som to deployeringer. Det vil derfor i slike tilfeller kunne se ut som om bestemmelsen om hjemmetid ikke er overholdt, selv om det ikke foreligger noe krav om hjemmetid innenfor én og samme deployering når den deles opp.

En annen feilkilde er ifølge Vernepliktsverket registrering av opptreningstid. Tidligere ble hele oppsettingsperioden med opptrening ofte inkludert som en del av tidsperioden som ble registrert som utenlandstjeneste. Denne praksisen er endret fra og med 2009, slik at opptrening framgår som en egen registrering. Det har imidlertid variert hvordan dette har vært praktisert.

Oversikten i intops-regnskapet er ifølge Vernepliktsverket ikke uttømmende for alle som har deltatt i internasjonale operasjoner. Årsaken er at Vernepliktsverket har foretatt noen avgrensninger. Personer som har deltatt gjennom operativ støtte eller kortere oppdrag, og som ikke tilhører en kontingent, vil eksempelvis ikke inngå. Det samme gjelder personell fra Etterretningstjenesten og Forsvarsbygg. For å bli inkludert i intops-regnskapet er det videre en forutsetning at stillingen er kodet med internasjonal tjeneste i en oppsettingsplan, dvs. kodet som "OPL/I". Noen personer har vært i internasjonal tjeneste, men er likevel ikke registrert med OPL/I. Disse personene er dermed ikke med i intops-regnskapet, med mindre de tilfeldigvis blir funnet. 51 000 tjenestegjøringer er ikke registrert med OPL, og det er usikkert hvor mange av disse som har vært i internasjonal tjeneste.

Vernepliktsverket forklarte i intervjuet muligheter og begrensninger knyttet til å hente ut aggregerte data sortert etter stillingskategori eller funksjon. Data som er registrert i intops-regnskapet, foreligger i utgangspunktet per deployering for den enkelte. Intops-regnskapet gir mulighet til å sortere på stillingskategorier. Det er imidlertid noen utfordringer knyttet til dette. Én utfordring er at samme person kan ha tjenestegjort i ulike funksjoner i ulike kontingenter, og dermed blitt registrert med ulike stillingskategorier. Ved å ta utgangspunkt i stillingskategori vil vedkommendes samlede tjeneste utenlands dermed ikke bli registrert.

4.2.5 Forsvarets bruk av data om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner

Vernepliktsverket understreker i intervju at P3 er et personellsystem, og at det ikke er utformet med sikte på å være et styringsverktøy. Registrerte data kan likevel i noen grad brukes til å gi styringsinformasjon, og oppryddingsjobben som er foretatt i forbindelse med prosjekt T-49, gjør det lettere å hente ut data på aggregert nivå.

Vernepliktsverket henter i utgangspunktet ikke ut data på aggregert nivå, med mindre de mottar en bestilling. Vernepliktsverket har mottatt og gjennomført en bestilling fra Luftforsvaret, som ønsket data om belastning i internasjonale operasjoner på aggregert nivå. Vernepliktsverket har ikke gitt tilsvarende leveranser til andre forsvarsgrener eller avdelinger.



Camp Nidaros utenfor Mazar E Sharif i Afghanistan

Kilde: Forsvarets mediesenter

Vernepliktsverket opplyser i intervjuet at de i forbindelse med prosjekt T-49 har etterspurt fra Forsvarets veteranantjeneste hva slags informasjon som ønskes tilgjengelig og søkbart for personer som har deltatt i internasjonale operasjoner. Ifølge Vernepliktsverket har de ikke mottatt tydelige føringer for hva slags informasjon P3 og intopsregnskapet skal inneholde. Det har ikke vært stilt krav fra overordnet nivå – eksempelvis gjennom retningslinjer – om hvordan registrering skal foretas, og hva slags informasjon som skal lagres. Det har ifølge Vernepliktsverket dermed ikke vært gitt føringer som angir hvilken styringsinformasjon det er ønskelig at Vernepliktsverket skal være i stand til å levere. Det har eksempelvis ikke vært stilt krav om at personellsystemet skal være utformet slik at det er mulig å registrere og søke opp opplysninger om ulike stillingskategorier, avdelinger eller fagmiljøer. Dette gjør det krevende å gi gode tall om belastning innenfor ulike fagmiljøer. Vernepliktsverket har i stor grad utarbeidet kategoriene for hva som skal registreres, selv – på bakgrunn av mottatte henvendelser og behov sett over tid.

4.2.6 Forutsetninger for å følge opp bestemmelser om hjemmetid

I intervjuet med Vernepliktsverket ble det tatt opp hvilke muligheter avdelingssjefene i Forsvaret har til å holde oversikt over omfanget av deployeringer blant personellet i avdelingen. Vernepliktsverket viser til at alle avdelingssjefene har tilgang til personellsystemet P3, men tilgangen gir kun mulighet til å lese ut informasjon på individnivå. Avdelingssjefene har dermed ikke mulighet til å hente ut data på aggregert nivå. Dersom avdelingssjefer ønsker informasjon om sitt personell på aggregert nivå, må de slå opp person for person og sette sammen denne informasjonen selv ved å taste inn relevante data i en egen oversikt. Alternativt kan de spørre Vernepliktsverket om bistand, slik Luftforsvaret gjorde. Avdelingssjefene har god mulighet til å holde oversikt over hjemmetid og hyppighet i utenlandsoppdrag for den enkelte, før det tas

beslutning om han eller hun skal sendes ut i nytt utenlandsoppdrag. De kan imidlertid ikke ta ut styringsinformasjon med hensyn til om avdelingen som helhet eller stillingskategorier innenfor avdelingen er overbelastet.

Den intervjuede avdelingen i Cyberforsvaret opplyser at de har en egen personell-offiser som har ansvar for rekruttering, og dermed også et spesielt ansvar for å følge opp at bestemmelsene om hjemmetid overholdes. Ved rekruttering benytter personell-offiseren P3 for å undersøke hvorvidt enkeltpersoner kan benyttes for de ulike oppdragene som skal løses. Personelloffiseren har tilgang til P3 på individnivå. Personell-offiseren har også mulighet til å ta ut enkelte data for hele avdelingen samlet. Avdelingen kan imidlertid ikke bruke P3 til å ta ut overordnede data om sperrefrist. For å identifisere personell i avdelingen med sperrefrist har avdelingen utarbeidet en egen oversikt i Excel.

Avdelingen i Cyberforsvaret opplyser at den ved rekruttering blant annet skal undersøke hvor mange deployeringer personen har hatt, og hvor lenge det er siden forrige deployering. Personell med sperrefrist skal i utgangspunktet ikke sendes til ny operasjon før det har gått en viss tid. Etter at avdelingen har vurdert om en person er aktuell for et oppdrag, oversendes en innstilling til Forsvarets personelltjeneste. Dersom det er ønskelig å sende ut personell med sperrefrist, kan avdelingen gå inn i en dialog med Forsvarets personelltjeneste for å se om det likevel kan være aktuelt å sende ut vedkommende. Avdelingen har erfart at Forsvarets personelltjeneste har sagt nei til at en person kan deployere på grunn av høy belastning, men dette har kun skjedd et fåtall ganger. Ifølge avdelingen var det trolig lettere for noen år siden å få unntak fra sperrefristen, noe som kan ha sammenheng med at totalbelastningen i internasjonale operasjoner er mindre nå enn for få år siden. Avdelingen opplyser videre at mange ønsker å delta i internasjonale operasjoner, og at dersom personellet etter en tid ikke lenger ønsker så hyppige deployeringer, søker de seg til en annen avdeling der belastningen er lavere.

Det framgår av intervjuet med Vernepliktsverket at Forsvarets personelltjeneste har inntrykk av at avdelingssjefene er godt kjent med bestemmelsene om hjemmetid. Det kan imidlertid være ulike grunner til at avgjørelser i enkelttilfeller tas på tross av bestemmelsene. Det er lagt inn en "konsistensregel" i P3 som gir ansvarlige avdelingssjefer et varsel dersom bestemmelsene om hjemmetid ikke overholdes før utsendelse til ny operasjon.

Forsvarsstaben påpeker i intervju at personell som deployerer hyppig, ofte innehar spesialkompetanse og plukkes direkte ut av fagmiljøet og Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) for å delta i internasjonale operasjoner. Personell som ønsker å reise ut, blir ofte sendt ut på tross av at en avdelingssjef kan sette en negativ påtegning på grunn av sperrefrist, eller at belastningen på den enkelte totalt sett vurderes å være for høy. At deler av personellet har en høy belastning i internasjonale operasjoner, kan ha negative konsekvenser for vedlikehold av kompetansen i resten av avdelingen, dersom annet personell i avdelingen deployerer i mindre grad. Forsvarsstaben viser til at Forsvarets personelltjeneste i utgangspunktet skal godkjenne brudd på sperrefristen, men at de i praksis ikke alltid blir konsultert før personell med sperrefrist sendes ut. Forsvarets personelltjeneste har dermed ikke full oversikt over brudd på bestemmelsene om hjemmetid.

4.2.7 Styringssignaler og styringsinformasjon om hjemmetid

Dobbelt så lang hjemmetid som deployeringstid

Som tidligere vist er prinsippet om dobbelt så lang hjemmetid som deployeringstid regulert gjennom forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner § 17 sjette

ledd. Prinsippet er også nedfelt i *Særvtale for tjenestegjøring i internasjonale operasjoner*. Dette er en avtale mellom Forsvarsdepartementet og diverse arbeidstakerorganisasjoner som gjelder fra 1. januar 2012 til 31. desember 2013. I henhold til avtalen utløser brudd på forskriftens bestemmelser om dobbelt så lang hjemmetid som deployeringstid en økonomisk kompensasjon på kr 4000 per måned i ny deployeringsperiode.



Medaljer Kilde: Forsvarets mediesenter

Handlingsplanen "I tjeneste for Norge", slår fast at prinsippet om at personell skal ha dobbelt så lang tid hjemme som de har vært ute før de kan sendes ut igjen, bare skal fra- vikes dersom det er et spesielt begrunnet behov. Ifølge tiltak 17 i handlingsplanen skal Forsvaret etablere særlige prosedyrer for tilfeller der prinsippet om at personellet skal ha dobbelt så lang hviletid hjemme som innsatstid i internasjonale operasjoner, må fra- vikes. Tiltaket skulle ha vært ferdigstilt i 2011.³² Forsvarsstaben viser i intervju i februar 2014 til at et dokument med prosedyrer slik det er beskrevet i tiltak 17, ikke er ferdig- stilt. Forsvarsstaben påpeker imidlertid at det eksisterer prosedyrer, men at disse ikke foreligger i skriftlig form, og at det derfor ikke er sikkert at alle forholder seg til dem. I resultat- og kontrollrapport 3 2013 står det at rutinene skal skriftliggjøres før neste rapporteringsperiode. Det framgår også at det er planlagt en gjennomgang av rutinene for å sikre at de i tilstrekkelig grad støtter opp under intensjonen i forskriften.

Forsvarets tertialvise rapportering til Forsvarsdepartementet inneholder ikke data som viser i hvilken grad fastsatte mål om hjemmetid nås. Det framgår av intervju med

32) Forsvarsstaben, *Plan for Forsvarets implementering av Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste – "I tjeneste for Norge"*, versjon 2, 20. juli 2012, vedlegg A.

Vernepliktsverket at Forsvarsstaben i forbindelse med de tertialvise resultat- og kontrollrapportene mottar beskrivende rapporter fra fagmiljøene om belastning på ulike personellgrupper, men ikke konkrete tall. Vernepliktsverket har ikke mottatt henvendelser fra Forsvarsstaben med forespørsel om rapporter på aggregert nivå om belastning innenfor enkelte fagmiljøer eller stillingskategorier.

Forsvarsstaben bekrefter i intervju at avdelingene i Forsvaret ikke blir målt på om de overholder bestemmelsene om hjemmetid, og verken Forsvarets personelltjeneste eller Forsvarsstaben har etterspurt informasjon om dette. Det eksisterer per i dag ikke noe rapporteringssystem der det framgår i hvilken grad målsettingen om hjemmetid overholdes. Forsvarsstaben viser videre til at det mangler gode systemer for å dokumentere belastningen til ulike fagmiljøer, blant annet fordi det er vanskelig å hente ut informasjon om enkelte personellgrupper på aggregert nivå. Forsvarsstaben ser et klart behov for styringsinformasjon som kan belyse i hvilken grad fastsatte mål om hjemmetid nås. Forsvarsdepartementet har imidlertid ikke etterspurt informasjon om hjemmetid, og det er årsaken til at Forsvaret ikke har framskaffet data om dette. Forsvarsstaben påpeker at de har viderefremmet rapportering fra enkelte fagmiljøer om høy belastning i internasjonale operasjoner gjennom de tertialvise resultat- og kontrollrapportene. Forsvarsdepartementet kan derfor sies å være opplyst om situasjonen. Det vil ifølge Forsvarsstaben være generalinspektørens ansvar å utarbeide tiltak for eventuelt å avhjelpe denne situasjonen, men det er ikke gitt føringer om dette fra Forsvarsdepartementet.

Også Forsvarsdepartementet gir i intervju uttrykk for at det er behov for å få styringsinformasjon om belastning, både for enkelte personellgrupper og på overordnet nivå. Forsvarsdepartementet understreker at selv om de har kjennskap til at noen fagmiljøer er belastet, har dette ikke blitt formelt rapportert fra Forsvaret til departementet med kategori og antall. Forsvarsdepartementet peker på at det vil foreligge bedre informasjon om hvilke grupper som er mest belastet, etter at tiltak 17 i handlingsplanen er implementert. Forsvarets rapportering om utviklingen i tiltak 17 vil ifølge departementet bli tatt hensyn til når det utarbeides en ny oppfølgingsplan.

Når det gjelder tiltak for å gi bedre styringsinformasjon, viser Forsvarsstaben til at Forsvaret skal innføre et nytt HRM³³-system. Systemet skulle allerede vært på plass, og det er satt en foreløpig frist til 24. juni 2014 for dette. Det har imidlertid påløpt forsinkelser. Forsvarsstaben framholder at det er en intensjon å få bedre styringsinformasjon gjennom det nye systemet, blant annet om overholdelse av bestemmelsene om hjemmetid.

Fire til fem ganger så lang hjemmetid som deployeringstid

Forsvarskomiteen har lagt til grunn at i den grad det er mulig, bør tiden mellom to tjenesteperioder i utlandet minst tilsvare fire til fem ganger lengden av siste tjenesteperiode, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009). I handlingsplanen "I tjeneste for Norge", er det i tråd med dette framholdt at for planleggingsformål bør normen for forholdet mellom hjemme- og utetjeneste være 5 til 1. Det er i intervjuer med Forsvarsdepartementet og Forsvarsstaben tatt opp hvordan denne intensjonen er fulgt opp i styringen.

Forsvarsdepartementet opplyser at departementet ikke har gitt styringssignaler til Forsvaret i tråd med intensjonen om hjemmetid som framgår av handlingsplanen. Også Forsvarsstaben uttaler at det ikke har blitt styrt etter intensjonen beskrevet over, og at det ikke er gitt styringssignaler i tråd med det som er angitt i handlingsplanen.

Den intervjuede avdelingen i Cyberforsvaret påpeker at en intensjon om fire til fem ganger så lang hjemmetid som tjenestetid ute ville ha vært umulig for avdelingen å

33) Human Resource Management, som på norsk står for ledelse av menneskelige ressurser.

overholde innenfor gjeldende årsverksrammer. Avdelingen ser imidlertid at det er lettere å overholde bestemmelsene om hjemmetid nå enn tidligere, siden Forsvaret har færre som deltar i internasjonale operasjoner enn tidligere.

4.3 Erfaringer med personellbelastning

4.3.1 Konsekvenser for personellet ved høy belastning

Personellbelastning er tatt opp i brukerundersøkelsen som er gjennomført av Forsvarets veteran-tjeneste. I undersøkelsen blir tallene for deployeringshyppighet³⁴ kommentert på følgende måte: "Når tid til opptrening og rekondisjonering kommer i tillegg til deployering, innebærer dette en betydelig belastning på den enkelte og deres pårørende/familie."³⁵

Belastning på personellet er også undersøkt spesifikt for Hæren. Hæren nedsatte i 2010 en arbeidsgruppe for å kvantifisere arbeidsbelastningen og vurdere balansen knyttet til forholdet mellom oppdrag og personellressurser i Hæren. Bakgrunnen for oppdraget var at tidligere undersøkelser hadde vist at et stort antall av Hærens ansatte opplevde betydelig negativ arbeidsbelastning. En av hovedkonklusjonene i undersøkelsen var at Hæren leverte i henhold til oppdrag, og for å få til dette arbeidet personellet gjennomsnittlig 1,28 årsverk. I rapporten ble det påpekt at resultatene bekreftet inntrykket av at Hærens ansatte arbeidet mye mer i tid enn normalarbeidsåret, og at dette var ujevnt fordelt med større belastning på enkelte avdelinger og deler av personellet. De største belastningsfaktorene i Hæren syntes ifølge rapporten å ha bakgrunn i fravær i forbindelse med operasjoner i utlandet og nødvendige permisjoner, samt merarbeid i form av vaktbelastning utover normalarbeidstiden.³⁶

Forsvarsstaben viser i brev til Riksrevisjonen 30. januar 2014 til at det i rapporten ble anbefalt tiltak som Hæren har arbeidet målrettet med for å bedre situasjonen med tanke på belastning. Forsvarsstaben påpeker videre at medarbeiderundersøkelsen for 2013 viser en positiv utvikling. Det framkommer her blant annet at arbeidsbelastningen var på et lavere nivå i 2013 enn det den var i de tre forutgående årene. Likevel er det fortsatt noen tilsetningskategorier og aldersgrupper som har høy belastning.

Konsekvensene av belastning på personellet i form av kort hjemmetid er også tatt opp i intervju. I intervjuet med FSAN ble det framlagt data fra undersøkelsen om brudene på bestemmelsene om hjemmetid. FSAN ga i intervjuet uttrykk for at de fra et helsefaglig ståsted er bekymret for at målene om hjemmetid ikke overholdes i større grad. Dette berører både den enkelte soldat og relasjonen til familie og venner hjemme. Soldatene er i utgangspunktet friske med god helse. Det er ifølge FSAN viktig at de ikke får en for tung belastning som gir negative helsemessige konsekvenser. For å forebygge dette må den enkelte få tilstrekkelig tid til å redusere stressnivået og vedlikeholde sine relasjoner hjemme.

Det ble i intervjuet med FSAN vist til at sjefen for Forsvarets kontor for psykiatri og stressmestring (KPS) har skrevet en kronikk i Norsk Militært Tidsskrift (nr. 2/2011) om denne problematikken kalt "Tordenskjolds soldater av i dag – med fare for helse-skade?". Av artikkelen framgår det blant annet at norsk militærpsykiatri anbefaler at det bør være et forhold på 4 til 1 når det gjelder forholdet mellom hjemme og ute. I artikkelen vises det til at faren for slitasje, både på den enkelte soldat og dennes familie, har vist seg å være stor ved hyppige utenlandsoppdrag. Det pekes blant annet

34) Det vises her til tallene om deployeringshyppighet som er gjengitt i punkt 4.1.1.

35) Forsvarsstaben / Forsvarets veteran-tjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. E-9–10.

36) Rapport fra arbeidsgruppe om belastning og leveranse i Hæren, 14. juni 2010.

på økt risiko for samlivsbrudd, noe som vil forsterke effekten av mental slitasje hos soldaten.

Veteranorganisasjonene viser i intervju til at konsekvensene av kort hjemmetid og hyppige deployeringer spesielt er knyttet til manglende mulighet for å ta utdanning. Videre er det en risiko for at veteranen mister nettverket sitt, og at tjenestegjøringen får negative konsekvenser for nærmeste familie. Veteranorganisasjonene trekker også fram at det å ha mange deployeringer kan ha negative helsemessige konsekvenser.

4.3.2 Forhold som kan forklare hvorfor det er brudd på bestemmelsene om hjemmetid

Forsvarsstaben viser i intervju til at årsakene til at sperrefristen i mange tilfeller brytes, er et resultat både av et behov fra Forsvaret og et sterkt ønske fra den enkelte om å reise ut igjen. Når det er besluttet at Norge skal stille med et styrkebidrag, må Forsvaret stille med dette bidraget selv om det kan få uheldige konsekvenser for hjemmetid for personellet i noen fagmiljøer. Fredsstrukturen er ifølge Forsvarsstaben for lite robust per i dag. Forsvarsstaben har også i brev til Forsvarsdepartementet 13. februar 2014 tatt opp denne problemstillingen. Utfordringen knyttet til å unngå for høy belastning på personellet er ifølge brevet det antall oppdrag Norge deltar i, sett opp mot den forsvarsstrukturen det er grunnlag for å hente personell fra. I brevet vises det i denne forbindelse til at forsvarssjefen har gitt uttrykk for at det er en for lav bemanning av strukturen.

Forsvarsstaben viser i intervju videre til at mange ser at det er økonomisk gunstig å være ute lenge i internasjonale operasjoner, selv om dette medfører at sperrefristen brytes. Den økonomiske kompensasjonen som tildeles personell som reiser ut mens de har sperrefrist, er i utgangspunktet tenkt som en "straff" for Forsvaret i de tilfellene der reglene brytes, men for den enkelte soldat fungerer dette i praksis som et incentiv. Personell som deployerer for mer enn tolv måneder i løpet av en toårsperiode, får i tillegg en økonomisk gevinst i form av skattelette. Når det gjelder spørsmålet om frivillighet, har Forsvarsstaben for øvrig påpekt at intensjonen bak bestemmelsene om hjemmetid er å gi nødvendig vern til arbeidstakeren, og at eventuell frivillighet fra tjenestemannen ikke endrer forholdet til bestemmelsen. Dette framgår av brev fra Forsvarsstaben til Forsvarsdepartementet 13. februar 2014.

Også Forsvarsdepartementet peker i intervju på både hensynet til styrkebidraget og den enkeltes ønsker som forklaringer på brudd på hjemmetid. Forsvarsdepartementet viser til at departementet og Forsvaret står overfor flere dilemmaer ved deployering av personell. Blant annet må hensynet til styrkebidraget veies opp mot bestemmelsene om hjemmetid. Innen noen fagmiljøer er det få personer som har den kompetansen Forsvaret trenger for å kunne stille med et styrkebidrag. Når det er besluttet at Norge skal stille med et styrkebidrag, må Forsvaret stille med dette bidraget selv om det kan få uheldige konsekvenser for hjemmetid. I tillegg er det et dilemma hvor mye vekt det skal legges på frivillighet. I en del tilfeller stiller personellet seg selv til disposisjon for ny utreise til tross for kort hjemmetid, og de kan på denne måten selv stå i veien for målet om å unngå høy belastning. Departementet understreker imidlertid at det også ved frivillighet er et lederansvar å se til at ikke belastningen blir for høy.

5 Oppfølging av veteraners psykiske helse

5.1 Aktører og ansvarsforhold innen Forsvaret og i det sivile helsevesenet

Forsvarets sanitet (FSAN) er Forsvarets fagmyndighet for sanitetstjenesten. Fagmyndighet innebærer myndighet til å initiere, godkjenne, beslutte, utgi regelverk, sertifisere, autorisere og kontrollere faglige forhold innen et tildelt ansvarsområde.³⁷ FSAN har en viktig rolle når det gjelder å tilby Forsvarets veteraner et medisinsk tilbud, ved skader, alvorlige hendelser og i det forebyggende arbeidet, jf. Prop. 73 S (2011–2012) *Et forsvar for vår tid*. To avdelinger i FSAN er sentrale i oppfølgingen av veteraner. Den ene er Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (NMP), som tilbyr medisinsk hjelp til alle veteraner med helseplager relatert til utenlandstjeneste, eventuelt med videre henvisning til sivil helsevesen. I tillegg har Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS) spesialister innen psykiatri og psykologi. De har kompetanse på traume- og kriserelaterte psykiske skader og vansker. Både KPS og NMP utgjør et supplement til sivil spesialisthelsetjeneste.³⁸

Det er totalt fem administrativt foresatte avdelinger (AFA-er) i Forsvaret. AFA-ene har arbeidsgiveransvar i de periodene personellet omfattes av forsvarspersonelloven § 11 og 12, som omhandler tjenestegjøring i internasjonale operasjoner. AFA-ene har også et ansvar for oppfølging i etterkant av tjenestegjøring.³⁹

Psykisk helsevern for voksne innen spesialisthelsetjenesten består av desentraliserte tjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS-er), mer spesialiserte sykehusavdelinger og privatpraktiserende avtalespesialister. DPS vil normalt være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten og har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område, både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal gi spesialisert utredning og tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. Også kommunene er sentrale for å lykkes med helhetlig behandling og oppfølging av personer med psykiske problemer. Blant annet har fastlegene en sentral rolle i arbeidet med å forebygge og gjenkjenne psykiske problemer av varierende alvorlighetsgrad, diagnostisere, behandle og følge opp personer med psykiske problemer, samt henvise videre ved behov.⁴⁰

5.2 Forsvarets tilbud innen psykisk helsevern

KPS håndterer saker knyttet til veteraners psykiske helse, og har fem regionale stressmestringsteam plassert forskjellige steder i landet. Stressmestringsteamene bistår med psykisk oppfølging til veteraner som bor i regionen de opererer i, samtidig som de deltar i det forebyggende arbeidet både før, under og etter at avdelinger reiser ut på internasjonale oppdrag.⁴¹ De fem stressmestringsteamene, hvorav to hører under samme region, er lokalisert ved følgende steder:⁴²

37) Forvarssjefens direktiv for delegering av myndighet, 10. desember 2009, s. 4.

38) <http://forsvaret.no/veteraner/informasjon/helse/Sider/nmp.aspx> [Hentedato 26. februar 2014]; <http://forsvaret.no/veteraner/informasjon/helse/Sider/kps.aspx> [Hentedato 3. februar 2014].

39) Forsvarsstaben / Forsvarets veterantjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. G-9–10; Presentasjon mottatt fra AFA Land, 24. oktober 2012.

40) Prop. 1 S (2013–2014) *Helse- og omsorgsdepartementet*, s. 251.

41) St.meld. nr. 34 (2008–2009), s. 33–34.

42) Stressmestringsteamenes regionstilknytting og plassering framkommer av intervju med KPS.

- Stressmestringsteam Østlandet – Sessvollmoen
- Stressmestringsteam Vestlandet – Stavanger
- Stressmestringsteam Vestlandet – Bergen
- Stressmestringsteam Trøndelag – Trondheim
- Stressmestringsteam Nord – Bardufoss

Antall ansatte ved hvert stressmestringsteam er omkring fire personer. Flest ansatte er det på Stressmestringsteam Nord, der åtte personer er engasjert i teamet. KPS opplyser i intervju at det er leger med spesialitet i psykiatri og psykologer med spesialitet i klinisk psykologi som først og fremst er ansatt i teamene.

5.2.1 Ventetider ved stressmestringsteamene

Blant stressmestringsteamene er det kun ett som oppgir at det er veteraner som venter på å få en time hos dem.⁴³ Her var det fire veteraner som per desember 2013 ventet på å komme til utredning eller behandling. At det er kapasitet nok i Forsvaret til å behandle de som trenger det, ble også bekreftet i intervju med KPS. Her kom det fram at det har vært fullt mulig for KPS å ta imot alle veteraner som har kontaktet dem, og at de fleste får time innen det har gått to uker. Dette er også i tråd med stressmestringsteamenes praksis, der samtlige oppgir at de normalt kan tilby veteraner time i løpet av én til to uker.

5.2.2 Behandling ved stressmestringsteamene og henvisning til det sivile helsevesenet

Årlig behandles det ca. 100 sivile veteraner ved KPS i Oslo og ca. 100 til sammen ved de ulike stressmestringsteamene.⁴⁴ I tillegg kommer veteraner som fremdeles er tjenestegjørende, jf. intervju med KPS.

Forsvaret skal utrede, og veteranen skal deretter henvises videre til sivil helsevesen, jf. tiltak 47 i handlingsplanen. Ifølge KPS' interne rutiner skal tilbudet til veteraner bestå i sakkyndige og kliniske vurderinger, samt klinisk tilbud. Det kliniske tilbudet skal være målrettet, avgrenset og normalt ikke overstige 15 timer. Unntaksvis og begrunnet kan det strekke seg opp til 25 timer.⁴⁵

Svarene fra stressmestringsteamene viser at teamene foretar både utredning og behandling av veteraner som henvender seg til dem for psykisk hjelp. Som det ble trukket fram i intervju med det ene stressmestringsteamet, er det ofte en overlapp mellom utredning og behandling.

Behandlingstilbudet ved stressmestringsteamene kan være både kortvarig og langvarig, og begrenser seg ikke til en bestemt type behandlingsform. FSAN framhever i intervju at for de yngre veteranene er det ofte naturlig å behandle i stressmestringsteamene, siden det ofte dreier seg om forholdsvis korte behandlingstilbud. Teamene ser her at de kan få gjort mye på kort tid. Sann sett fungerer det som et supplement til det sivile helsevesenet, nettopp som forutsatt. Har pasienten til gjengjeld et mer omfattende og langvarig behov, er praksisen ifølge FSAN, KPS og flere av stressmestringsteamene at de blir henvist til det sivile helsevesenet. Likevel forsøker stressmestringsteamene i stor grad å tilfredsstille pasientenes behov så langt det lar seg gjøre. Det finnes også ifølge FSAN eksempler på at veteraner har hatt behov for behandling i det sivile helsevesenet, men ikke fått dette på grunn av sammensatt problematikk det ikke er tatt tak i. Dersom stressmestringsteamene ser de kan hjelpe veteranene med dette og har kapasitet til det, vil de i praksis fungere som et supplerende helsevesen.

43) Brev fra Forsvaret til Riksrevisjonen med svar på spørrebrev fra Forsvarets stressmestringsteam, 9. desember 2013 og intervju med ett av stressmestringsteamene.

44) Brev fra Forsvaret til Forsvarsdepartementet, 4. desember 2013.

45) KPS, *Prioritering*, april 2011.

Flere av stressmestringsteamene gir uttrykk for at de opplever at det ikke er klare grenser mellom hva de skal tilby pasientene, og hva som skal utføres av DPS-ene. Dette gjelder spesielt for tre av stressmestringsteamene, der det ene understreker at usikkerheten gjelder det som "kan" utføres, dvs. hva teamet kan gjøre hvis det er kapasitet nok til å strekke seg lenger.

Svarene fra stressmestringsteamene viser at teamene i liten grad henviser til det sivile helsevesenet. To av stressmestringsteamene har ikke henvist noen pasienter til DPS det siste året. Blant de som oppgir å ha henvist pasienter, er det ved det ene teamet kun blitt henvist én gang, mens det andre teamet oppgir å ha henvist mellom fire og ti pasienter det siste året. At stressmestringsteamene i liten grad sender henvisninger til det sivile helsevesenet, bekreftes av DPS-ene som har blitt kontaktet i forbindelse med revisjonen, jf. punkt 5.8. Av de i alt femten DPS-ene var det tolv som ikke hadde mottatt noen henvisninger fra Forsvaret.

En årsak til at stressmestringsteamene ikke henviser til det sivile helsevesenet, kan være frykt for at pasientene ikke vil bli prioritert. Ifølge ett av stressmestringsteamene er det en fare for at DPS-ene anser behandlingen som pasienten har fått ved stressmestringsteamene, som tilstrekkelig, og dermed velger å nedprioritere denne gruppen. Også KPS har erfart at veteraner ikke får et tilbud ved DPS fordi de allerede har mottatt behandling i Forsvaret.

I tillegg gir flere av stressmestringsteamene uttrykk for at hvorvidt teamet selv har kapasitet til å behandle, er en avgjørende faktor for om de velger å henvise til det sivile helsevesenet eller ikke. Ett av teamene gir uttrykk for at det så langt som mulig blir forsøkt å ferdigbehandle pasientene i stedet for å henvise dem videre. Dette er fordi de mener at de har bedre kompetanse til å behandle veteranene selv. FSAN forklarer i intervju det lave antallet henvisninger med at dette trolig skyldes at stressmestringsteamene samarbeider med fastlegene, og at henvisning eventuelt sendes til DPS derfra.

Forsvarsstaben framhever i intervju at den forutsetter at stressmestringsteamene har tilstrekkelig medisinsk kompetanse til å kunne gjøre en riktig vurdering når det gjelder psykiatrisk eller psykologisk oppfølging av veteraner. Det pekes på at de aktuelle veteranene trolig har lettere psykiske plager, og at det sånn sett er forholdsvis liten innsats som skal til fra stressmestringsteamets side for å behandle veteranen. Det er også en kjensgjerning at flere må vente lenge på å komme til behandling i sivilt helsevesen, noe som kan gjøre det nødvendig for stressmestringsteamene å tilby behandling. Forsvarsstaben forutsetter at de som har alvorlige psykiske lidelser, henvises videre til rette instanser i det sivile helsevesenet.

5.2.3 Refusjon av utgifter til reise

KPS er ikke en del av et helseforetak, og personer får dermed ikke refundert reisekostnader fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Den sivile ordningen med dekning av pasientreiser er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 om retten til syketransport. Rettigheten omfatter reiseutgifter i forbindelse med behandling i det offentlige helsevesenet. NMP og KPS er en del av Forsvaret og er verken en del av et offentlig helseforetak eller en privat spesialist med avtale med et offentlig helseforetak. Reiser til og fra behandling hos NMP og KPS faller derfor utenfor den sivile pasientreiseordningen, jf. brev fra Forsvarsstaben til Forsvarsdepartementet, 4. desember 2013.

KPS viser i intervju til at det kan være et problem at veteranene ikke får refundert utgiftene sine i forbindelse med reise til stressmestringsteamene. Selv om noen

veteraner får reiseutgiftene sine dekket av NAV eller gjennom fondsmidler fra veteranorganisasjonene, er det ifølge KPS behov for å få til en ordning der veteranene får refundert kostnadene sine.

Også stressmestringsteamene påpeker at manglende refusjon av reiseutgifter kan føre til begrensninger med hensyn til hvor ofte enkelte veteraner har mulighet for å møte opp til time. Samtlige av teamene opplyser at de har erfaring med at veteraner har vært hindret i å motta tilbud ved stressmestringsteamene, fordi de ikke får reiseutgiftene sine refundert. Dette bekreftes i intervju med FSAN.

Det er noe uenighet blant stressmestringsteamene når det gjelder hvor stort dette problemet er. To av stressmestringsteamene påpeker manglende reisestøtte som en av hovedutfordringene knyttet til oppfølging av veteraner. Også de øvrige teamene gir uttrykk for at dette har betydning for flere veteraner, spesielt for de som sogner til stressmestringsteamene i midt og nord, der avstandene er store. Det blir dessuten nevnt at problemet potensielt kan være enda større hvis det er mange veteraner som unnlater å henvende seg, fordi de nettopp vet at det er kostnader knyttet til å benytte seg av tilbudet hos stressmestringsteamene. Det intervjuede stressmestringsteamet viser til at de som følge av manglende reisestøtte har mistet pasienter som burde ha vært til behandling hos dem. I noen tilfeller har det vært mulig for pasientene å komme til en utredning, men de har ikke hatt råd til å møte opp til selve behandlingen.

Forsvarsdepartementet ba Forsvarsstaben om å utrede alternative ordninger for å dekke reiseutgifter til sivile veteraner som mottar helsehjelp i Forsvaret, jf. brev 19. mars 2013. I svarbrevet 4. desember 2013 anbefalte Forsvarsstaben at det opprettes en egen refusjonsordning, finansiert av Forsvarsdepartementet og administrert av Forsvaret, til å dekke reiseutgifter til NMP og KPS. Forsvarsstaben anslo at en slik ordning i sum vil beløpe seg på 1 mill. kroner per år. En ordning der NMP/KPS får status som spesialisthelsetjeneste – og pasientene dermed får rettigheter innen pasientreiseordningen – ble ikke anbefalt, siden det da vil være usikkert om tilbudet kan forbeholdes veteraner og drives på Forsvarets premisser.

Forsvarsdepartementet uttaler at dagens løsning ikke er tilfredsstillende, siden den innebærer store og tilfeldige forskjeller for brukerne. Dette framkommer av brev 5. mars 2014 fra Forsvarsdepartementet til Forsvarsstaben. I brevet ber Forsvarsdepartementet om at Forsvarsstaben etablerer en interimløsning – i påvente av en annen og mer permanent løsning. Interimløsningen innebærer en 50/50 prosent kostnadsdeling mellom departementet og Forsvarsstaben. Den skal iverksettes så raskt som praktisk mulig og gjelde for 2014 og eventuelt 2015. Departementet framhever videre at en i løpet av 2014 utreder og presenterer en mer permanent løsning som gjør det mulig for veteraner å få dekket reisekostnader i forbindelse med konsultasjon hos stressmestringsteamene. Dette skal vurderes i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Forsvarsdepartementet bekrefter i brev til Riksrevisjonen datert 30. april 2014 at departementet har iverksatt en interimløsning som dekker personellens reiseutgifter til KPS og regionale stressmestringsteam. Dette gir alle lik mulighet til å benytte tilbudet. Departementet opplyser at det vil jobbe videre med å få inkludert refusjon av reiseutgiftene via HELFO.



Frigjørings- og veterandagen 8. mai,
Akershus festning

Kilde: Forsvarets mediesenter

5.3 Forsvarets ettårige oppfølgingsansvar

Forsvarets veteraninspektør har fagansvar for Forsvarets ettårige oppfølgingsplikt overfor veteraner, jf. instruks for Forsvarets veteraninspektør i Forsvarsstaben, punkt 3.2. Forsvarsstaben har utgitt et skriv til avdelinger som er involvert i implementeringen av tiltaket. Dette gjelder blant annet FSAN og styrkeprodusenter med AFA-ansvar. Her gis det en beskrivelse av de ulike elementene i tiltak 48.⁴⁶

5.3.1 Utfylling av kartleggings skjema ved hjemkomst

Det framgår av skrivet fra Forsvarsstaben at i forbindelse med hjemkomst skal hver enkelt fylle ut et skjema som skal fange opp individuelle oppfølgingsbehov. Forsvarsstaben opplyser i intervju at det brukes et standardisert kartleggings skjema som alle som har vært ute i internasjonale operasjoner, skal fylle ut. Det kan hende at enkelte ikke møter til avtalt tid, og dermed ikke fyller ut skjemaet. Men alle vet at de skal fylle ut dette skjemaet, og det påpekes at også veteranen selv har et ansvar for at skjemaet blir fylt ut. I det store og hele fungerer dette ifølge Forsvarsstaben bra.

5.3.2 Mellomlanding, etterlanding og avslutningsamlinger

Et annet sentralt tiltak er mellomlanding og etterlanding som har vært gjennomført fra 2010/2011 for de fleste avdelinger fra internasjonale operasjoner.⁴⁷ Mellomlanding

46) Brev fra Forsvarsstaben til diverse avdelinger i Forsvaret, 31. mai 2012. *Implementering – Program for 1 års oppfølging (T-48)*.

47) Forsvarsstaben / Forsvarets veteran tjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. F-55.

innebærer at kontingenten skjermes før adkomst til Norge for å få tid til å omstille seg fra normer, regler og adferd som gjelder i operasjonsområdet, til det som gjelder hjemme. Etterlandinger gjennomføres for personell som har tjenestegjort som observatører, stabsoffiserer eller annen tjeneste der de ikke har inngått i et norsk styrkebidrag i forbindelse med deployeringen, eventuelt for personell som ikke deployerer og redeplojerer som en del av en avdeling. Etterlanding skal finne sted maksimum tre måneder etter redeplojerer, og hensikten og innholdet er tilsvarende mellomlanding. Under mellom-/etterlandingene skal NMP og KPS informere om normale reaksjoner og faresignaler. Som en del av samlingen skal det som hovedregel gjennomføres obligatoriske gruppesamtaler og enkeltsamtaler. Før hjemkomst skal det også gjennomføres medisinsk dimisjon, og representanter fra NAV og Barne-, ungdoms- og familieetaten skal gi relevant informasjon og veiledning.

En avslutningssamling inngår også som en del av tiltak 48. Denne skal avholdes ni til tolv måneder etter redeplojerer. Hovedhensikten er å gi økt anerkjennelse, samtidig som det gir Forsvaret mulighet til å kunne forebygge, kartlegge og avdekke skader.⁴⁸

Ifølge resultat- og kontrollrapport 3 2013 har styrkeprodusenter med AFA-ansvar praktisert ettårs-oppfølgning i henhold til gjeldende skriv om implementering. Forsvarsstaben uttaler i intervju at både mellomlandingene, etterlandingene og avslutningssamlingene fungerer etter intensjonen, og at de utgjør et godt tilbud til veteranene. Også veteranorganisasjonene gir i intervju uttrykk for at de anser mellom- og etterlandinger som positive tiltak, men påpeker at dette ikke er tilstrekkelig. Det er ifølge veteranorganisasjonene i tillegg behov for oppfølging som strekker seg utover det første året etter hjemkomst.

5.3.3 Spørreskjema til veteranene tre til seks måneder etter hjemkomst

Det skal sendes ut et spørreskjema til veteraner innen tre til seks måneder etter hjemkomst, jf. tiltak 48 i handlingsplanen. Her skal veteranen blant annet rapportere om egen helse, og det skal informeres om Forsvarets tilbud når det gjelder individuell oppfølging. Veteranene skal også oppfordres til å ta kontakt ved behov for spesiell oppfølging eller veiledning, og de som ikke responderer, skal gis spesiell oppmerksomhet. FSAN har som fagmyndighet fått i oppdrag å utarbeide den delen av spørreskjemaet som omhandler helse.⁴⁹ Det framgår av intervjuene med KPS og FSAN at KPS og NMP i juni 2013 utarbeidet et forslag til spørreskjema. Skjemaet er imidlertid ikke tatt i bruk ennå.

FSAN uttaler i intervju i januar 2014 at det er uklart hvem som har ansvar for å implementere og ta i bruk spørreskjemaet, men FSAN ser det som naturlig at det blir de ulike AFA-enes ansvar å bruke det i praksis. Forsvarsstaben framholder i intervju at det er FSAN som må ta ansvar for å sende ut skjemaene, all den tid det bare er FSAN som har mulighet til å innhente helseopplysninger. FSAN har også ansvar for å innhente og lage statistikk om helse, og det er dermed naturlig at de sender ut skjemaene. Veteraninspektøren vil innkalle sjef FSAN til et møte for å forsikre seg om at dette prioriteres i FSAN. Møtet vil finne sted før sommeren 2014.

KPS utdyper i intervju at det er utfordringer knyttet til utsagnet i tiltak 48 om at "de som ikke responderer på kontakt, vil gis spesiell oppmerksomhet". KPS ser det som uklart hva dette vil innebære i praksis, og ser et behov for å avklare hvordan Forsvaret skal følge opp veteraner som unnlater å respondere på spørreskjemaet. Det er ifølge KPS ikke klart definert hvordan "aktiv, personlig og tilpasset oppfølging" skal forstås. Dette gjør det blant annet uklart hvor langt KPS skal gå med hensyn til å ta kontakt

48) Brev fra Forsvarsstaben til diverse avdelinger i Forsvaret, 31. mai 2012. *Implementering – Program for 1 års oppfølging (T-48)*.

49) Brev fra Forsvarsstaben til diverse avdelinger i Forsvaret, 31. mai 2012. *Implementering – Program for 1 års oppfølging (T-48)*.

med veteraner som kan ha behov for videre oppfølging, enten av KPS eller i det sivile helsevesenet.

5.3.4 Nærmere om hva oppfølging innebærer

Brukerundersøkelsen, som ble publisert av Forsvarets veteranjeneste i januar 2013, slår fast at det er et stort behov for informasjon til alle om hva som faktisk er Forsvarets forpliktelser og tiltak for veteraner både inntil og ut over tolv måneder etter tjeneste i internasjonale operasjoner. I rapporten vises det videre til at begrepet oppfølging ikke er nærmere definert, og det anbefales at hva som kan ligge i begrepet oppfølging, avklares nærmere.⁵⁰ Rapporten anbefaler også at FSAN må avklare og avtale konkret samarbeid om oppfølging med aktuell styrkeprodusent/AFA: "...Hvem gjør hva, når" for å hindre at personell "faller mellom flere stoler".⁵¹

FSAN uttaler i intervju at det gjøres mye godt arbeid på operativt plan for å gjennomføre tiltak 48, men FSAN er ikke kjent med at det er endelig besluttet hvordan tiltaket skal gjennomføres, og hva som skal være FSANs rolle i det ettårige oppfølgingsprogrammet. FSAN påpeker videre at oppfølging av veteraner innebærer mer enn helsemessig oppfølging. FSAN ser det som viktig å definere hva oppfølging er, og hva det *ikke* er eller skal være. Det mangler ifølge FSAN per dags dato en avklaring på dette gjennom formelle dokumenter. Slik FSAN ser det, er heller ikke de ulike aktørenes roller, ansvar og myndighet ved den ettårige oppfølgingen i tilstrekkelig grad avklart per i dag.

Forsvarsstaben uttaler i intervju at begrepet oppfølging til en viss grad er gitt som en følge av forskrift til forsvarspersonelloven, der det blant annet framgår at Forsvaret skal tilby psykologisk/psykiatrisk oppfølging og annen oppfølging ved behov. Det finnes ikke en kort og konsis definisjon av hva oppfølging innebærer, men det har utviklet seg en praksis på området. Forsvarsstaben understreker at for alle praktiske formål gjennomføres det ettårige programmet som forutsatt, med unntak av det standardiserte spørreskjemaet.

Det er ifølge Forsvarsstaben behov for å utvikle ytterligere regelverk. Utarbeidelse av regelverk ligger innenfor veteraninspektørens fagansvar.⁵² Forsvarsstaben opplyser i intervju at regelverk som skal beskrive tiltak 48, er under utarbeidelse. Revisjonen mottok i etterkant av intervjuet et utkast til direktiv eller reglement for oppfølging av personell fra internasjonale operasjoner. Ifølge utkastet er formålet med direktivet/reglementet å fastsette roller, ansvar og myndighet for Forsvarets oppfølgingsplikt overfor personell fra internasjonale operasjoner. Dokumentet beskriver innhold og ansvar knyttet til de ulike elementene i Forsvarets oppfølging, blant annet Forsvarets ettårsprogram og retten til psykologisk og psykiatrisk oppfølging.

Forsvarsstaben opplyser for øvrig at en i utarbeidelsen av oppfølgingsplanen etter handlingsplanen prøver å unngå ordet oppfølging og heller være mer konkrete på hva slags oppfølging det dreier seg om.

50) Forsvarsstaben / Forsvarets veteranjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. F-26–27.

51) Forsvarsstaben / Forsvarets veteranjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. F-39.

52) Fagansvaret er gitt i instruks for Forsvarets veteraninspektør i Forsvarsstaben, 1. august 2013. I henhold til punkt 3a har veteraninspektøren myndighet til å utarbeide regelverk.



Feltsykehuset i leiren i Meymaneh, Afghanistan

Kilde: Forsvarets mediesenter

5.4 Forsvarets oppfølging av skadde

5.4.1 Ansvarsforhold og klargjøring av hva oppfølging av skadde innebærer

Forsvarets oppfølging av skadde er tatt opp i utredninger og rapporter fra Forsvaret. Særlig relevant er den såkalte AFA-utredningen fra 2012.⁵³ AFA-utredningen viser til at det er ulike aktører i Forsvaret som er involvert i akuttfasen ved skader. Sentrale aktører er lege for kontingenten, Forsvarets operative hovedkvarter (FOH), AFAs helseseksjon og FSAN. Ifølge utredningen håndteres hendelser fra sak til sak. Det finnes ikke et system eller en funksjon som ivaretar og kvalitetssikrer overgangen til det sivile helsevesenet. AFA-utredningen viser også til at det er uklart hvordan oppfølgingen skal skje etter innleggelse på sivil sykehus. Forsvarets oppfølging av skadde framstår ifølge AFA-utredningen som fragmentert og ukoordinert.⁵⁴

Utredningen påpeker at begrepet "oppfølging" ikke er definert i styrende dokumenter, og at dette i seg selv kan generere forskjellig praksis. Det foreligger ifølge utredningen ikke noe direktiv eller bestemmelser som omhandler oppfølging av psykisk skade, alvorlig sykdom eller skade under tjeneste i Forsvaret. Utredningen viser til "Bestemmelser for ivaretagelse av Forsvarets personell som har vært utsatt for psykiske traumer, sykdom, skade og død under tjeneste for Forsvaret i internasjonale operasjoner" (2010). Disse bestemmelsene omfatter evakuering og overføring til sivil sykehus, men ikke videre medisinsk oppfølging fra Forsvarets side etter at den skadelidte er evakuert til Norge og innlagt på sivil sykehus. Utredningen påpeker at heller ikke "Direktiv for håndtering og oppfølging av ulykker involverende Forsvaret" (2007) beskriver oppfølging av syke og sårede: "Det er altså ikke beskrevet, verken i

53) Forsvarsstaben / Forsvarets veteran tjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*. (AFA-utredningen inngår som vedlegg G til sluttrapporten.) Utredningen omhandler organisering og oppgaver som utføres av administrativt foresatt avdeling (AFA). Oppfølging av skadde inngår blant temaene som behandles i utredningen.

54) Forsvarsstaben / Forsvarets veteran tjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. G-33–37. Foruten avsnittet fotnoten er plassert ved, gjelder referansen også for de to neste avsnittene.

direktiv eller bestemmelser, hvordan medisinsk rolle, ansvar, myndighet skal forvaltes etter innleggelse på sivil sykehus eller konkret av hvem."⁵⁵

Utredningen anbefaler at FSAN som fagmyndighet bør gis i oppdrag å utarbeide en ny bestemmelse eller et direktiv som omhandler oppfølging av personell som blir utsatt for psykisk traume, alvorlig sykdom eller skade under tjeneste i Forsvaret. Bestemmelsene må definere roller, ansvar og myndighet med tanke på medisinsk oppfølging, samt overgangen mellom AFAs helseseksjon og FSAN i akutfasen. Bestemmelsene må ifølge AFA-utredningen også definere den videre oppfølgingen av den skadelidte på kort (inntil tolv måneder) og lang sikt (livsløp).

En gjennomgang av resultat- og kontrollrapporter viser at arbeidet med å klargjøre hva oppfølging innebærer – i tråd med anbefalingene fra AFA-utredningen – har blitt forsinket. I resultat- og kontrollrapport 3 2012 ble det varslet at arbeidet var forventet avsluttet innen 2. kvartal 2013. I resultat- og kontrollrapport 2 2013 ble det imidlertid meldt om forsinkelser. Tiltaket var ifølge rapporten blitt nedprioritert på grunn av underbemanning og at arbeid som har innvirkning på operative leveranser, hadde blitt prioritert. Ifølge rapporten var tiltaket forventet avsluttet innen utgangen av 2013, men det ble samtidig meldt om en viss sannsynlighet for at denne tidsplanen kunne bli overskredet.

FSAN har i intervju i januar 2014 kommentert ansvarsforhold, definering av begrepet "oppfølging" og behovet for et direktiv eller en bestemmelse. FSAN bekrefter i intervjuet at det er mange aktører involvert i forbindelse med skader, og det er ifølge FSAN ikke klart definerte ansvarsforhold mellom disse. FSAN ser at det kan være gråsoner i ansvarsforholdene mellom de ulike aktørene, og at det er uheldig at det ikke er formelt avklart hvem som har det overordnede ansvaret for videre oppfølging av personellet ved sykdom, skade eller død.

FSAN viser videre til at det er FSAN som har ansvar for å sikre at det er etablert en redningskjede knyttet til de ulike situasjoner som kan oppstå, enten dette gjelder strategisk evakuering fra en øvelse, skade under en operasjon eller annet. FSAN har inngått en avtale med Oslo universitetssykehus (Ullevål) der det framgår at skadde skal sendes direkte dit for behandling dersom det oppstår et krigskirurgisk tilfelle. På tross av at denne avtalen er inngått, har det vært tilfeller der FOH, som har kommandoen under en operasjon, har sendt pasienter til sitt lokale sykehus for behandling. FSAN bruker dette som et eksempel på at det kan være utfordrende for FSAN å utøve sin fagmyndighet.

FSAN viser videre til at det er uklart hvilket ansvar Forsvaret og FSAN har for pasienter som har et lengre rehabiliteringsløp i det sivile helsevesenet. Mange veteraner forventer at Forsvaret skal følge tett opp også under lange rehabiliteringsløp. FSAN ser at det ville vært hensiktsmessig med en formell avklaring av hvilket tilbud Forsvaret og FSAN skal og kan gi veteranene, for å forhindre misforståelser og uklarheter. Dette vil også kunne bidra til at veteranene får realistiske forventninger til hva Forsvaret kan tilby. KPS opplyser imidlertid i intervju at gjeldende praksis er at de tar kontakt med soldater ved alvorlige hendelser og ulykker, og følger dem opp på sykehuset. KPS etablerer også en relasjon til de pårørende, og inngår som en del av støtteapparatet.

Når det gjelder tiden etter at en pasient er overført til det sivile helsevesenet, viser FSAN i intervjuet videre til at de i mange tilfeller har utfordringer med å få informasjon om egne pasienter etter at det sivile helsevesenet har overtatt behandlingen. Dette skyldes at Forsvaret har arbeidsgiveransvar for pasienten, og at det sivile helsevesenet

55) Forsvarsstaben / Forsvarets veteraner tjente, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. G-34.

da ikke vil utlevere personsensitiv informasjon. At FSAN ikke vet hvilken behandling pasienter har mottatt og skal motta videre, gjør det vanskelig for FSAN å følge opp pasienter i ettertid.

FSAN bekrefter i intervjuet at det er behov for et direktiv i tråd med AFA-utredningens anbefalinger, nettopp fordi det er mange aktører involvert ved oppfølgingen av skadde, og det ikke er klart definerte ansvarsforhold mellom disse. Utarbeidelsen av et direktiv har vært nedprioritert i FSAN. FSAN opplyser at de planlegger å utarbeide dette i 2014. Også Forsvarsstaben slutter seg i intervju til AFA-utredningens syn om at FSAN burde ha utarbeidet et direktiv eller en bestemmelse om medisinsk oppfølging av skadde. Forsvarets veteraninspektør vil ta opp dette temaet på et møte som planlegges avholdt med sjef FSAN før sommeren 2014.

Forsvarsstaben opplyser for øvrig at "Sentral P-gruppe" for syke og skadde veteraner ble etablert 8. november 2013. Dette er Forsvarets organ for å koordinere, sikre likeverdighet og bidra til å kvalitetssikre arbeidet med oppfølging av personell som har blitt syke eller skadde mens de tjenestegjør i en internasjonal operasjon. Som en del av en bedre løsning for oppfølging har Sentral P-gruppe utarbeidet et utkast til en sjekkliste for å ivareta syke og skadde personer fra internasjonale operasjoner. Hensikten med sjekklisten er å sikre at det blir gjennomført en minimumsstandard for oppfølging av skadd personell.

Forsvarsdepartementet uttaler i brev til Riksrevisjonen, datert 30. april 2014, at undersøkelsens funn vedrørende behov for klargjøring av roller, ansvar og begrepet oppfølging er i tråd med funn i blant annet evalueringen av handlingsplanen "I tjeneste for Norge". Departementet opplyser at funnene vil danne en del av grunnlaget for Oppfølgingsplan "I tjeneste for Norge".

5.4.2 Ett felles kontaktpunkt for skadde veteraner

AFA-utredningen påpeker at det er uheldig at saker med skadd personell behandles av forskjellige personer hver gang. Det anbefales derfor å definere ett sted i Forsvaret – der skadde soldater kan følges fra hendelsen som medfører personskade oppstår, og så lenge de har behov.⁵⁶ Utredningen viser i denne sammenheng til Nasjonal Militærmedisinsk Poliklinikk (NMP), som i St.meld. 34 (2008–2009) "*Fra vernepliktig til veteran*" ble angitt blant annet å være et kontaktpunkt for veteraner som har fått fysiske skader. Ifølge meldingen, ambulerer legene på hjemmevakt for å følge opp personer som blir sendt hjem til Norge med fysiske skader. Hovedoppgaven for NMP er ifølge meldingen å sørge for at overføringen av pasienten fra Forsvaret til det sivile helsevesenet blir sikret på en medisinskfaglig forsvarlig måte. Det samme er gjentatt i handlingsplanen.

NMP opplyser⁵⁷ at de i tillegg til å ha åpent på dagtid, har en legevaktfunksjon. Denne legevaktfunksjonen fungerer som en konfereringsvakt for blant annet leger i internasjonale operasjoner og for Forsvarets sykestuer i Norge. Ved skade eller død i internasjonale operasjoner fungerer imidlertid ikke NMP som et felles kontaktpunkt, men støtter AFA Lands helseseksjon ved behov. AFA Lands helseseksjon har døgnbemannet hjemmevakt. Representanter fra seksjonen møter på Gardermoen og tar imot skadd personell, og sørger også for innleggelse på sykehus. AFA Lands helseseksjon utøver sin rolle i henhold til en avtale som ble inngått mellom daværende sjef for Fellesoperativt hovedkvarter⁵⁸ og sjef FSAN i 2005, der det som den gang het Hærens

56) Forsvarsstaben / Forsvarets veteranjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet. Sluttrapport 2013*, s. G-36.

57) NMPs ansvar og oppgaver ble omtalt i intervjuet med FSAN, og ble utdypet i e-post fra NMP til Riksrevisjonen, 26. februar 2014.

58) Forsvarets fellesoperative hovedkvarter (FOHK) og Landsdelskommando Nord-Norge (LDKN) ble i 2009 samlet, og Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) ble etablert.

styrker, ble gitt midlertidig oppdrag om å ivareta helsemessig oppfølging for personell i internasjonale operasjoner. NMP opplyser at så snart FSAN har utarbeidet bestemmelser om helsemessig oppfølging av veteraner, vil dette oppdraget være hos NMP. Det midlertidige oppdraget som er gitt til AFA Lands helseseksjon, vil da opphøre.

I forbindelse med anbefalingen om å etablere NMP som ett felles kontaktpunkt, gir AFA-utredningen også uttrykk for at FSAN bør etablere en "MEDOPS-funksjon" for å støtte FOH og AFA ved krisehåndtering.⁵⁹ "MEDOPS" er omtalt i St.prp. nr. 36 (2001–2002) *Om visse organisasjonsendringer mv. i Forsvaret*, punkt 2.1.3. Det ble i proposisjonen vist til at det skulle planlegges en medisinsk beredskapstjeneste i Forsvaret gjennom et medisinsk operasjonssenter (MEDOPS). Et slikt senter har imidlertid ikke blitt etablert.

Forsvarsdepartementet viser i intervju til at det i St.prp. nr. 42 (2003–2004) *Den videre moderniseringen av Forsvaret i perioden 2005–2008* ble besluttet å sette av midler til et forprosjekt for MEDOPS. Prosjektet ble imidlertid ikke gjennomført som opprinnelig planlagt på grunn av et forventet høyt kostnadsnivå. Det framgår videre av intervjuet med Forsvarsdepartementet at deler av planene om et medisinsk senter likevel ble videreført gjennom et eget investeringsprosjekt, "Prosjekt 9334 – telemedisin". Forsvarsdepartementet ga gjennomføringsoppdrag for dette prosjektet, jf. brev til Forsvarsstaben og Forsvarets logistikkorganisasjon (FLO), 11. juni 2007.

FSAN utarbeidet etter dette et kravdokument, som ble oversendt FLO i brev 5. desember 2008. Det framgår av kravdokumentet at formålet med prosjektet var å lage en kommunikasjonsløsning slik at telemedisinsk kommunikasjon mellom leverandører av helsetjenester på forskjellig nivå kunne etableres. Systemet ville gjøre det mulig å kommunisere både internt i Forsvaret og mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet. For eksempel ville det ved deployering av styrker i en internasjonal operasjon være mulig å etablere en telemedisinsk videokonferanse. Her kunne bilder utveksles mellom Forsvarets lege i utlandet og det planlagte MEDOPS-rommet på Ullevål universitetssykehus, der også aktuelle spesialister fra det sivile helsevesenet kunne tilkalles.

FSAN har i intervju bekreftet at MEDOPS ville kunne være et "single point of contact", som ivaretar den medisinske informasjonen om den enkelte og for eksempel håndtere billedmateriale. I tillegg vil dette senteret bli å betrakte som innleggende lege, og dermed få tilsendt epikriser, journaler og relevant dokumentasjon fra sivil helsevesen. Senteret vil også være kontaktpunktet når veteraner eller pårørende i ettertid av hendelser og ulykker etterspør medisinsk dokumentasjon.

Det framgår av brev fra FLOs investeringsavdeling til FSAN datert 19. februar 2009 at FLO ikke hadde ressurser til å gjennomføre prosjektet i 2009 eller 2010. I 2011 anbefalte FLO at prosjektet ble avsluttet. FLO viste i termineringsrapporten til at årsaken var at FSAN ikke lenger vurderte gjeldende kravdokument som relevant.⁶⁰ FSAN opplyser imidlertid i intervju at det var faglige uenigheter om dette internt i FSAN, og at det var daværende sjef FSAN som besluttet å avslutte prosjektet. Sjefen for medisinsk avdeling ved FSAN ga i intervjuet uttrykk for at det er et klart behov for MEDOPS, og at han fortsatt har som mål å etablere dette. Per i dag er dette imidlertid en intern prioritering i medisinsk avdeling. Formelt sett er det derfor usikkert om etablering av et medisinsk operasjonssenter vil la seg gjennomføre. Også Forsvarsstaben uttaler i intervju at den ser det som viktig at MEDOPS blir etablert.

59) Forsvarsstaben / Forsvarets veteranerjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. G-36.

60) Brev fra FLO til FSAN, 12. desember 2011. *P9334 Telemedisin – Framsending av ny termineringsrapport*.

5.5 Forsvarets dokumentasjonsrutiner

5.5.1 Dokumentasjon av helseopplysninger og helsetjenester

SANDOK er Forsvarets system for registrering av medisinske opplysninger.⁶¹ Bruk av dette systemet var blant de forholdene som ble tatt opp da Helsetilsynet i 2012 gjennomførte et tilsyn med Forsvarets styring og kontroll med dokumentasjon av helsehjelp i forbindelse med deltakelse i internasjonale operasjoner. Helsetilsynet avdekket blant annet følgende:⁶²

- Forsvaret hadde ikke tilrettelagt for at nødvendige og relevante opplysninger om helsehjelp gitt under utenlandsoperasjoner fortløpende dokumenteres i journalen. Dette skyldtes blant annet mangelfull tilgjengelighet i Forsvarets journalsystem SANDOK på grunn av store forsinkelser i nettverket.
- Det lot seg ikke gjøre å overføre bildediagnostisk materiale til SANDOK.
- Manglende og mangelfull tilgjengelighet til SANDOK førte til at reserveløsninger ble benyttet, blant annet scanning i ettertid, mellomlagring av data i andre systemer eller bruk av "gule lapper". Bruk av de alternative løsningene kan innebære en risiko for at ikke alle opplysninger blir overført til SANDOK, eller først etter lang tid blir skannet inn. Dette kan ifølge Helsetilsynet føre til at journalen ikke er fullstendig når helsehjelp skal ytes.
- Det var en uklar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet knyttet til dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner. Det ble videre påpekt at Forsvaret ikke hadde gitt opplæring eller retningslinjer om hvordan dokumentasjon, oppbevaring og lagring av helseopplysninger skal foregå når journalsystemet ikke kan benyttes. Dette til tross for at det er hyppig rulling av helsepersonell i utenlandsoperasjoner, og at det benyttes både sivilt helsepersonell fra Norge og utlandet.

Helsetilsynet fant at de påpekte manglene fører til at Forsvaret kan ha et usikkert informasjonsgrunnlag for å kvalitetssikre helsehjelp som er gitt.

Forsvarsstaben oversendte i februar 2013⁶³ en handlingsplan til Statens helsetilsyn med beskrivelse av tiltak for å kunne lukke avvikene som hadde blitt avdekket gjennom tilsynet. Blant tiltakene var forbedring av journalløsningen og en planlagt forbedring i bruken av SANDOK gjennom økt bruk av "offline-applikasjoner" på frittstående arbeidsstasjoner. Det ble også varslet at Forsvaret ville revidere internkontrollsystemet for SANDOK, revidere "Bestemmelse for militær helsetjeneste og legebedømmelse" og avklare ansvarsforhold knyttet til drift og vedlikehold av SANDOK.

Forsvaret og Helsetilsynet har etter dette hatt en pågående dialog om de avvikene som ble identifisert, blant annet gjennom Forsvarets brev 14. november 2013 og Helsetilsynets brev 18. desember 2013. Det framgår av Helsetilsynets brev at Forsvaret har gjort en rekke forbedringer av journalsystemet slik at opplysninger kan føres fortløpende. Blant annet innebærer ny funksjonalitet i SANDOK at alle typer vedlegg kan lagres i journalen. Helsetilsynet fant imidlertid ikke å kunne lukke alle avvikene, og ba blant annet om resultat fra pilotering av offline-applikasjonen av SANDOK, samt resultat fra testing av ny versjon av journalsystemet. Helsetilsynet ba også om å få tilsendt et revidert dokument om internkontroll for SANDOK, samt plan for arbeidet med å lagre røntgen- og ultralydbilder.

61) Forsvarets sanitet, 2011, *Skadde i Afghanistan 2001–2010*, s. 7.

62) Helsetilsynet, *Rapport etter tilsyn med Forsvarets styring med dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner*, oversendt Forsvarssjefen 19. desember 2012, punkt 5 og 6.

63) Brev fra Forsvarsstaben til Statens helsetilsyn, *Dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner – oversendelse av handlingsplan med tiltak*, 19. februar 2013.

FSAN opplyser i intervju i januar 2014 at pilotering og testing av systemene går i henhold til planen, slik at systemene innen kort tid kan være i drift. Det som gjenstår, er imidlertid et system for lagring av røntgen- og ultralydbilder. Dette har ikke blitt prioritert av ressursmessige grunner, og det er uklart når FSAN vil ha kapasitet til å utvikle et slikt system. Dokumentet om internkontroll og et nytt vedlegg til "Bestemmelse for militær helsetjeneste og legebedømmelse", som beskriver hvilke rutiner som gjelder for dokumentasjon, ble overlevert revisjonen i intervjuet. Forsvarsstaben opplyste i brev til Helsetilsynet 25. februar 2014 at Forsvaret arbeider med å lukke de avvikene som er identifisert gjennom tilsynet, og at det pågående arbeidet, planer og tiltak oppfattes å være dekkende og ha den framdriften som er nødvendig.

Som nevnt i punkt 5.4.2 har sjefen for medisinsk avdeling ved FSAN som mål å etablere et MEDOPS. Han viser til at etableringen av et slikt senter vil løse mange av de utfordringene FSAN har knyttet til dokumentasjon.

FSAN ble gitt ansvar for å gjennomføre tiltak 52 i handlingsplanen innen utgangen av 2013.⁶⁴ Tiltaket innebærer å etablere systemer som kan generere data av god kvalitet til bruk for blant annet helsemessig oppfølging. FSAN uttaler i intervjuet at arbeid knyttet til å framskaffe god kvalitet på data har blitt feilaktig nedprioritert, både ved tildeling av ressurser og ved rekruttering. FSAN viser til at Forsvarets helseregister⁶⁵ er basert på informasjon fra SANDOK. De utfordringene som er knyttet til dokumentasjon av helseopplysninger og helsehjelp, får dermed også konsekvenser for mulighetene til å bruke helseregisteret til å framskaffe kunnskap blant annet om veteraners helse. FSAN har utgitt publikasjonen *Helse for stridsevne 2013*, basert på nøkkeltall fra Forsvarets helseregister, men påpeker at mer kunne ha vært gjort for å framskaffe kunnskap om veteraners helse.

5.5.2 Overføring av helseopplysninger mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet

I løpet av 2012 skulle Forsvaret sikret trygg, god og relevant overføring av helseopplysninger til bruk for det sivile helsevesenet, jf. tiltak 53 i handlingsplanen.⁶⁶ Overføring av opplysninger forutsetter samtykke etter den til enhver tid gjeldende lovgivning.

Forsvaret er på Norsk Helsenett, og henter ifølge intervju med FSAN daglig ut relevant informasjon elektronisk fra det sivile helsevesenet. Forsvaret kan imidlertid ikke sende informasjon elektronisk til det sivile helsevesenet, all den tid informasjonen som er i Forsvaret, foreligger på gradert nett. Praksis er at relevant informasjon skrives ut på papir og sendes per post. Løsningen for å sikre at Forsvaret skal kunne overføre dokumentasjon elektronisk til sivil helsevesen, er ifølge FSAN utarbeidet teknisk sett. Det gjenstår imidlertid en jobb når det gjelder klarering av sikkerhet, og Forsvarets sikkerhetsavdeling må involveres i dette arbeidet. FSAN håper å ha løsningen ferdig i løpet av kort tid. Tiltaket er dermed per januar 2014 under gjennomføring, men ikke ferdig gjennomført.

64) Forsvarsstaben, 2012, *Plan for Forsvarets implementering av Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste – "I tjeneste for Norge"*, vedlegg A.

65) Forsvarets helseregister skal gi en kontinuerlig oversikt over helsesituasjonen blant Forsvarets personell, og identifisere overhyppighet av sykdommer og risikofaktorer for sykdommer. Det skal også gi oversikt over skader og skadeårsaker. Forløperen til Forsvarets helseregister ble opprettet i 2001. I 2005 ble helseregisteret lovfestet, og det har fått konsesjon fra Datatilsynet til å behandle personopplysninger, jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009), s. 41.

66) Forsvarsstaben, 2012, *Plan for Forsvarets implementering av Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste – "I tjeneste for Norge"*, vedlegg A.

5.6 Veteranenes erfaringer med Forsvarets oppfølging

Forsvaret har gjennom *Afghanistan-undersøkelsen 2012*, publisert data om bruk av hjelpeapparatet blant norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan. I undersøkelsen oppgir 6 prosent av veteranene, dvs. 243 personer, at de har søkt helsehjelp for psykiske plager. Av disse er det 16,9 prosent som har oppsøkt helsehjelp for psykiske plager fra militærlege og 30,5 prosent som har oppsøkt hjelp hos Forsvarets stressmestringsteam.

I *Afghanistan-undersøkelsen 2012* ble veteranene også spurt om hvor tilfredse de var med det tilbudet som KPS har for mannskapene før, under og etter tjenestegjøring i Afghanistan. Svarene på dette er gjengitt i tabell 3. I tabellen er svarkategoriene "meget fornøyd" og "ganske fornøyd" slått sammen til "meget eller ganske fornøyd", mens svarkategoriene "meget misfornøyd" og "ganske misfornøyd" har blitt slått sammen til "meget eller ganske misfornøyd".

Tabell 3 Tilfredshet med tilbudet til KPS blant personell som har tjenestegjort i Afghanistan. Prosent

	Meget eller ganske fornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Meget eller ganske misfornøyd
Før utreise (n = 4015)	38,1	45,7	15,2
Under tjenesten (n = 4011)	37,2	45,8	15,9
Etter hjemkomst (n = 4012)	37,2	35,0	27,3
Alt i alt (n = 4006)	37,8	42,2	18,8

Kilde: Afghanistan-undersøkelsen 2012

Som tabellen viser, ligger andelen som er fornøyd med oppfølgingen til Forsvaret, på mellom 37 og 38 prosent både før, under og etter utreise. Etter hjemkomst viser tabellen at andelen som er misfornøyd, stiger fra rundt 15 prosent til 27 prosent. I tillegg faller andelen som verken er fornøyd eller misfornøyd, fra rundt 45 prosent til 35 prosent etter hjemkomst. KPS uttaler i intervju at statistikken viser at det er mange som er fornøyde med Forsvarets oppfølging. KPS påpeker videre at funnene trolig ville gitt et annet bilde om svarene var blitt inndelt etter når de ulike veteranene tjenestegjorde i Afghanistan. Tallene ville da trolig ha vært bedre for de som har vært ute etter 2005, i og med at det har blitt en bedre systematikk i oppfølgingen de senere årene. Blant annet har mellomlandingene bidratt til en bedre oppfølging.

I Statistisk sentralbyrå (SSB) sin levekårsundersøkelse oppgir 36 prosent av veteranene at de fikk tilbud fra Forsvaret om samtale med psykolog, psykiatrisk sykepleier eller Forsvarets stressmestringsteam ved siste hjemkomst. Av disse var det 52 prosent som valgte å benytte seg av tilbudet. Andelen som har fått et slikt tilbud, er høyere for veteraner som har tjenestegjort i Afghanistan (åtte av ti), sammenlignet med de som har tjenestegjort i Libanon (to av ti). I tillegg oppga 3 prosent av alle veteranene at de har fått tilbud om oppfølging fra NMP, og av disse var det 22 prosent som tok imot tilbudet, jf. *Veteraners levekår*.

Videre ble veteranene i levekårsundersøkelsen spurt om hvorvidt de var fornøyd med den oppfølgingen de fikk fra Forsvaret etter hjemkomst. Dette spørsmålet ble kun stilt til de veteranene som hadde benyttet seg av minst ett av Forsvarets tilbud, og utgjør til sammen 55 prosent av veteranene i undersøkelsen, jf. *Veteraners levekår*. Siden det ble spurt om veteranene hadde benyttet seg av ulike typer tilbud fra Forsvaret, gjelder svaret på dette spørsmålet ikke bare tilfredshet knyttet til Forsvarets psykologiske/psykiatriske oppfølging, men alle tilbud gitt av Forsvaret.

Av de 55 prosent av veteranene som hadde takket ja til tilbud om oppfølging i Forsvaret, opplyste 54 prosent at de var fornøyd med oppfølgingen de fikk, mens 15 prosent var misfornøyd. Her er svarkategoriene "nokså misfornøyd" og "svært misfornøyd" slått sammen til "misfornøyd", og "svært fornøyd" og "nokså fornøyd" slått sammen til "fornøyd". 31 prosent svarte at de verken var fornøyd eller misfornøyd, jf. *Veteraners levekår* og e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014. SSBs undersøkelse viser at veteraner som i de senere årene har vært ute på tjenesteoppdrag, oftere er fornøyd med den oppfølgingen de har fått av Forsvaret. Mens for eksempel 72,9 prosent av veteranene fra Afghanistan oppgir at de er svært eller nokså fornøyd med oppfølgingen fra Forsvaret, er denne andelen på 41,5 prosent for Libanon-veteraner. I tillegg oppgir Afghanistan-veteranene sjeldnere at de er misfornøyd med Forsvarets oppfølging (8,8 prosent) sammenlignet med Libanon-veteranene (20,8 prosent), jf. tabell 4.⁶⁷

Tabell 4 Veteraners tilfredshet med oppfølgingen fra Forsvaret etter tjenestested. Prosent

	Svært eller nokså fornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Svært eller nokså misfornøyd
Libanon* (n = 517)	41,5	37,5	20,8
Balkan (n = 330)	63,0	27,7	9,3
Afghanistan (n = 379)	72,9	18,3	8,8

* Av Libanon-veteranene svarte i tillegg 0,2 prosent "Vet ikke" på spørsmålet om tilfredshet med Forsvarets oppfølging.

Kilde: SSB

I SSBs levekårsundersøkelse ble det også spurt om hvorvidt veteraner som opplevde farlige eller livstruende situasjoner, fikk noen form for oppfølging i etterkant. I alt var det rundt 74 prosent av veteranene som opplevde slike situasjoner. Av disse var det 64 prosent som ikke fikk noe tilbud om oppfølging i etterkant av episoden, mens 36 prosent fikk et tilbud minst en av gangene det skjedde, jf. *Veteraners levekår*. Andelen som ikke fikk et tilbud om oppfølging etter en slik episode, er høyest hos veteraner som tjenestegjorde i Libanon. Her var det 78 prosent av de som opplevde slike situasjoner, som ikke fikk oppfølging i etterkant. Til sammenligning var denne andelen på henholdsvis 42 og 22 prosent for veteraner som tjenestegjorde på Balkan og i Afghanistan.⁶⁸

I brukerundersøkelsen gjennomført av Forsvarets veteraner tjeneste var ett av temaene stressmestring og psykologisk oppfølging. Av de stadig tjenestegjørende som ble intervjuet,⁶⁹ hadde to tredeler fått tilbud om og vært med på psykologisk oppfølging ved hjemkomst. De fleste av disse hadde vært på gruppeoppfølging og blitt tilbudt enkeltsamtaler ved behov. En tredel hadde ikke mottatt noe tilbud om psykologisk oppfølging ved hjemkomst. I spørreundersøkelsen⁷⁰ svarte 60,1 prosent at de hadde hatt samtale med personell fra stressmestringsteam i forbindelse med hjemkomst. Rapporten anbefaler at det må kvalitetssikres at alle som kommer hjem, får et tilbud om psykologisk oppfølging.⁷¹

KPS har i intervju kommentert brukerundersøkelsens funn om at en tredel ikke hadde mottatt noe tilbud om psykologisk oppfølging ved hjemkomst. KPS uttaler at årsaken

67) SSB har brutt totaltallene som ble gjengitt i rapporten *Veteraners levekår*, ned på tjenestested, jf. e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014.

68) Tallene som viser andeler per tjenestested, er oversendt i e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014.

69) 66 stadig tjenestegjørende ble intervjuet. Av disse hadde 46 sin siste kontingent i 2010–2012. De øvrige 20 fordeler seg jevnt med sin siste kontingent i perioden 2003–2009.

70) Brukerundersøkelsen ble gjennomført med både en intervjuundersøkelse og en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen omfatter 1125 ansatte som selv oppga å være veteraner fra internasjonale operasjoner.

71) Forsvarsstaben / Forsvarets veteraner tjeneste, *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*, s. 17, F-23 og F-56.

til dette kan være at populasjonen i undersøkelsen omfatter veteraner som var ute fra år 2000, og at det da var mindre systematisk oppfølging av den enkelte. KPS påpeker også at det kan være enkelte som er tilbudt psykologisk oppfølging uten at de har vektlagt dette og "fått det med seg", siden oppmerksomheten på det aktuelle tidspunktet har vært rettet mot andre forhold enn psykisk helse. KPS opplyser at gjeldende praksis er at lege gjennomfører en rutinemessig helsesjekk av alle som kommer tilbake fra en internasjonal operasjon. Psykologisk sjekk av den enkelte skal inngå i denne helsesjekken, for å kunne fange opp eventuelle behov for tettere oppfølging. Også på mellomlanding blir det orientert om muligheten for psykologisk bistand. Forsvaret er imidlertid avhengig av at den enkelte gir uttrykk for at han eller hun har problemer, og ber om hjelp.

5.7 Henvisning og ventetid innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten

Data fra Forsvaret og Norsk pasientregister viser at det i løpet av årene 2010–2013 ble gitt 605 henvisninger blant veteraner til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Av disse var 27 kvinner og 578 menn. Antallet av veteraner som ble henvist i 2010, var 144. I de to etterfølgende årene, 2011 og 2012, økte antallet henviste veteraner til henholdsvis 216 og 218. Fordi innsamlingen av datamaterialet for denne undersøkelsen fant sted i starten av 2013, er tallet på veteraner som sto på venteliste i 2013, og som inngår i denne undersøkelsen, kun på 27.

Totalt var det 1,9 prosent av alle veteranene fra de fire nevnte operasjonene som ble henvist til psykisk helsevern i perioden 2010–2013. De fleste av de 605 henvisningene gjelder veteraner som er i aldersgruppen 30–60 år. For å finne ut innenfor hvilken aldersgruppe blant veteraner der andelen som blir henvist, er størst, har antallet henvisninger i hver aldersgruppe blitt dividert med alle veteraner fra de fire nevnte operasjonene i samme aldersgruppe. Den største andelen finnes i aldersgruppen 50–60 år. Her er det 2,3 prosent av alle veteraner i samme aldersgruppe som har blitt henvist til psykisk helsevern i den aktuelle perioden. For de yngre og de eldre er andelen lavere. For eksempel utgjør henvisninger som gjelder veteraner under 30 år, 0,9 prosent av alle veteraner fra de fire nevnte operasjonene i samme aldersgruppe.

Av de 605 henvisningene som er omfattet av denne undersøkelsen, ble 67,9 prosent tildelt status som rettighetspasient og 32,1 prosent fikk status som behovspasient. Til sammenligning var andelen rettighetspasienter i befolkningen generelt i samme periode på 71,2 prosent, og andelen behovspasienter på 28,8 prosent.⁷² Andelen av henvisninger blant veteraner som fikk rettighetsstatus, er dermed rundt 3 prosent lavere enn for befolkningen generelt.

I de tilfellene der det blir vurdert at pasienten har krav på rett til nødvendig helsehjelp, fastsettes det en frist for når helsehjelpen senest skal påbegynnes. Hvis denne fristen ikke blir overholdt, registreres dette som et fristbrudd.⁷³ For 10 prosent av henvisningene som gjaldt veteraner med rett til nødvendig helsehjelp, ble det registrert et fristbrudd før oppstart av behandling fant sted. Til sammenligning var andelen fristbrudd blant befolkningen med rett til nødvendig helsehjelp på 8,5 prosent i 2011 og 6 prosent i 2012.⁷⁴

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014 at andelen fristbrudd for veteraner ligger på det samme nivået som for andre pasienter.

72) Disse tallene er hentet fra Helsedirektoratets nettside <http://nesstar2.shdir.no/npr/> [Hentedato 5. februar 2014] og er regnet ut som gjennomsnittet for årene 2010–2012.

73) Helsedirektoratet, *Definisjoner i ventelistedatastatistikken fra Norsk pasientregister*.

74) Helsedirektoratet, *Ventetider og pasientrettigheter 2012*, s. 20.

Departementet påpeker at det er et mål å få ned antall fristbrudd, og viser til at fra 2009 til 2013 har andelen fristbrudd ved psykiske lidelser for voksne gått ned fra ca. 15 prosent til ca. 2,5 prosent (sammenlignet for 3. tertial begge år).

I den videre gjennomgangen er det kun de henvisningene som er ordinært avviklet, som vil bli brukt i presentasjonen av ventetid. At en henvisning er ordinært avviklet, vil si at behandlingen til pasienten er igangsatt på ordinær måte i løpet av rapporteringsperioden. At henvisninger ikke blir ordinært avviklet, kan for eksempel komme av at pasienten selv velger å avbryte henvisningen, eller at pasienten blir henvist et annet sted.⁷⁵ Av de 605 henvisningene i denne undersøkelsen ble 460 ordinært avviklet i løpet av rapporteringsperiodene datamaterialet er hentet fra.

For henviste veteraner med status som rettighetspasienter var den gjennomsnittlige ventetiden på 49 dager, jf. tabell 5. Dette er tilsvarende det nasjonale gjennomsnittet som lå på mellom 46–51 dager i perioden 2010–2012.⁷⁶ Gjennomsnittlig ventetid for henviste veteraner som er behovspasienter, lå til gjengjeld på 94 dager. Dette er nesten dobbelt så høyt som for gruppen henviste veteraner med rett til helsehjelp. Dessuten er ventetiden rundt 20 dager lengre enn landsgjennomsnittet for behovspasienter som i perioden 2010–2012 lå på mellom 71 og 77 dager. For alle henvisningene blant veteraner lå den gjennomsnittlige ventetiden på 65 dager. Dette er omtrent ti dager mer enn gjennomsnittet i befolkningen som i 2010–2012 lå på rundt 55 dager.

Tabell 5 viser at medianen⁷⁷ for henviste veteraner med status som behovspasient er på 52 dager. Dette er omtrent ti dager mer enn for befolkningen med samme status, der median ventetid var på mellom 38 og 46 dager i perioden 2010–2012. For henvisninger blant alle veteraner og de med rettighetsstatus var median ventetid stort sett lik den for befolkningen av samme kategori.

Tabell 5 viser at ventetiden for de 10 prosent som venter lengst, er høyest for behovspasienter. Her er den 90. persentil på 249 dager, noe som betyr at 10 prosent av henvisningene blant veteraner som er vurdert som behovspasienter, ventet 249 dager eller mer før de fikk behandling. For alle henvisninger blant veteraner er ventetiden for de 10 prosent som venter lengst, på 138 dager eller mer. Datagrunnlaget viser imidlertid at ventetiden for de 10 prosent som venter lengst, gikk ned fra 169 dager i 2010, til henholdsvis 128 og 127 dager i 2011 og 2012.

Tabell 5 Rettighetstildeling og ventetider (dager) for henvisninger blant veteraner, 2010–2013.
N = 460

	Antall	Prosent	Ventetid		
			Gj.snitt	Median	90. persentil
Rettighetspasienter	301	65,4 %	49	36	96
Behovspasienter	159	34,6 %	94	52	249
Alle	460	100,0 %	65	38	138

Kilde: Forsvaret og Norsk pasientregister

Det maksimale antallet av dager en av de henviste veteranene ventet før behandling ble igangsatt, var 681 dager. I dette tilfellet var henvisningen gitt rett til helsehjelp. Blant behovspasienter var den maksimale ventetiden på 601 dager.

75) Helsedirektoratet, august 2013, *Definisjoner i ventelistedata fra Norsk pasientregister*.

76) Ventelistedata som er brukt i dette kapitlet, er hentet fra Helsedirektoratets rapport, *Ventetider og pasientrettigheter 2012*, IS-2053, s. 30–37.

77) Medianen er verdien på den midterste observasjonen når alle observasjonene er sortert i stigende rekkefølge.

FSAN uttaler i intervju at det er noe usikkert hva som kan være forklaringen på forskjellene i rettighetstildeling og ventetider for veteraner sammenlignet med befolkningen generelt. Det kan imidlertid skyldes den typen psykiske lidelser veteranene blir henvist med, som er typisk angst, depresjon og rus. Disse lidelsene kan medføre lengre ventetid i helsevesenet enn andre og alvorligere diagnoser. Flere av de henviste veteranene hører ikke inn under det en kaller alvorlig psykisk syke, som psykotiske lidelser. I gjennomsnitt fortøner nok kanskje en syk veteran seg som "mindre" psykisk syk enn psykisk syke i befolkningen som henvender seg for å få hjelp.

5.8 Nærmere om tilbudet ved DPS-ene

DPS har hovedansvaret for tilbudet spesialisthelsetjenesten gir innen psykisk helsevern for voksne. DPS-ene er lokalisert på forskjellige steder i landet som et ledd i utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste.⁷⁸

5.8.1 DPS-enes kompetanse på veteranrelaterte problemer

Kompetanse om veteraner og problematikk som angår veteraner, var noe av det som ble tatt opp i spørrebrevet som ble sendt til tolv DPS-er i forbindelse med undersøkelsen. Tre av tolv DPS-er som svarte på spørrebrevet, kunne vise til at de har eller har hatt en ansatt på senteret med særskilt kompetanse om veteraner. I ett av disse tilfellene var det snakk om en psykolog som er ansatt ved DPS-et, men samtidig jobber 18 timer i uken i Forsvaret. Ved ett av de andre sentrene jobber det en psykologspesialist som har erfaring med klinisk behandling av veteraner fra Forsvaret.

I spørrebrevet ble DPS-ene spurt om de mente at de kunne tilby så omfattende behandling som veteranene har bruk for. Til dette svarte ni av tolv DPS-er at de fullt ut eller stort sett hadde mulighet for å tilby den typen behandling som veteraner har bruk for. De tre siste DPS-ene svarte mindre tydelig på dette spørsmålet, og to av disse viste til at behandlingen de kunne tilby, var avhengig av pasientens problemstilling eller individuelle behov. Det tredje DPS-et kunne noen ganger tilby den behandlingen pasienten har behov for, og andre ganger ikke.

På spørsmålet om hvorvidt DPS-ene oppfatter at de har tilstrekkelig kompetanse innen problematikk som flere veteraner sliter med, for eksempel traumer og rus, oppga seks av DPS-ene som besvarte spørrebrevet, at de anså kompetansen sin på disse områdene som tilstrekkelig. I tillegg var det ett DPS som uttalte at de hadde tilstrekkelig kompetanse i de fleste tilfeller. Ett av DPS-ene med god kompetanse orienterte dessuten om at de hadde mulighet for å henvise pasienter videre til Forsvarets stressmestringsteam i regionen hvis det var behov for det.

Fem av tolv DPS-er som besvarte spørrebrevet, erkjente at de hadde et behov for å styrke ett eller flere av de nevnte kompetanseområdene som er aktuelle i behandlingen av veteraner. For to av disse DPS-ene gjaldt dette kompetanse på traumer, og her hadde ett av sentrene allerede konkrete planer om å utdanne flere terapeuter innenfor denne problematikken. Ett av de to sentrene viste dessuten til at de heller ikke hadde et tilbud for pasienter med kompliserte tilstander, som for eksempel alvorlige rusproblemer. Kompetanse innen rusproblematikk var også en mangel ved to av de andre DPS-ene. Begge disse viste til at pasienter med slike lidelser heller blir ivaretatt i andre deler av helseforetaket som senteret er en del av.

78) Sosial- og helsedirektoratet, *Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*, 9/2006, s. 3–6.

Også ett av de tre intervjuede DPS-ene ga uttrykk for at det var et behov for å styrke kompetansen på behandling av traumer ved DPS-et. DPS-et viste til at det til tross for kompetanseoppbygging og større fokus på traumer de siste årene, stadig er for mange terapeuter som vegrer seg for å gå grundig inn i denne problematikken. Ifølge dette DPS-et er dette et problem i det sivile helsevesenet mer generelt. Dette framkommer også i intervju med RVTS Øst. RVTS er regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. I intervjuet ble det uttalt at det ikke er god nok kompetanse på spesialisert traumebehandling i Norge.

To av de intervjuede DPS-ene opplyste om at ansatte ved senteret hadde deltatt i undervisningsprogrammet "Tryggere traumeterapeuter" som er arrangert av RVTS Øst. Ifølge intervju med RVTS Øst er dette et spisset tiltak der RVTS Øst tilbyr en fordypningsmodul for spesialisthelsetjenesten, med til sammen 14 dagers undervisning i form av plenumsforelesninger og workshops. Ett av DPS-ene viste til at de deltok med et høyt antall deltakere, hvorav om lag 20 prosent av disse i etterkant var med i et ressursnettverk som ble satt sammen som et ledd i arbeidet med å heve kompetansen og forståelsen for traumeproblematikken. Det andre DPS-et framholder at deltakelse på disse kursene trolig har ført til at de er i stand til å gi et bedre tilbud til pasienter med traumelidelser, blant annet veteraner. DPS-et gir videre uttrykk for at kursene i tillegg til reell kunnskap har bidratt til økt bevissthet om veteranenes situasjon.

Også det siste intervjuede DPS-et hadde deltatt i et undervisningsprogram om traumer, arrangert av RVTS Midt. Dette DPS-et opplyste samtidig at Helse Midt-Norge, som DPS-et hører til under, finansierer et regionalt traumeprojekt. Som et ledd i dette er det etablert en traumepoliklinikk. Klinikken er en andrelinjetjeneste som er spesialisert på behandling av traumer. DPS-et viser til at de har et godt samarbeid med klinikken, og at de henviser flere pasienter dit.

Noen av DPS-ene har også erfaring med en opplæringspakke i militærpsykiatri som er utviklet av Forsvaret og RVTS Øst, se nærmere omtale i punkt 5.11.2.

5.8.2 Utfordringer knyttet til oppfølging av veteraner innen psykisk helsevern

I intervjuene ble de tre DPS-ene bedt om å fortelle hva de anså som de største utfordringene knyttet til oppfølgingen av veteraner. To av DPS-ene pekte på at for få veteraner oppsøker eller henvises til det sivile helsevesenet. De kommer ikke inn i behandlingssystemet, noe som kan skyldes at systemet ikke klarer å fange dem opp, eller at veteranene selv vegrer seg for å oppsøke hjelp. Ett DPS la vekt på at det var viktig at tilbudet innen psykisk helsevern i det sivile helsevesenet blir anerkjent og anbefalt av både fastleger og Forsvaret. Videre ga dette DPS-et uttrykk for at det er grunn til å tro at veteraner har en enda større terskel enn vanlig for å oppsøke hjelp og definere seg som psykisk syk, noe som kan føre til at sykdomsbildet forverres på sikt. Tilsvarende påpekte det andre DPS-et at det er en utfordring for mange veteraner å innse at de har psykiske problemer, og mange veteraner tyr i stedet for til rus som en form for selvmedisinering.

Også to av Forsvarets stressmestringsteam viser til at det kan være en utfordring å nå ut til pasientene. Ett av disse peker på utfordringen med å få flere veteraner til å tilkjennegi sitt behov for hjelp på et tidligere tidspunkt, samt å endre oppfatningen blant veteraner om at oppsøking av hjelp kan ha konsekvenser for videre tjeneste i Forsvaret. Et tredje stressmestringsteam ser imidlertid en positiv utvikling på dette området, og framholder at stressmestringsteamet over tid har klart å bygge opp tillit, og at soldatene selv ser at det er riktig dersom de ikke får lov til å reise ut igjen. Soldatene har

ifølge dette teamet videre erfart at de kan få reise ut igjen dersom de går gjennom et behandlingsopplegg, og denne erfaringen har etter hvert blitt kjent.

To av DPS-ene som ble intervjuet, gir uttrykk for at en av de største utfordringene i oppfølgingen av veteraner er å fange opp de som lider av både rusproblemer og dårlig psykisk helse. Ifølge ett av disse DPS-ene er det sannsynlig at flere veteraner har vanskeligere for å oppsøke hjelp for traumebehandling enn for rusavhengighet, og at en av de store utfordringene kan være å få veteranene til å anerkjenne at de faktisk har psykiske lidelser. DPS-et påpeker videre at det er viktig å sørge for at det eksisterer et helhetlig og godt tilbud for denne typen pasienter, slik at de ikke ender opp med å være en "kasteball" mellom ulike systemer. Et tilsvarende synspunkt kom fram i svar fra ett av stressmestringsteamene. Dette teamet så oppfølgingen på kommunalt nivå som en hovedutfordring for å sikre en god ivaretagelse av veteraner. Teamet framholdt at de veteranene som er mest sårbare, trenger betydelig bedre oppfølging på kommunalt nivå, særlig når det gjelder boforhold og håndtering av veteraner som strever med rus og psykotiske lidelser.

I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) om bostedsløse, viser det seg dessuten at veteraner utgjør en gruppe på 98 personer av de bostedsløse i Norge. For nærmere omtale av rapporten, se punkt 5.12.

5.8.3 Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp

Svarene på spørrebrevene og intervjuene som er gjennomført med flere DPS-er, viser at veteraner utgjør en liten gruppe blant den totale pasientgruppen DPS-ene betjener. DPS-enes uttalelser om vurdering av henvisninger er derfor gitt på generelt grunnlag, og ikke spesifikt for veteraner. I og med at veteraner er forutsatt å benytte det ordinære tilbudet ved DPS-ene, vil imidlertid data om det ordinære tilbudet også belyse tilbudet til veteraner.

DPS-ene gir i varierende grad de henviste pasientene rett til nødvendig helsehjelp. Av de 14 DPS-ene som ga opplysninger om hvordan de vurderte henvisningene, var det sju av dem som vurderte henvisningene på følgende måte: 68–79 prosent rettighetspasienter, 2–20 prosent behovspasienter, og 10–24 prosent avslag. Blant de øvrige sju DPS-ene blir en lavere andel av henvisningene vurdert til å være rettighetspasienter. Her var det 31–56 prosent som ble vurdert som rettighetspasienter. Fire av disse DPS-ene tildelte flere status som behovspasienter enn rettighetspasienter. Et eksempel på dette er et DPS som vurderte henvisningene på følgende måte: 35 prosent rettighetspasienter, 49 prosent behovspasienter og 16 prosent avslag. Andelen henvisninger som blir avslått, varierer også mellom DPS-ene. Mens to av DPS-ene avslø rundt 40 prosent av henvisningene de mottok i 2013, var denne andelen nede på ca. 10 prosent ved to andre DPS-er. Ved ti av DPS-ene var avslagsprosenten på mellom 15 og 30.

Det er i datamaterialet ikke funnet noen systematiske forskjeller, basert på DPS-enes størrelse, eller om DPS-ene er lokalisert i storbyer. Blant DPS-er i storbyer inngår for eksempel både DPS-er som har en høy andel rettighetspasienter, og DPS-er som har en lav andel.

Svarene på spørrebrevene viser at noen DPS-er vurderer situasjonen som ekstra vanskelig for de som ikke har rett til nødvendig helsehjelp. Videre gir alle de tre intervjuede DPS-ene uttrykk for at de forsøker så langt det lar seg gjøre, å kategorisere pasienter som enten rettighetspasient eller å gi avslag. Disse DPS-ene gir uttrykk for at de pasientene som ikke blir kategorisert som rettighetspasienter, ofte havner i lange ventekøer. Denne gruppen pasienter har en tendens til å bli skjøvet bakover i

køen og må vente lenge på oppfølging. Et av DPS-ene viser til at det er et mål i helseforetaket om at behovspasientene ikke skal vente lenger enn ett år. DPS-et anser imidlertid dette som lite tilfredsstillende for pasienten – både ikke å ha en frist å forholde seg til og å måtte vente så lenge på behandling. DPS-et har derfor som praksis at svært få kategoriseres som behovspasienter. Enten gis det et tilbud, og da blir man rettighetspasient, eller så gis det avslag.

5.8.4 Erfaringer med ventetider ved DPS-ene

I spørrebrevet ble det også spurt om det har blitt satt mål for ventetider ved DPS-et i 2013. Også her er DPS-enes uttalelser gitt på generelt grunnlag, og ikke spesifikt for veteraner. Ni DPS-er svarte at det var satt et mål om 65 dager eller mindre. Innenfor dette var det variasjoner. Blant annet hadde ett DPS mål om gjennomsnittlig ventetid på 27 dager for alle pasienter, mens fire av DPS-ene hadde mål på 60–65 dager. Av de seks DPS-ene som ikke anga et konkret mål, var det tre som i stedet viste til at de forsøker å holde seg til anbefalingene i prioriteringsforskriften. De siste to DPS-ene oppga at de har som mål å unngå fristbrudd i forbindelse med behandling av rettighetspasienter.

Tre av DPS-ene som besvarte spørrebrevet, klarte ikke å innfri målet om ventetid som de selv hadde satt. I ett av disse tilfellene var det satt et mål om ventetid på 30 dager for rettighetspasienter og 50 dager for behovspasienter. Den gjennomsnittlige ventetiden ved senteret var i 2013 på 35 dager for rettighetspasienter og 78 dager for behovspasienter.

Blant de øvrige DPS-ene ble målene DPS-ene hadde satt seg om ventetid og fristbrudd, i større grad overholdt, og gjennomsnittlig ventetid for disse lå på rundt 30–60 dager. Den laveste gjennomsnittlige ventetiden som ble rapportert, var 23 dager og gjaldt alle pasienter som var blitt behandlet ved dette DPS-et i løpet av hele 2013. Til sammenligning ble det ved et annet DPS registrert en ventetid på 83 dager for alle avviklede polikliniske pasienter i 2013. Det er i datamaterialet ikke funnet noen systematiske forskjeller i ventetid, basert på DPS-enes størrelse, eller om DPS-ene er lokalisert i storbyer.

Også i intervjuene har det framkommet forskjeller når det gjelder ventetid. Ved to av de intervjuede DPS-ene er ventetiden på ca. 60 dager. Ved det tredje DPS-et framkom det derimot at den fristen som settes, normalt innebærer en ventetid på 3–6 måneder, og at senteret sjelden klarer å starte behandlingen før den fastsatte fristen. I de tilfellene det ikke var mulig å overholde fristen, var årsaken manglende kapasitet fordi DPS-et i flere år har hatt stillingshjemler som ikke har blitt fylt opp. Dette DPS-et gir i intervjuet uttrykk for at både rettighetspasienter og behovspasienter venter for lenge, og at lange ventetider i seg selv kan føre til en forverring av situasjonen, og at pasienten pådrar seg kroniske lidelser. Ifølge ett av de andre intervjuede DPS-ene vil for eksempel pasientgruppen med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i mange tilfeller bli dårligere av å måtte vente på behandling, fordi disse fra før har høy terskel for å oppsøke et behandlingstilbud. Dette DPS-et viser også til at motivasjonen til enkelte for å motta behandling kan forsvinne ved lang ventetid.

Konsekvenser av ventetid er også tatt opp i intervju med KPS. KPS påpeker at det er en fordel å komme tidlig i gang med behandling, fordi det da er lettere å gjøre noe med en psykisk lidelse. Den totale ventetiden kan for mange bli lang. Mange prøver gjerne over lengre tid å løse sine problemer selv, og henvender seg deretter til fastlege. Etter kortere eller lengre tid kan fastlegen henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Når ventetiden til spesialisthelsetjenesten i tillegg er lang, er dette negativt med tanke på mulighetene for å gi målrettet behandling med god effekt. KPS peker videre på at

det er en utfordring at mye av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten blir brukt på pasienter som har dårlige prognoser for å bli friske, fordi det har gått for lang tid før behandlingen ble igangsatt. Det er mye vanskeligere å behandle lidelser som har blitt kroniske. Prioritering av pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjør det også vanskelig for veteraner med lettere psykiske lidelser å nå fram i spesialisthelsetjenesten. Over tid kan imidlertid lettere psykiske plager forverres, og bli kroniske.

Det ble i spørrebrevet og intervjuene stilt spørsmål om DPS-ene mener det er grunn til å tro at fastleger unnlater å henvise til dem på grunn av mistanke om kapasitetsproblemer. Det er to av de totalt 15 DPS-ene som gir uttrykk for at dette faktisk er et problem. Ifølge to av de andre DPS-ene er det heller grunn til å tro at fastlegen unnlater å henvise til dem fordi de er usikre på pasientens symptomer eller at de ikke anser pasientens tilstand som alvorlig nok.

5.8.5 DPS-enes samarbeid med kommunene

I spørrebrevet ble det stilt spørsmål om hvordan DPS-ene mente at tilbudet fungerte for pasienter som har avsluttet sin behandling ved DPS, og som fortsatt har behov for kommunalt psykisk helsevern eller annen oppfølging fra kommunen. Også her er DPS-enes uttalelser gitt på generelt grunnlag, og ikke spesifikt for veteraner. Sju av DPS-ene som svarte på spørrebrevet, gir uttrykk for at dette tilbudet fungerer godt eller tilfredsstillende i kommunene de samarbeider med. For eksempel skriver ett av disse DPS-ene at pasienter som har avsluttet behandlingen ved DPS-et, kan få oppfølging fra oppfølgingstjenesten, barne- og familietjenesten, NAV og fastlegen, og at de har et bra samarbeid rundt pasienten der det er hensiktsmessig. I tillegg trekker to av de sju DPS-ene fram at det blir holdt jevnlig møter mellom dem og kommunene for å sikre en god samhandling og oppfølging av pasienter.

Mens sju av DPS-ene som svarte på spørrebrevet, er fornøyd med tilbudet som blir gitt i kommunene etter behandling ved DPS, var det fem som ga uttrykk for at tilbudet fungerer i varierende grad. Av de fem DPS-ene var det to som blant annet nevnte at boligformidlingen i kommunen ikke var tilstrekkelig, mens to DPS-er oppga psykiatritjenesten eller behandling knyttet til rus og psykisk lidelse som de mest utsatte områdene.

Også de tre intervjuede DPS-ene har kommentert overgangen fra DPS og til tilbudet som gis på kommunalt nivå. Alle de tre opplyser at det finnes et lavterskeltilbud i kommunene. Det ene DPS-et uttaler at det psykiske helsevernet fungerer godt i alle kommunene DPS-et samarbeider med. Dette DPS-et viser til at de forsøker å få til en sømløs overgang fra DPS-et til det kommunale helsevesenet, og at det sjelden forekommer ventetid under denne overgangen. For pasienter som oppsøker det kommunale tilbudet selv eller etter henvisning fra fastlege, kan imidlertid ventetid være en utfordring. Det andre DPS-et gir uttrykk for at samarbeidet med kommunene fungerer bra, og viser til at de forsøker å skreddersy et spesialtilpasset opplegg for videre oppfølging i kommunen for den enkelte pasient. I denne sammenheng har de også mulighet til å innkalle kommunen til et møte for å sikre seg informasjon om kommunens videre tilbud. Det tredje DPS-et påpeker at arbeidet med psykisk helse på kommunalt nivå later til å fungere varierende. Erfaringsmessig er det ifølge dette DPS-et de psykotiske pasientene som ser ut til å bli best ivaretatt.

Av DPS-ene som svarte på spørrebrevet, var det elleve som svarte på spørsmålet om de mener det er noen deler av tjenestetilbudet i kommunene som peker seg ut som mest utfordrende. Fire av disse DPS-ene svarte nei på dette spørsmålet. De resterende sju DPS-ene som svarte på dette spørsmålet, ga uttrykk for at enkelte av kommunenes tjenestetilbud inneholdt mangler. Fire av disse oppga boligtilbudet som en av de

største utfordringene for kommunene. Dette ble bekreftet i intervju med ett av DPS-ene som viste til at situasjonen for pasienter med behov for tilrettelegging av bolig er vanskelig, og at disse pasientene må belage seg på en del ventetid. DPS-et opplyste videre at det hadde forekommet at pasienter som hadde blitt utskrevet fra DPS-et, ikke har hatt et sted å bo.

Tre av de sju nevnte DPS-ene pekte på rusbehandlingen som et problemområde. Ellers nevnte tre DPS-er at tilbudet ved kommunene knyttet til psykisk helse ikke er godt nok, og ett av disse DPS-ene oppga spesifikt psykiatritjenesten som til tider mangelfull. Andre tjenestetilbud som ble nevnt, var blant annet helsetjenesten, aktivitet, integrerende tiltak og tilbud om dagsenter.

Det ble også stilt spørsmål om DPS-ene opplevde forskjeller mellom kommunene de betjente, og hva disse forskjellene eventuelt besto i. To av DPS-ene opplyste at de ikke hadde noe erfaring med dette ettersom de kun betjener én kommune, mens tre av DPS-ene anså tilbudet ved de forskjellige kommunene som stort sett like godt.

I alt ni DPS-er påpekte at det er forskjeller mellom kommunenes tilbud eller tilbudet innad i kommunen. Fire av ni DPS-er har et mer positivt inntrykk av tilbudet som blir gitt i de små kommunene. Muligheten for samarbeid og de små kommunenes evne til å være fleksible og kreative ble gitt som forklaringer på dette. I tillegg viste et av DPS-ene til at tilbudet knyttet til psykisk helse ved den store kommunen de betjener, ikke er tilstrekkelig, og at dette blant annet fører til at utskrivningsklare pasienter opptar plasser ved DPS-et, og at nye pasienter ikke kan tas inn til behandling. Til gjengjeld opplyste to av de andre DPS-ene at de tvert imot har erfaring med at små kommuner ikke klarer å gi et tilstrekkelig tilbud på grunn av mangel på ressurser og kompetanse.

5.9 Veteranenes erfaringer med psykisk helsevern i det sivile helsevesenet

I *Afghanistan-undersøkelsen 2012* er det 6 prosent av veteranene som oppgir at de har søkt helsehjelp for psykiske plager. Blant disse er det flere som har søkt hjelp i det sivile hjelpeapparatet, enten fastlege (41,1 prosent), psykiatrisk poliklinikk (16,5 prosent) og/eller privatpraktiserende psykolog e.l. (29,2 prosent). På dette spørsmålet hadde respondentene mulighet for å oppgi at de hadde fått hjelp flere steder, også fra det militære helsevesenet som nevnt under punkt 5.6. De oppgitte andelene vil derfor sammenlagt summere seg til mer enn 100 prosent.

I undersøkelsen ble veteranene også stilt spørsmål om hvor de helst ville søkt hjelp dersom de skulle få behov for psykisk helsehjelp i framtiden. Rundt 38 prosent svarte at de ville ha søkt sivil helsehjelp, enten hos fastlege (18,4 prosent), psykiatrisk poliklinikk (3,1 prosent) eller privatpraktiserende psykolog e.l. (16,6 prosent). Dette tallet er noe lavere enn andelen som helst ville ha søkt militær helsehjelp (42 prosent), jf. *Afghanistan-undersøkelsen 2012*. KPS påpeker i intervju at andelen som søker bistand fra de ulike behandlingstilbudene, vil være avhengig av hvor det er mulig å få bistand. Terskelen for å få et tilbud fra et DPS er eksempelvis høy. KPS påpeker videre at mange ønsker å få hjelp av Forsvaret, fordi de har stor tillit til at en terapeut med militær tilknytning har forståelse for deres situasjon og dermed kan tilby bedre hjelp. Mange Afghanistan-veteraner er kjent med KPS og Forsvarets stressmestrings-team gjennom kontakt før, under og umiddelbart etter tjeneste, mens få har direkte erfaring med DPS.

I SSBs levekårsundersøkelse *Veteraners levekår* svarte i alt 11 prosent av veteranene at de hadde hatt behov for oppfølging fra helsevesenet på grunn av hendelser som hadde skjedd i tjenesten. Dette kan innebære hjelp både som følge av psykiske og fysiske skader. Tabell 6 gir en oversikt over hva disse veteranene svarte på spørsmålet om tilfredshet med helsevesenets oppfølging.⁷⁹ Som tabellen viser, svarte 36 prosent at de var svært eller nokså fornøyd med denne oppfølgingen, mens 32 prosent svarte at de var svært eller nokså misfornøyd. I tillegg viser tabellen at 14 prosent av de som hadde behov for oppfølging i det sivile helsevesenet, aldri fikk det. Sammenlagt betyr dette at nesten halvparten av veteranene som hadde behov for oppfølging i helsevesenet, mener at denne ikke har vært tilstrekkelig. Når tallene brytes ned per tjenestested,⁸⁰ framkommer det at 57,7 prosent av veteranene fra Libanon som hadde behov for hjelp fra helsevesenet, enten var misfornøyd eller aldri mottok noen hjelp. Til sammenligning var denne andelen på 21,8 prosent blant veteraner fra Afghanistan og 23,2 prosent blant veteraner fra Balkan.

Tabell 6 Tilfredshet med oppfølgingen i det sivile helsevesenet for veteraner som svarte at de etter hjemkomst har hatt behov for oppfølging fra helsevesenet på grunn av ting som skjedde i tjenesten (11 prosent). Prosent, n = 200

	Svært eller nokså fornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Svært eller nokså misfornøyd	Har ikke fått noen oppfølging
Alle*	36,0	17,9	32,2	13,8

* De siste 0,1 prosent svarte "Vet ikke" på spørsmålet om tilfredshet med oppfølgingen i det sivile helsevesenet.

Kilde: SSBs levekårsundersøkelse

I levekårsundersøkelsen opplyste 4 prosent av veteranene at de har vært hos psykolog i løpet av de siste tolv månedene, en andel som er 1 prosent høyere enn for referansegruppen⁸¹. Andelen av veteraner som oppga at de hadde vært hos psykiatrisk sykepleier, var på 1 prosent, mens 2 prosent av veteranene svarte at de hadde vært hos psykiater i løpet av de siste tolv månedene. For referansegruppen var det 1 prosent som hadde vært hos psykiater.⁸²

I levekårsundersøkelsen ble det også stilt spørsmål om i hvilken grad veteranene er fornøyde med behandlingen de har fått hos psykolog eller psykiater. SSBs tall⁸³ viser at blant veteraner som har vært hos psykolog i løpet av de siste tolv månedene, var 78 prosent tilfreds med behandlingen. Blant de som hadde vært hos psykiater, var 64 prosent tilfreds med behandlingen. Her er kategoriene "helt tilfreds" og "litt tilfreds" slått sammen. Andelen som er tilfreds, er noe lavere blant veteraner enn det den er i referansegruppen. I referansegruppen ga 85 prosent uttrykk for at de var tilfreds med behandlingen hos psykolog. Tilsvarende tall for psykiater er 80 prosent. Veteranene ble også spurt hvorvidt de var enige i at psykologen eller psykiateren tok dem og de problemene de har, på alvor. Her svarte 87 prosent av veteranene som hadde blitt behandlet hos psykolog, at de var enig, mens 85 prosent av veteranene som hadde blitt behandlet hos psykiater, svarte det samme. Sammenlignet med referansegruppen er andelen som mener psykiateren tar dem på alvor, høyere hos veteraner enn for referansegruppen. I referansegruppen svarte 73 prosent at de mente psykiateren tok dem og deres problemer på alvor. Tilsvarende tall for psykolog er her 87 prosent.

79) Opplysningene i tabellen er sendt i e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014.

80) SSB har brutt totaltallene som ble gjengitt i rapporten *Veteraners levekår*, ned på tjenestested, jf. e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014.

81) For å kunne sammenligne tallene for forsvarsveteraner med befolkningen har SSB laget en referansegruppe basert på befolkningen som er vektet slik at fordelingen etter kjønn og alder er lik den for utvalget av forsvarsveteraner.

82) SSB, *Veteraners levekår*, s. 57.

83) Tallene er oversendt i e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014.

I intervju med veteranorganisasjonene vises det til at det er det sivile helsevesenet som har ansvar for å behandle veteraner. Av veteranorganisasjonen Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO) blir det dessuten påpekt at det er vanskelig å komme inn i spesialisthelsetjenesten med lettere psykiske plager, samtidig som soldater eller veteraner med en diagnose relatert til krigstjeneste erfaringsmessig ofte vil bli prioritert hos DPS. Ifølge de tre veteranorganisasjonene har de fleste DPS-ene god kompetanse på traumebehandling, og de behersker ulike behandlingsformer.

5.10 Veteraner som ikke ber om eller får oppfølging

Data fra SSBs levekårsundersøkelse viser at 5,1 prosent av veteranene i undersøkelsen har hatt behov for psykolog, psykiater eller psykiatrisk sykepleier de siste tolv månedene, uten å ha tatt kontakt.⁸⁴ Av disse er det flest som oppgir som årsak at de heller ville se om det ble bedre av seg selv (46 prosent). Til sammenligning oppga 39 prosent av referansegruppen dette som årsak. Resten av årsakene som ble oppgitt av veteranene, fordelte seg på følgende måte: økonomiske (2 prosent), hadde ikke tid (6,7 prosent), lang venteliste (5,1 prosent), redd for undersøkelse/behandling (4,3 prosent), ingen kjennskap til god behandler (6 prosent) og andre årsaker (30 prosent).

Afghanistan-undersøkelsen 2012 viser at blant de 6 prosentene (n = 243) som oppgir å ha søkt helsehjelp for psykiske plager, sier 5,8 prosent at de ikke har fått hjelp på tross av at de har søkt om det. Undersøkelsen belyser også årsaker til at veteraner ikke oppsøker hjelp for psykiske plager. Hovedårsaken er ifølge undersøkelsen at veteranene ikke har hatt behov for dette. 87,9 prosent av veteranene som ikke har søkt om hjelp, svarer dette. 468 av de totalt 3781 veteranene som ikke har søkt hjelp, angir imidlertid andre årsaker. Eksempelvis sier 23,5 prosent av de 468 at de ønsker å håndtere problemene selv. 7,7 prosent svarer at de ikke vet hvor de skal søke hjelp, eller at hjelp er vanskelig tilgjengelig. 25 prosent har ikke oppsøkt hjelp av hensyn til karriere eller konsekvenser for senere deltakelse i internasjonale operasjoner. De 25 prosentene fordeler seg på 12 prosent som har svart "Det vil kunne ødelegge karrieren min", og 13 prosent som har svart "Redd for konsekvensene for senere intops".

Veteranorganisasjonene har i intervju kommentert spørsmålet om det å ta kontakt med stressmestringsteam kan få konsekvenser for videre tjeneste. Organisasjonene uttalte at de antok at det var greit for veteranene å ta opp "normale reaksjoner" med stressmestringsteamene uten at det får negative konsekvenser for mulige framtidige oppdrag. Men de ga uttrykk for at dersom veteraner får alvorlige problemer, da tar det ikke opp med Forsvaret. Organisasjonene viste til at veteranene ikke får reise ut igjen dersom de tar opp alvorlige psykiske problemer med stressmestringsteamene. I intervju med et av stressmestringsteamene ble det gitt uttrykk for at teamene ikke ser det som sin oppgave å stoppe personellet, men å sette dem i stand til å reise ut igjen, jf. FSANs motto "Helse for stridsevne". Teamet understreket likevel at soldater kan stoppes fra å reise ut på medisinsk grunnlag, selv om de selv vil reise ut.

5.11 Tiltak for samarbeid og kompetanseheving

I handlingsplanen "I tjeneste for Norge" er det en rekke tiltak som skal fremme samarbeid og kompetanseoverføring mellom ulike aktører som arbeider med veteraner.

84) Tallene er oversendt i e-post fra SSB til Riksrevisjonen, 24. januar 2014.

5.11.1 Samarbeid mellom ulike aktører som arbeider med veteraner

Etablering av regionale ressursnettverk

I 2011–2012 ble det gjennomført et todagers kurs ved alle RVTS-ene, se omtale i punkt 5.11.2. RVTS Øst opplyser i intervju at det som et resultat av disse kursene ble foreslått å etablere regionale ressursnettverk (samarbeidsarenaer), som skal omfatte stressmestringsteam, brukerrepresentanter, NAV o.a. RVTS-ene leder og koordinerer arbeidet innen sin region. Ressursnettverkene oppgaver er blant annet kompetansehevende tiltak, gjennomføring av regionale nettverkskonferanser og utveksling av kunnskap om oppfølgings- og behandlingstilbud i egen region. Nettverkene skal også kunne håndtere henvendelser knyttet til enkeltsaker. For eksempel skal fastlegene kunne henvende seg til de regionale ressursnettverkene for støtte. RTVS Øst ser de regionale ressursnettverkene som et tiltak for å få oppfølgingen av veteraner til å være sømløs, i og med at alle aktørene er til stede, og ikke bare representanter fra helsevesenet.

Flere av ressursnettverkene ble etablert i løpet av høsten 2012 og våren 2013, og Helse- og omsorgsdepartementet rapporterte i 2013 at det var etablert regionale nettverk som RVTS-ene koordinerer.⁸⁵

Revisjonen har i februar 2014 tatt kontakt med RVTS Øst⁸⁶ for å få opplysninger om status når det gjelder ressursnettverkene etter utløpet av handlingsplanperioden. RVTS Øst opplyser at senteret ble bedt av IDA-gruppen om å bistå Pilotprosjekt Østerdalen⁸⁷ i slutfasen av prosjektet. Pilotprosjektet kommer ifølge RVTS Øst til å anbefale overfor IDA-gruppen at strukturen med ressursnettverk i regi av RVTS videreutvikles. Pilotprosjektet ser at det er behov for koordinering av tiltak lokalt og regionalt. RVTS-ene arbeider på tvers av etater og sektorer, og ressursnettverkene vil kunne bidra til å koordinere arbeidet med veteraner. RVTS Øst viser videre til at det følger av oppdragsbrev fra Helsedirektoratet at RVTS-ene skal bidra til å samordne og utvikle fagkompetansen innen de fokusområdene de arbeider med. Veteraner er ett fokusområde, og ressursnettverkene for veteraner er dermed i tråd med RVTS-enes mandat.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014 at ressursnettverkene vil drives videre under basisbevilgningen til RVTS etter at perioden for handlingsplanen er over. Hvilke oppgaver som vil tillegges nettverkene, samt nettverkene omfang og aktivitetsnivå vil kunne endres i framtiden.

Forsvarsstaben uttaler i intervju at de har stor tro på at RVTS-ene har mulighet til å spre kunnskap gjennom sine modeller, dersom de blir tildelt midler til dette. Forsvarsstaben ønsker et sterkere faglig samarbeid med RVTS, siden de har faglig kompetanse for å få systemet til å fungere så godt som mulig i de ulike linjeorganisasjonene og på lokalt nivå. Veteranavdelingen ser behov for at RVTS-ene blir et kontaktpunkt på veterankompetanse innen sine respektive regioner.

Stressmestringsteamenes erfaringer med de regionale ressursnettverkene

Det er som en del av undersøkelsen innhentet stressmestringsteamenes erfaringer med de regionale ressursnettverkene. Fire av de fem stressmestringsteamene oppgir at de har deltatt i de regionale ressursnettverkene som er etablert av RVTS. Tre av disse teamene gir uttrykk for at nettverket bidrar til å nå målet om samordning, mens ett av teamene svarer at dette målet foreløpig ikke er oppnådd. Samtidig blir det påpekt at

85) Rapportering fra Helse- og omsorgsdepartementet til Forsvarsdepartementet: *Status for Helses implementering av tiltak fra RHP – "I tjeneste for Norge" per 15. januar 2013.*

86) E-post fra RVTS Øst til Riksrevisjonen, 10. februar 2014.

87) Pilotprosjekt Østerdalen skal utvikle lokale modeller som blant annet skal bidra til god koordinering mellom ulike etater og sektorer som følger opp veteraner. Som en del av dette skal pilotprosjektet anbefale strukturer som skal understøtte arbeidet med veteraner, spesielt med tanke på erfaringsoverføring til kommunene.

for at nettverkene skal fungere optimalt, er det nødvendig å sette opp en felles plattform for prosjektet.

Tre av fem stressmestringsteam ønsker at nettverket opprettholdes også etter at perioden for handlingsplanen er over. I begrunnelsen blir det lagt vekt på at nettverket gir mulighet for økt samarbeid, og at det er positivt at andre aktører involverer seg og får kompetanse om veteraner.

Svarene fra stressmestringsteamene viser imidlertid at det utover ressursnettverkene er lite samhandling mellom stressmestringsteamene og RVTS. I henhold til tiltak 123 i handlingsplanen skulle det etableres samarbeid mellom teamene og RVTS, for kompetanseoverføring og felles prosjekter. Noen av teamene oppgir at det har vært noe møtevirksomhet, men det er ikke etablert felles prosjekter. Dette framgår også av forsvarsjefens resultat- og kontrollrapport 3 2012 og i rapport 2 2013. I disse rapportene vises det til at personell fra RVTS har deltatt på mellomlanding. RVTS Øst bekrefter i intervju at de har deltatt som observatører på to mellomlandinger. Hensikten har vært å få innsikt i hvordan disse fungerer, og RVTS Øst bidrar dermed ikke som en aktør.

DPS-enes erfaringer med de regionale ressursnettverkene

Fire av DPS-ene som har vært kontaktet i forbindelse med revisjonen, opplyser å ha kjennskap til de regionale ressursnettverkene, mens elleve av DPS-ene ikke har dette. Av de DPS-ene som kjenner til nettverket, er det to som deltar med én ansatt hver. Ovenfor DPS-et har en av disse ansatte gitt uttrykk for at nettverket ikke har kommet fram til hvilke tiltak som skal iverksettes for å bedre tilbudet til veteraner ved behandlingsstedene. Det samme DPS-et argumenterer imidlertid for at det er viktig at nettverket opprettholdes i den grad det gir mulighet for å spille inn gode råd til Helse- og omsorgsdepartementet om hva som er de mest tiltrengte tjenestetilbudene for veteraner. Det blir også foreslått at nettverket, såfremt det er behov for det, utarbeider en faglig veileder som fastleger og DPS-er kan benytte seg av i behandlingen av veteraner.

5.11.2 Kompetanseoverføring mellom sivil og militær sektor

Ifølge rapportering fra Helse- og omsorgsdepartementet til Forsvarsdepartementet for 2012 var opplæringspakken i militærpsykiatri for leger og psykologer som ble skissert i tiltak 119 og 120 i handlingsplanen, implementert i alle regioner.⁸⁸ Rapportering fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at det også ble gjennomført kurs i Elverumsområdet høsten 2013.⁸⁹ RVTS Øst bekrefter i intervju at det er avholdt kurs i alle regioner. Over 300 personer har ifølge RVTS Øst deltatt på disse kursene, og deltakerne ga positive evalueringer.

To av femten DPS-er som har vært kontaktet i forbindelse med revisjonen, er kjent med opplæringspakken i militærpsykiatri. Av disse to var det ett av DPS-ene som hadde deltatt i opplæringspakken med en psykologspesialist. For de resterende 13 av DPS-ene i utvalget var opplæringspakken ikke kjent.

5.12 Ulike undersøkelser om veteraners psykiske helse

I SSBs levekårsundersøkelse oppgir 13 prosent av veteranene at de vurderer den psykiske helsen som svekket som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner. Blant de som svarer dette, har flest vært på oppdrag i Libanon og Irak/Gulfen, mens

88) Rapportering fra Helse- og omsorgsdepartementet til Forsvarsdepartementet: *Status for Helses implementering av tiltak fra RHP – "I tjeneste for Norge" per 15. januar 2013.*

89) E-post fra Forsvarsdepartementet til Riksrevisjonen 13. februar 2014, vedlagt rapportering fra Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for 2013.

veteraner som har tjenestegjort i Afghanistan, i mindre grad oppgir å ha blitt belastet psykisk som følge av oppdraget. På bakgrunn av disse opplysningene viser undersøkelsen til at det er en risiko for at veteraner som har deltatt i internasjonale operasjoner, kan få psykiske belastninger, jf. *Veteraners levekår*. SSBs levekårsundersøkelse finner imidlertid at den generelle psykiske helsen til veteraner ikke er dårligere enn det den er for referansegruppen fra befolkningen.

Undersøkelsen tar også for seg hvorvidt veteranene har opplevd situasjoner som innebærer fare eller sterkt ubehag. Her svarer 44 prosent av alle veteranene at de har vært vitne til alvorlige skader eller dødsfall blant sivile. Videre svarer 52 prosent av veteranene at de har opplevd at de selv var i akutt livsfare, mens 27 prosent oppgir å ha vært i en situasjon der medsoldater ble alvorlig skadet eller drept, jf. *Veteraners levekår*. I undersøkelsen er det gjort analyser som tyder på at slike negative opplevelser under tjenesten øker sannsynligheten for en svekket helse hos veteraner. Analysen tyder imidlertid også på at et tilbud fra Forsvaret, spesielt når veteranene er fornøyde med tilbudet, ser ut til å minske risikoen både for psykiske vansker og for langvarig sykdom, jf. *Veteraners levekår*.

Gjennom *Afghanistan-undersøkelsen 2012* har Forsvaret kartlagt psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001–2011. Studien viser at et stort flertall av veteranene har god psykisk helse i gjennomsnitt fire år etter hjemkomst fra Afghanistan. En andel av veteranene har imidlertid psykiske helseplager. I alt 4,4 prosent av veteranene har sannsynligvis én eller flere psykiatriske diagnoser. Når grenseverdiene senkes, slik at også grensetilfellene av posttraumatisk stress, angst, depresjon og alkoholforbruk inkluderes, stiger forekomsttallene. Ut ifra en slik lavere definert grenseverdi framstår 6,2 prosent med moderate eller alvorlige stressplager, 7,3 prosent med angstplager, 4 prosent med depresjonsplager og 27,8 prosent framstår med et alkoholforbruk som defineres som risikofyllt eller skadelig, jf. *Afghanistan-undersøkelsen 2012*. I undersøkelsen vises det til en studie som har blitt gjort på deler av den norske befolkningen med bruk av samme måleinstrument og grenseverdier. I denne ble forekomsten av angstplager blant respondentene anslått til 7 prosent og forekomsten av depresjon til 4 prosent. I begge tilfeller ligger dette tett opp mot forekomsten blant veteraner, jf. *Afghanistan-undersøkelsen 2012*. Disse funnene samsvarer med de nevnte funnene fra levekårsundersøkelsen om at den psykiske helsen til veteraner ikke er dårligere enn det den er for referansegruppen fra befolkningen.

Stressplagene er størst første måned etter hjemkomst fra Afghanistan, da i alt 9,9 prosent av veteranene framstår med enten moderate (5,1 prosent) eller alvorlige (4,8 prosent) stressplager. For veterangruppen samlet faller nivået av stressplager fra tiden etter hjemkomst og fram til i gjennomsnitt fire år etter hjemkomst, jf. *Afghanistan-undersøkelsen 2012*.

Opplevd belastning under tjenesten i Afghanistan varierer blant personellet, men mange rapporterer om potensielt traumatiserende hendelser og opplevelser under tjenesten. Undersøkelsen viser en sammenheng mellom høy grad av belastning under tjenesten og stressplager etter hjemkomst. Denne forskjellen består etter gjennomsnittlig fire år, jf. *Afghanistan-undersøkelsen 2012*. Dette funnet samsvarer med de nevnte funnene fra levekårsundersøkelsen om at situasjoner som innebærer fare eller sterkt ubehag, øker sannsynligheten for en svekket helse hos veteraner.

Gjennom rapporten *Helse for stridsevne 2013* har FSAN publisert nøkkeltall fra Forsvarets helseregister. Rapporten er den første oversikten over helsetilstanden til Forsvarets personell laget på bakgrunn av data fra hele det medisinske

informasjonssystemet. Ett av delkapitlene i rapporten omtaler selvmordshyppighet blant personell som har tjenestegjort i Afghanistan i perioden desember 2001 til desember 2011. Blant de 7783 personene som har tjenestegjort i Afghanistan, ble det totalt registrert fire selvmord. På bakgrunn av sammenligning med selvmordshyppighet blant befolkningen for øvrig, konkluderer rapporten med at det ikke er registrert noen overhyppighet av selvmord blant personell som har tjenestegjort i Afghanistan.⁹⁰

Det er gjennom NIBRs rapport *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging*⁹¹ funnet at det er flere veteraner blant de bostedsløse i Norge. Veteranene utgjør 98 personer (dvs. 2 prosent) av de totalt 6259 bostedsløse som er med i undersøkelsen. De bostedsløse veteranene skiller seg ut ifra de andre bostedsløse ved at de blant annet oftere lider av psykiske lidelser (52 prosent), har en høyere andel rusavhengige (84 prosent) og er mer belastet med fysisk sykdom/funksjonshemming (27 prosent). Til sammenligning er andelen som lider av psykiske lidelser blant alle bostedsløse, 38 prosent, andelen som er rusavhengige, er 54 prosent, mens 10 prosent av alle bostedsløse er belastet med sykdom/funksjonshemming.

Rapporten viser videre at de bostedsløse veteranene som oftest er menn (84 prosent), og at de fleste er over 45 år (42 prosent). Også veteraner i alderen 25–34 år utgjør en relativt stor gruppe av de bostedsløse (26 prosent). Sett i forhold til alle bostedsløse har veteranene i denne undersøkelsen oftere gått lenge uten å ha et sted å bo. Rapporten slår også fast at færre av de bostedsløse veteranene bor hos venner og kjente, eller i midlertidig botilbud. Samtidig er det flere bostedsløse veteraner enn bostedsløse for øvrig som sover ute eller er i institusjon, fengsel eller natthjem. En større andel i denne gruppen enn blant bostedsløse generelt oppholder seg m.a.o. i svært marginale situasjoner. For veteraner generelt viser imidlertid SSBs levekårsundersøkelse at det er en høy boligeierandel blant veteraner, og en boligstandard som er minst like god som i sammenlignbare deler av befolkningen.

90) Forsvarets sanitet, *Helse for stridsevne 2013 – Nøkkeltall fra Forsvarets Helseregister*, s. 5 og 39–40.

91) Norsk institutt for by- og regionforskning, *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging*, rapport nr. 2013:5, s. 18, 44 og 168–170.

6 Tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet

6.1 Arbeidsrettede tiltak i Forsvaret

Forsvaret skal legge til rette for kompetanseutvikling som skal kvalifisere for annen karriere etter endt tilsetningsforhold i Forsvaret. Forsvaret har blant annet innført ulike bonus- og stipendordninger for avdelingsbefal og vervede. Per 31. desember 2013 var det 2285 avdelingsbefal og 1384 vervede i Forsvaret.

6.1.1 Bonusordningen for avdelingsbefal

For å møte utfordringene Forsvaret hadde knyttet til behovet for spesialisert kompetanse og erfaring på lavere nivå i organisasjonen, ble det i St.prp. nr. 42 (2003–2004) *Den videre moderniseringen av Forsvaret i perioden 2005–2008*, foreslått å innføre et korps av avdelingsbefal med avgrenset tilsetning. Aldersgrensen for avdelingsbefalet ble satt til 35 år.

Intensjonen med bonusordningen for avdelingsbefal er å forberede til en sivil karriere utenfor Forsvaret, jf. St.prp. nr. 48 (2007–2008). Hensikten med bonus er også – ifølge Forsvarets personellhåndbok – å motivere personell til å fullføre hele tilsetningsperioden. Utbetaling av opptjent bonus starter primært ved endt tilsetningsforhold i Forsvaret, og befal med mindre enn ti års bonusopptjening tilstås ingen bonus. Med ti års bonusopptjening oppnås ett års bonus, tilsvarende 5,5 G. Deretter gis tre måneders bonus for hvert nytt år med fullført bonusopptjening. Full bonus oppnås ved minimum 14 års bonusopptjening, og dette tilsvarer totalt 11 G. Det vil være mulig å få utbetalt fleksibel bonus fra det året personen fyller 28 år, under forutsetning av at avdelingsbefalet binder seg ut opptjeningstiden til den avdelingen de er i på utbetalingstidspunktet.⁹²

Tabell 7 Antall avdelingsbefal og bruk av bonusordningen i årene 2010–2013. N varierer

År	Antall avdelingsbefal per 31.12	Antall som slutter før 35 år	Avdelingsbefal som slutter når de er 35 og eldre	Antall som fikk bonusordning
2010	2135	322	28	2
2011	2238	367	35	7
2012	2288	424	57	15
2013	2285	402	50	166

Kilde: Forsvarsstaben⁹³

Tabell 7 gir en oversikt over hvor mange avdelingsbefal det var i årene 2010–2013, hvor mange som sluttet i disse årene, og hvor mange som fikk bonusordning. Det framgår av intervju med Forsvarsstaben at tjenestetid i Forsvaret før tilsetning som avdelingsbefal ble gjort tellende i den tjenestetiden som er nødvendig for å kunne få bonus. Likevel er det forholdsvis få som per 2013 har lang nok tjenestetid til å ha opparbeidet rettigheter til bonus, siden kravet er ti års tjenestetid. Forsvarsstaben forventer at antallet som får bonus, vil øke etter hvert som flere vil ha opparbeidet tilstrekkelig lang tjenestetid. Totalt 24 avdelingsbefal fikk bonusordning i årene 2010–2012, mens 166 personer fikk bonus i 2013, jf. tabell 7.

92) Forsvarets personellhåndbok Del B Forvaltning av befal, s. 10–11. Versjon per 28. mars 2012.

93) Forsvarsstaben overleverte tallene til Riksrevisjonen i forbindelse med intervju i oktober 2013 og i e-post 3. februar 2014. Tallene er hentet fra SAP og personellsystemet P3.

Det er få personer som har sluttet i Forsvaret ved aldersgrensen for avdelingsbefal, men som ikke har fortsatt i Forsvaret i andre stillinger. I 2012 og 2013 var det henholdsvis 57 og 50 personer som sluttet som avdelingsbefal da de var 35 år gamle. Av disse var det 31 personer i 2012 og 24 i 2013 som gikk over til andre stillinger i Forsvaret. Videre var det for 2012 fem og for 2013 én avdelingsbefal som ble rekruttert til krigsskole eller krigsskole kvalifiseringskurs.

Av de 424 som i 2012 sluttet før de var 35 år, var det fem som ble rekruttert til krigsskole eller krigsskole kvalifiseringskurs, mens 88 gikk over til andre stillinger i Forsvaret. For 2013 var det 155 personer som ble rekruttert til krigsskole eller krigsskole kvalifiseringskurs, mens 77 gikk over til andre stillinger i Forsvaret. Gjennomsnittsalderen for avdelingsbefal som slutter, er 26–27 år. Disse tallene framkommer i intervju og e-post fra Forsvarsstaben, datert 3. februar 2014.

6.1.2 Stipendordningen for vervede

Verveede er definert som "militært personell som etter gjennomført førstegangstjeneste gis tidsbegrenset tilsetning i menige stillinger, i militære avdelinger, i Forsvarets organisasjon".⁹⁴ Verveede i Sjøforsvaret kalles matroser, mens de i Luftforsvaret og Hæren er kjent som grenaderer. Kontraktslengden er vanligvis tre år, med mulighet for forlengelse med ytterligere tre år. Kortere kontrakter kan benyttes ut ifra lokale behov. Etter seks års tjenestegjøring kan kontrakten bare unntaksvis forlenges, men den totale tjenestetiden skal aldri overstige ti år.

Ifølge rapporten *Verveede i Forsvaret* har Forsvaret et uttalt ønske om å styrke de vervedes kompetanse i det sivile jobbmarkedet. Forsvarets kompetanse- og utdanningssenter (Fokus) har derfor en egen stipendordning rettet mot denne yrkesgruppen. I henhold til Stipendreglement for grenaderer og matroser (2010) har vervede mulighet for å søke om opptil kroner 20 000 i året til utdanning/opplæring som kvalifiserer den vervede for et yrke og forbedrer muligheten til videre utdanning og arbeid etter endt vervet periode. Etter endt treårskontrakt har vervede også mulighet for å søke om inntil kroner 60 000, normalt fordelt på tre år, til samme formål. Reglementet tilsier at før en søknad sendes til behandling, skal søkeren ha fått en veiledningssamtale hos Fokus.⁹⁵ Fokus opplyser i intervju at det i november 2013 ble bestemt å redusere beløpet for stipendordningen til B 12⁹⁶, tilsvarende 9600 kroner per år. Endringen i ordningen er ikke tilbakevirkende. Dette innebærer at de som fikk tilsagn om stipend før 28. november 2013, har fått 20 000 kroner.

Tabell 8 Antall vervede og bruk av stipendordningen i årene 2010–2013. N varierer

År	Antall vervede per 31.12	Tilsagn om stipend	Benyttet stipend
2010	1136	210	120
2011	1204	170	117
2012	1241	466	262
2013	1348	770	440

Kilde: Forsvarsstaben⁹⁷

Tabell 8 viser en oversikt over antall vervede, hvor mange som har fått tilsagn om stipend, og hvor mange som har benyttet stipendet i perioden 2010–2013. Tabellen

94) Institutt for forsvarsstudier, Nov2011, Elin Gustavson, *Verveede i Forsvaret*, s. 8. Referansen gjelder for hele avsnittet fotnoten er plassert i.

95) Institutt for forsvarsstudier, *Verveede i Forsvaret*, s. 33.

96) Tilleggslønnstabell for arbeidstakere i staten, tabell B. Lønnstrinn 12 på denne tabellen tilsvarer per 1. mai 2013 kr 9600 per år.

97) Forsvarsstaben overleverte tallene til Riksrevisjonen i forbindelse med intervju i oktober 2013 og i e-post 3. februar 2014. Tallene er hentet fra SAP og personellsystemet P3.

viser at det er flere som har fått tilsagn om stipend enn som har benyttet seg av det. En årsak til dette kan ifølge intervju med Forsvarsstaben være høyt tidspress. Det er et høyt arbeidspress i flere operative avdelinger, og det kan gjøre det vanskelig for noen å benytte seg av stipendordningen. Forsvarsstaben trekker videre fram at tabellen også viser at det har vært en positiv utvikling med hensyn til hvor mange som har benyttet seg av stipendordningen de siste årene. Mens det var om lag 10 prosent som benyttet seg av stipendordningen i 2010, var det i overkant av 30 prosent i 2013.

År	Budsjettet	Brukt
2010	10	4,8
2011	10	4,3
2012	10	5,9
2013	10	8,1
Totalt	40	23,1

Kilde: Fokus

Tabell 9 viser at det har vært en økning i antall mill. kroner brukt til stipendordningen for vervede de siste årene. Tabellen viser at det fra 2011 til 2013 var en økning fra 4,3 mill. kroner til 8,1 mill. kroner. Mulige årsaker til at det har vært et økt forbruk av midler til stipendordningen, er ifølge intervju med Fokus at ordningen har blitt bedre kjent. I tillegg kommer nå virkningene av de såkalte etterkontraktene, dvs. personell som har sluttet i Forsvaret, og som har fått inntil tre års stipend for å studere.

Informantene som deltok i studien *Vervede i Forsvaret*, hadde ulike erfaringer med stipendordningen. Noen hadde benyttet seg aktivt av tilbudet, mens andre knapt visste om muligheten. Årsaker til at utdanningsstipendet er relativt dårlig utnyttet, er ifølge rapporten *Vervede i Forsvaret* for størsteparten et tidsspørsmål. Mange uttrykte at tjenesten vanskelig lar seg kombinere med studier på si. Arbeidsdagene var ofte lange, lite fleksible og uforutsigbare, noe som gjør det vanskelig å forene arbeid med tilleggsengasjement som studier eller kurs, jf. *Vervede i Forsvaret*.

I Dokument nr. 5 (2011–2012) *Ombudsmannsnemnda for Forsvarets innberetning om virksomheten i tiden 1. januar–31. desember 2011*, framgår at: "Mulighetene for vervede mannskaper til å skaffe seg sivil kompetanse mens de tjenestegjør, er med denne ordningen meget godt til stede. Når en i tillegg vet at mange av disse i utgangspunktet har en begrenset og til dels mangelfull grunnutdanning og virkelig trenger kompetansepåfyll for en sivil karriere, blir det særdeles viktig å videreføre denne. Utfordringen med ordningen for vervede mannskaper er mangel på tid og motivasjon. Altfor få benytter seg av muligheten og begrunner det med hardt arbeidspress i tjenesten / mange turer ut i Forsvaret."

6.1.3 Karriereskiftordningen

Forsvarsstaben framhever i intervju karriereskiftordningen som et viktig tiltak for å forberede personellet til en sivil karriere utenfor Forsvaret. Karriereskiftordningen består i et tredagers jobbsøkerkurs, med påfølgende oppfølgingskurs der tema blant annet er CV og intervju. Hensikten er at personellet skal bli mer bevisst egen kompetanse og få bedre forutsetninger for å komme inn på det sivile arbeidsmarkedet. Tiltaket er etablert for de som er i siste del av sin tjenestetid i Forsvaret, og gjelder for følgende tre grupper:

- yrkesoffiserer
- avdelingsbefal
- vervede

Kurset ble for første gang gjennomført som en pilot i 2011/2012, med yrkesoffiserer som kursdeltakere. På bakgrunn av erfaringene fra disse kursene ble det gjort tilpasninger slik at kurset også kunne rettes mot avdelingsbefal og vervede. 2013 er det første året der karriereskiftordningen er etablert for fullt, og det ble dette året gjennomført 13 kurs med tilhørende temadager. Det var totalt 240 deltakere.⁹⁸ Fremdeles er det flest yrkesoffiserer som deltar, men Forsvarsstaben uttaler i intervju at den forsøker å markedsføre kurset overfor avdelingsbefal og vervede. Disse to gruppene har fram til nå i liten grad benyttet seg av tilbudet. Interessen for kurset er økende, og Forsvarsstaben antar at det vil bli flere deltakere etter hvert. Forsvarsstaben påpeker videre at de som har deltatt, er godt fornøyd med kurset.

6.1.4 Øvrige arbeidsrettede tiltak i Forsvaret for veteraner

Forsvaret skal gi inntil ett års midlertidig tilsetning av personell som er alvorlig skadet som en følge av tjenesten, jf. tiltak 51 i handlingsplanen. Forsvarsstaben opplyser i intervju at tiltaket har vist seg ikke å være hensiktsmessig. Årsaken er at personell som har blitt alvorlig skadd, i utgangspunktet ikke vil være tilgjengelige for internasjonale operasjoner, noe som vil gi liten handlefrihet til avdelingene. I tillegg vil en midlertidig tilsetning kunne gi avkorting i ytelse fra NAV grunnet tilsetningsforholdet til Forsvaret. Det er i utgangspunktet opp til den enkelte generalinspektør og forsvarsgren å håndtere sakene med skadde veteraner, og hvordan det håndteres vil variere fra sak til sak. I tilfeller der sjef for driftsenhet i Forsvaret (DIF-sjef) ikke har funnet en løsning, kan personellavdelingen vurdere om det er mulig å opprette en prosjektstilling. Dette må ifølge Forsvarsstaben vurderes konkret i hver enkelt sak. Forsvarsstaben viser for øvrig til at veteranavdelingen må utrede saken og komme med en anbefaling til retningslinjer for å sikre enhetlig praksis.

Forsvaret skal i samarbeid med én eller flere organisasjoner se på mulighetene for å involvere næringslivet i konkrete rammeavtaler om sysselsetting av veteraner, jf. tiltak 59 i handlingsplanen. Ifølge resultat- og kontrollrapport 3 2012 har Forsvarets veteranjeneste deltatt i et prosjekt "Employer Support", som blir drevet av Norsk reserveoffiserers forbund (NROF) og Norges Forsvarsforening, med økonomiske midler fra Forsvarsdepartementet. NROF opplyser i intervju at de gjennom prosjektet arbeider for å bevisstgjøre både næringslivet og soldatene selv om den kompetansen de får av å være ute i internasjonale oppdrag.

Forsvaret skal utarbeide et eget kompetansebevis etter tjeneste i internasjonale operasjoner. Et slikt kompetansebevis kan for eksempel øke den enkeltes muligheter ved overgang til det sivile arbeidsmarkedet, jf. tiltak 56 i handlingsplanen. Det framgår av resultat- og kontrollrapport 3 2013 at kompetansebeviset ennå ikke er utarbeidet, men at Forsvarsstaben/Personellavdelingen jobber med å utarbeide en mal for dette.

Veteranorganisasjonene trakk i intervju fram at mange veteraner gjennom tjenesten har fått erfaring med ledelse av personell. Det er imidlertid mange andre i samfunnet som har eksamen og kompetanse på ledelse, gjerne kombinert med økonomi. De som har erfaring fra ledelse i Forsvaret, mangler kompetanse på inntekter og inntjening, og har stort sett bare erfaring med det som omhandler utgifter. Ledererfaringen er dessuten knyttet til militære oppdrag, og ikke det vanlige sivile liv. Det kan dermed være vanskelig å omsette den militære ledererfaringen i det sivile arbeidsmarkedet. Veteranorganisasjonene opplever at Forsvaret i for stor grad framhever den kompetansen militær erfaring gir, og at dette kan skape urealistiske forventninger for den enkelte soldat. De som har tatt krigsskole og befalsskole, får seg imidlertid greit jobb.

98) Dette framgår i e-post fra Forsvarsstaben, datert 3. februar 2014.

6.2 NAVs oppfølging av veteraner

I datagrunnlaget for undersøkelsen inngår totalt 35 626 personer som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner for Forsvaret, jf. tabell 10. Av disse var det 17 prosent som i 2012 mottok sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller dagpenger fra NAV. Av veteranene fra Afghanistan var det 10,6 prosent som var mottakere av en av de tre ytelsene fra NAV i 2012. Rundt 15 prosent av veteranene fra Irak og Kosovo mottok de samme ytelsene, mens denne andelen var på 19,5 prosent blant veteraner fra Libanon.

Tabell 10 viser at det i 2012 var i alt 3683 (10,3 prosent) veteraner som mottok sykepenger, 1241 (3,5 prosent) som mottok arbeidsavklaringspenger, og 1136 (3,2 prosent) som mottok dagpenger. Til sammen utgjør dette 6060 brukere. Oppfølgingen av disse skjer på NAV-kontorer lokalt, som det totalt er 456 av i Norge.⁹⁹

Tabell 10 Antall veteraner som i 2012 mottok sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller dagpenger. Antall med tilhørende prosent i parentes, N = 35 626

	Antall veteraner som har deltatt*	Alder (gj.snitt)**	Sykepenger	AAP	Dagpenger	Totalt
Afghanistan	7084	35	467 (6,6)	69 (1)	212 (3)	748 (10,6)
Irak	999	47	90 (9)	34 (3,4)	33 (3,3)	157 (15,7)
Kosovo	5269	38	481 (9,1)	129 (2,4)	198 (3,8)	808 (15,3)
Libanon	22 247	51	2645 (11,9)	1009 (4,5)	693 (3,1)	4347 (19,5)
Totalt	35 626	46	3683 (10,3)	1241 (3,5)	1136 (3,2)	6060 (17)

* Det er totalt 32 657 veteraner som inngår i filen mottatt fra Forsvaret. Differansen til 35 626 skyldes at 2969 av deployeringene er gjort av veteraner som har deployert til minst to ulike steder.

** Alder er utregnet per 1. desember 2012.

Kilde: Forsvaret og NAV

Tabell 10 viser at gjennomsnittsalderen i 2012 for veteraner som har tjenestegjort i Afghanistan, er 35 år, mens den for veteraner som har tjenestegjort i Irak og Kosovo, er på henholdsvis 47 og 38 år. Veteraner som har vært i Libanon, utgjør den eldste gruppen, og her er gjennomsnittet på 51 år. Av Libanon-veteranene er det 14 prosent som er eldre enn 60 år. Til sammenligning er denne andelen blant Afghanistan-veteraner på mindre enn 1 prosent. Når det gjelder personer under 30 år, er denne gruppen størst blant Afghanistan-veteraner. Her var det 37 prosent av veteranene som var yngre enn 30 år i 2012.

Tallene i tabell 10 er benyttet som grunnlag for å finne saker til en saksmappegjennomgang i NAVs systemer. Tallene sier derfor ikke noe om veteraner i større eller mindre grad enn andre grupper mottar de nevnte ytelsene. Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse blant veteraner, *Veteraners levekår*, viser imidlertid at det er en mindre andel som klassifiserer seg som arbeidsledige blant forsvarsveteraner enn i SSBs referansegruppe¹⁰⁰, henholdsvis 1 og 2 prosent. Det er også en noe lavere andel som er uføre. 4 prosent av forsvarsveteranene klassifiserer seg som uføre, mens dette gjelder 6 prosent i referansegruppen.

Også når det gjelder sykefravær, er andelen av veteraner som har hatt sykefravær, noe lavere dersom veteranene sammenlignes med alle sysselsatte i alderen 15–74 år, jf. *Veteraners levekår*. Totalt konkluderer SSB med at veteranene har høy deltakelse på

99) <https://www.nav.no/Om+NAV/NAV> [Hentdato: 29. januar 2014].

100) For å kunne sammenligne tallene for forsvarsveteraner med befolkningen har SSB laget en referansegruppe som er vektet slik at fordelingen mellom kjønn og alder er lik utvalget av veteraner som inngår i undersøkelsen.

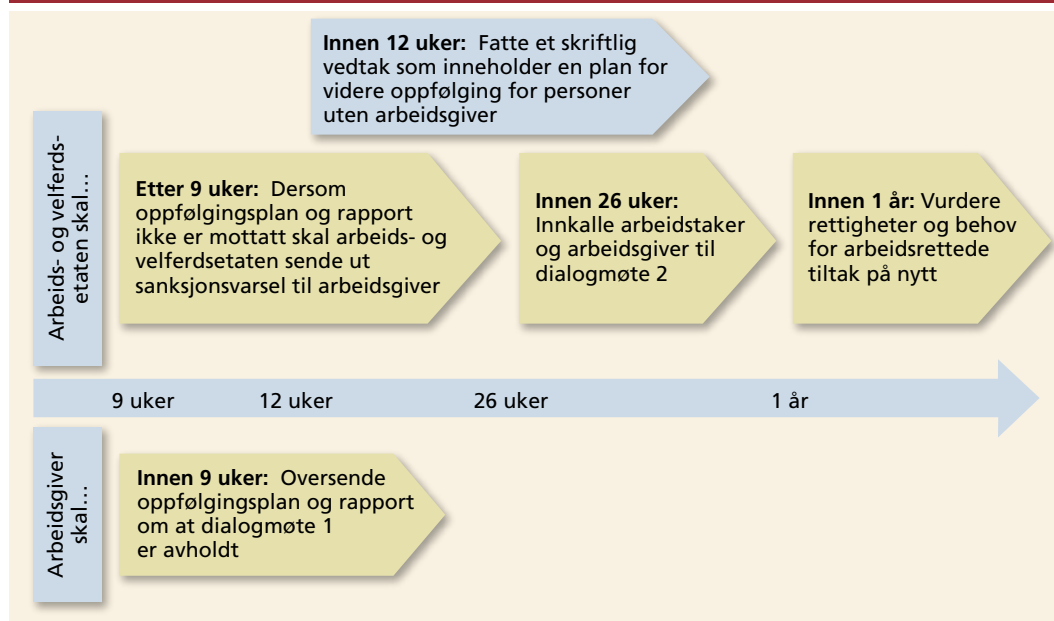
arbeidsmarkedet sammenlignet med referansegruppene, og at det derfor er lite som tyder på at tjenesten i betydelig grad bidrar til lavere yrkesaktivitet eller svekker arbeidsforholdene. Ifølge SSB er det imidlertid forskjeller innad i veterangruppene, der det kan se ut til at negative opplevelser i tjenesten i noen grad øker faren for å falle ut av arbeidsmarkedet, jf. *Veteraners levekår*.

I det følgende gis en presentasjon av resultatene av saksmappegjennomgangene som ble foretatt i NAV. Videre redegjøres det for tiltak i NAV for å øke kompetansen om veteraner.

6.3 NAVs oppfølging av sykmeldte veteraner

Saksmappegjennomgangen av sykmeldte veteraner omfatter 42 veteraner, og belyser både NAVs og arbeidsgivers, herunder Forsvarets sykefraværsoppfølging. Sentrale elementer i oppfølgingen av sykmeldte er illustrert i figur 4. Som det framgår av figuren, skal arbeidsgiver innen ni uker gi skriftlig melding til NAV om hvordan reglene om dialogmøte mellom arbeidsgiver og den sykmeldte (dialogmøte 1) er fulgt opp. Videre skal det innen 26 uker avholdes et dialogmøte mellom NAV, arbeidsgiver og den sykmeldte (dialogmøte 2).

Figur 4 Sentrale elementer i oppfølgingen av sykmeldte



Kilde: NAV¹⁰¹

6.3.1 Arbeidsgivers oppfølging av sykmeldte veteraner

Det ble i forbindelse med saksmappegjennomgangen registrert hvilken tilknytning veteranene i utvalget hadde til arbeidsgiver ved oppstart av oppfølgingsløpet. Et oppfølgingsløp er det tidsrommet personene i utvalget følges opp av NAV i forbindelse med en sykmelding. 38 av de 42 veteranene hadde arbeidsgiver ved oppstart av oppfølgingsløpet. Dette innebærer at fire veteraner var uten arbeidsgiver. Ytterligere seks mistet tilknytningen til arbeidsgiver i løpet av oppfølgingsperioden.

101) Figuren er laget på bakgrunn av informasjon fra NAVs hjemmeside: <https://www.nav.no/Arbeid/Oppfo%20gging+av+sykmeldte/Oppfo%20ggingpunkter> [Hentedato 10. oktober 2013].

Det skal utarbeides en oppfølgingsplan for den sykmeldte. Planen skal sikre at dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kommer raskt i gang, og at tiltak og muligheter for å komme tilbake i arbeid vurderes grundig. Det er lovpålagt å lage oppfølgingsplan for alle sykmeldte, med mindre det er åpenbart unødvendig. Oppfølgingsrapporten dokumenterer hvorvidt dialogmøte 1 mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er avholdt. For å undersøke hvorvidt dialogmøte 1 er avholdt, er det i saksmappegjennomgangen undersøkt hvorvidt oppfølgingsrapporten foreligger. Dermed benyttes begge betegnelsene, "oppfølgingsrapport" og "dialogmøte 1", om det samme kravet videre i rapporten.

Saksmappegjennomgangen viser at arbeidsgiver i 29 av 38 tilfeller ikke har sendt inn oppfølgingsplan og/eller oppfølgingsrapport i henhold til kravene. I 24 av disse 29 tilfellene har NAV sendt ut varsel til arbeidsgiverne om at de må sende inn disse dokumentene. I 17 av de 24 tilfellene der NAV har sendt varsel, har arbeidsgiver sendt inn oppfølgingsplan og/eller oppfølgingsrapport i etterkant av mottatt varsel. Saksmappegjennomgangen viser også fem tilfeller der NAV ikke har sendt ut varsel til arbeidsgiver der dette skulle vært gjort. I de siste ni tilfellene var det ikke aktuelt å sende ut varsel, enten fordi det forelå dokumentasjon på unntak, eller fordi arbeidsgiver rapporterte i tide.

Forsvaret er oppført som arbeidsgiver for til sammen 24 av de 38 veteranene som har arbeidsgiver ved oppstart av sykmelding. Saksmappegjennomgangen viser at for 16 av de 24 har Forsvaret ikke innen ni uker oversendt oppfølgingsplan og/eller oppfølgingsrapport om avholdt dialogmøte 1 til NAV. I alle sakene unntatt én (der det foreligger oppfølgingsplan, men ikke rapport), mangler både oppfølgingsplan og oppfølgingsrapport etter dialogmøte 1. NAV har i 15 av disse 16 tilfellene oversendt varsel til Forsvaret om at dokumentene ikke er oversendt i henhold til gjeldende regelverk. Etter mottatt varsel har Forsvaret oversendt manglende plan og/eller oppfølgingsrapport i 13 av de 15 tilfellene.

Forsvarsstaben uttaler i intervju at den vurderer dette som ikke tilfredsstillende for Forsvaret som arbeidsgiver. Riksrevisjonens funn var uventet for HMS-avdelingen i Forsvarsstaben/Personellavdelingen, som hadde forventet at systemet som var etablert, skulle sikre god oppfølging av sykmeldte. Forsvarsstaben viser i intervjuet til at systemet som benyttes for oppfølging av sykmeldte, er et manuelt oppfølgingssystem. Dette kan være en årsak til at den sykmeldtes leder lokalt ikke har klart å fange opp fristen for innsending av oppfølgingsplan og/eller -rapport. Det vurderes å lage et automatisert oppfølgingssystem for å bedre kontrollen med hvordan oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere ivaretas. Forslaget til det automatiserte oppfølgingssystemet er til behandling i Forsvarsdepartementet.

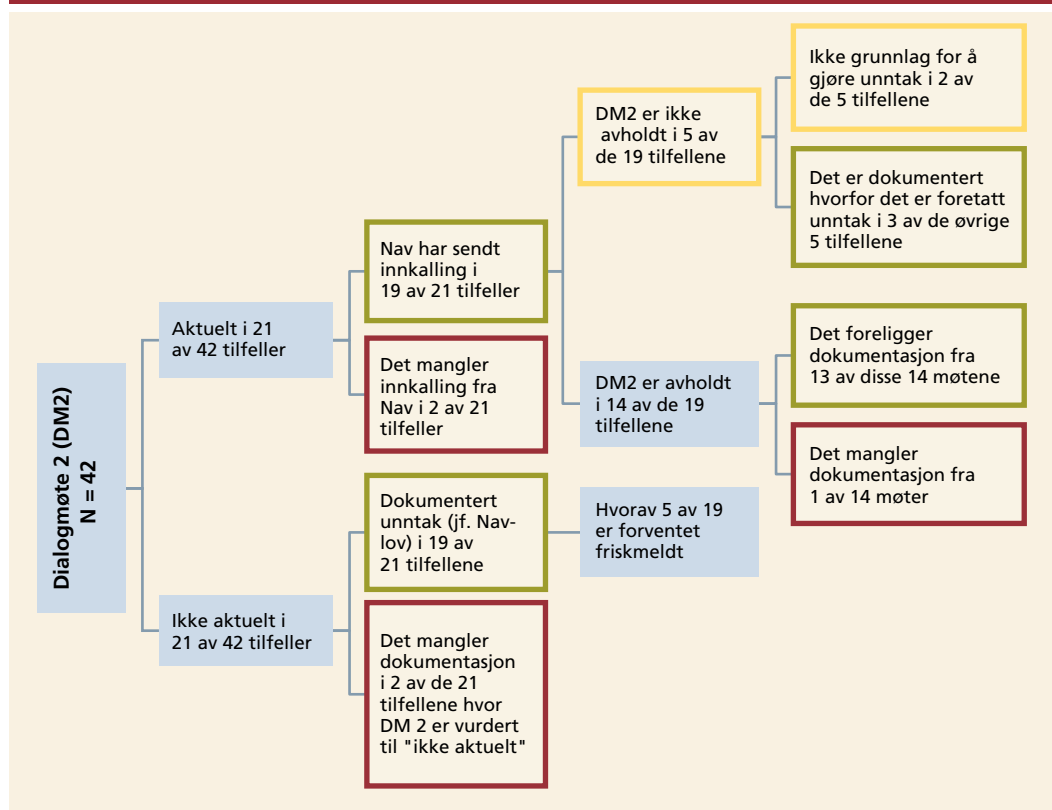
Forsvarsdepartementet framholder i brev av 30. april 2014 til Riksrevisjonen at det har registrert Riksrevisjonens funn når det gjelder manglende oppfølgingsplan og/eller oppfølgingsrapport, og at departementet vil følge dette opp overfor Forsvaret.

NAV viser i intervju til at de får et bedre bilde av brukerens situasjon når de har mottatt oppfølgingsplan og -rapport fra arbeidsgiver, og dermed et bedre utgangspunkt for å gi en god oppfølging. Uten dette har NAV ikke mulighet til å ha en oversikt over hvilken oppfølging arbeidsgiver gir arbeidstakeren. NAV påpeker videre at arbeidsgivere kan følge opp sykmeldte arbeidstakere på en god måte, selv uten at plan eller rapport er oversendt NAV. Dette vil det imidlertid være vanskelig for NAV å ha kjennskap til, dersom dokumentasjonen ikke foreligger.

6.3.2 Bruk av dialogmøte 2 i oppfølgingen av sykmeldte veteraner med arbeidsgiver.

Figur 5 viser en oversikt over funn fra saksmappegjennomgangen når det gjelder hvorvidt dialogmøte 2 er avholdt.

Figur 5 Funn fra saksmappegjennomgang. N = 42



Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

Saksmappegjennomgangen viser at dialogmøte 2 er avholdt i 14 av de 42 tilfellene som er gjennomgått. I 28 tilfeller er møtet ikke avholdt, jf. figur 5. Blant de 21 tilfellene der dialogmøte 2 har blitt vurdert som aktuelt av NAV, er det sju tilfeller der møtet likevel ikke har blitt avholdt. Det er ulike årsaker til dette. Manglende innkalling til møtet fra NAVs side er årsak i to av tilfellene, uten at det foreligger dokumentasjon for hvorfor det er foretatt unntak. I de fem øvrige tilfellene er det kalt inn til møtet, men møtet har likevel ikke blitt avholdt. I tre av de fem tilfellene er det dokumentert hvorfor det er foretatt unntak. Årsaken er enten at det forventes friskmelding, eller at arbeidsforholdet har opphørt. I de to øvrige tilfellene har NAV ikke hatt grunnlag for å gjøre unntak. I det ene tilfellet oppgis det som årsak at saksbehandler i NAV har avviklet ferie. I det andre tilfellet oppgis det som årsak at arbeidsgiver ikke hadde anledning til å stille.

I 13 av de 14 tilfellene der dialogmøte 2 er avholdt, foreligger det referat eller lignende dokumentasjon fra møtet. Dette er i samsvar med formålet om at partene skal møtes til en felles gjennomgang av situasjonen, og at møtet skal gi grunnlag for å kvalitetssikre arbeidet med oppfølgingsplanen.¹⁰²

I de 21 tilfellene der NAV har vurdert at det ikke er aktuelt med dialogmøte 2, er det i 19 tilfeller dokumentert hvorfor det er foretatt unntak. I to av tilfellene er det imidlertid ikke dokumentert hvorfor det ikke er sendt ut innkalling til dialogmøte 2. Årsaken

102) NAV, *Oppfølging av sykmeldte – aktuelle temaer*.

til at det vedtas unntak, varierer. Forventet friskmelding oppgis som årsak i fem av tilfellene. Dersom det foretas unntak på grunn av forventet friskmelding, og personen raskt blir sykmeldt igjen, viser saksmappegjennomgangen at det ikke igangsettes en ny prosess for å sikre at dialogmøte 2 blir avholdt. Årsaken er begrensninger i NAVs system Arena. Faktaboks 1 viser et eksempel på dette. NAV bekrefter i intervju at begrensninger i Arena kan føre til at oppfølgingen av den enkelte bruker ikke blir god nok. NAV viser til at det har blitt gjort endringer og forbedringer i Arena det siste året, men at denne endringen ikke vil ivareta problemstillingen som reises her. Blant annet vil saksbehandler ikke få varsel om dialogmøte 2 dersom friskmelding etter kort tid ender i ny sykmelding.

Faktaboks 1 Eksempel på manglende innkalling til dialogmøte 2 på grunn av forventet friskmelding

En veteran blir sykmeldt i januar 2012. NAV innkaller arbeidsgiver og den sykmeldte til dialogmøte 2 i henhold til 26-ukerskravet. NAV beslutter så at dialogmøte 2 ikke skal avholdes likevel. Forklaringen som oppgis, er at det forventes at veteranen friskmeldes i løpet av mai. I begynnelsen av juni blir imidlertid personen sykmeldt igjen. I NAVs system Arena slås sykmeldingstilfellene sammen på grunn av kort opphold mellom sykmeldingene, slik at den nye sykmeldingen inngår i samme oppfølgingstilfelle. Systemet fanger imidlertid ikke opp at det da vil kunne være behov for å avholde dialogmøte 2 likevel. Det sendes ikke automatisk varsel til saksbehandler, siden dialogmøte 2 er "sjekket ut", ved at det er dokumentert unntak på grunn av forventet friskmelding. Det er heller ikke dokumentert at saksbehandler har foretatt en vurdering, og dialogmøte 2 mellom sykmeldt, arbeidsgiver og NAV er ikke avholdt.

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

I intervjuet påpekte NAV på generelt grunnlag at de fleste unntakene fra dialogmøte 2 foretas på bakgrunn av medisinske årsaker eller forventet friskmelding. NAV viste i den forbindelse til at det er utarbeidet en ny kvalitetsstandard, *Standard for arbeidsrettet oppfølging av brukere i NAV*. I standarden understrekes blant annet viktigheten av at dialogmøte 2 gjennomføres. Standarden skal ifølge NAV bidra til å forbedre kvaliteten og sikre en mer enhetlig praksis på gjennomføringen av dialogmøte 2 ved ulike kontorer.

Ifølge NAV er det ulikt hva som vil være konsekvensen for den enkelte bruker av at dialogmøter ikke avholdes som forutsatt. I tilfeller der arbeidstaker og arbeidsgiver selv er i en god prosess med hensyn til tiltak på arbeidsplassen, har det mindre betydning om dialogmøte 2 avholdes. NAV ser imidlertid at manglende gjennomføring av dialogmøte 2 i andre tilfeller kan føre til en senere avklaring av mulighetene for brukeren. Dersom det viser seg at arbeidsgiver ikke har mulighet til å tilby ytterligere tiltak for tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen, kan det være viktig at NAV inntar en mer sentral rolle i oppfølgingen. Dette kan for eksempel innebære tiltak for å få den sykmeldte kvalifisert til andre jobber. NAV ser dialogmøte 2 som et positivt og viktig virkemiddel der de ulike aktørene kan samhandle og tenke ut nye og hensiktsmessige løsninger for videre oppfølging.

Det framgår for øvrig av NAVs virksomhetsrapport for 2. tertial 2013 at andelen sykmeldte som deltok i dialogmøte 2, var på et noe lavere nivå per oktober 2013 enn i samme periode året før. Det samme gjelder antall avholdte møter. NAV viser i virksomhetsrapporten til at dette blant annet har sammenheng med økt oppmerksomhet knyttet til innhold og kvalitet på dialogmøtet og sterkere fokus på tidlig oppfølging, og at de vil følge utviklingen nøye videre. I det påfølgende etatsstyringsmøtet 1. november 2013 etterlyste Arbeidsdepartementet forklaringer på nedgangen. Det framgår videre av virksomhetsrapporten at det fortsatt er store utfordringer knyttet til

tidlig oppfølging og det å få bedret kvaliteten på oppfølgingsarbeidet. Dette er ifølge rapporten en viktig forutsetning for at NAV skal kunne bidra til redusert overgang til arbeidsavklaringspenger. Dette gjelder både sykmeldte med og uten arbeidsgivere.

Riksrevisjonen har også tidligere undersøkt gjennomføringen av dialogmøte 2, jf. Dokument 3:5 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte*. Undersøkelsen viste at dialogmøtene ble avholdt for under halvparten av dem som passerte et halvt års sykmelding, og det ble påvist betydelige fylkesvise forskjeller i bruken av unntak fra dialogmøter. For om lag en firedel ble det verken gitt unntak eller avholdt dialogmøte. I undersøkelsen ble det påpekt at bruken av unntak syntes høy med tanke på at dette kun skal gis i de tilfellene der et møte åpenbart er unødvendig: "Når mange dialogmøter ikke avholdes, enten ved at unntak gis, eller fordi aktuelle sykmeldte ikke kalles inn, medfører dette svekket mulighet for arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgiver og lege til å avklare den sykmeldtes situasjon og muligheter."¹⁰³

6.3.3 NAVs oppfølging av sykmeldte veteraner uten arbeidsgiver

Det framgår av *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV* at oppfølgingsvedtak skal iverksettes senest etter tolv ukers sykmelding for sykmeldte uten arbeidsgiver, og at aktivitetsplan etter § 14 a ivaretar kravet om oppfølgingsplan for disse brukerne.¹⁰⁴ Fire av veteranene i utvalget hadde ikke arbeidsgiver ved oppstart av oppfølgingsløpet. Tre av disse har fått utarbeidet aktivitetsplan, men ikke innen tolv uker. For disse tre sakene forelå det ikke gyldig aktivitetsplan før det var gått omtrent år. Den fjerde hadde fått unntak fra oppfølgingsvedtak i henhold til NAV-loven § 14 a på grunn av forventet friskmelding innen kort tid. Vedkommende var imidlertid fremdeles sykmeldt flere måneder etter at vedtaket om unntak ble fattet.

Også i Dokument 3:5 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte* framkom det svakheter knyttet til utarbeidelse av aktivitetsplan innen tolv uker. Undersøkelsen viste at kun 10 prosent av sykmeldte uten arbeidsgiver fikk en aktivitetsplan innen tolv uker. Dette betyr at NAV utbetalte sykepenger til en stor andel av sykmeldte uten arbeidsgiver uten at vilkåret om aktivitetsplan var oppfylt.¹⁰⁵

NAV påpeker i intervju at det er en kjent utfordring at det er lavere kvalitet på oppfølgingen av brukere uten arbeidsgiver. Dette kan skyldes at god oppfølging av brukere med arbeidsgiverforhold har vært høyt prioritert de siste årene, på bakgrunn av krav om dette i regelverket. Også avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) medvirker ifølge NAV til at sykmeldte med arbeidsgiver blir prioritert, og saksbehandlerne måles blant annet på gjennomføring av dialogmøte 2. Dette fokuset kan ha gått på bekostning av å sikre sykmeldte uten arbeidsgiver et godt tilbud. NAV forsøker imidlertid å legge større vekt på dette enn tidligere. NAV viser i den forbindelse til den tidligere omtalte kvalitetsstandard *Standard for arbeidsrettet oppfølging av brukere i NAV*. Det vil imidlertid ifølge NAV ta tid å implementere denne standarden.

6.3.4 NAVs oppfølging av veteraner som endrer tilknytning til arbeidsgiver

For seks av veteranene i utvalget har tilknytningen til arbeidsgiver endret seg i løpet av oppfølgingsløpet. Dette innebærer at de ved oppstart av oppfølgingsløpet var

103) Dokument 3:5 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte*, s. 11.

104) Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2010, *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV*, vedlegg 2 *Oppfølging av sykmeldte og § 14 a*. NAV opplyser i e-post av 27. mars 2014 til Riksrevisjonen at direktoratet i disse retningslinjene har lagt opp til at praksis med oppfølgingsvedtak innen tolv ukers sykmelding skal være gjeldende. NAV-loven § 14 a gir alle som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Et oppfølgingsvedtak iht. § 14 a avgjør hvilket ansvar arbeids- og velferdsforvaltningen vil ha i den videre oppfølgingen.

105) Dokument 3:5 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte*, s. 12.

tilknyttet en arbeidsgiver, men denne tilknytningen har opphørt under sykmeldingsperioden. I to av de til sammen seks tilfellene er det fattet et oppfølgingsvedtak i henhold til NAV-loven § 14 a. For de øvrige fire tilfellene viser saksmappegjennomgangen at det verken er fattet oppfølgingsvedtak eller utarbeidet aktivitetsplan. Oppfølgingsløpet er i disse tilfellene dermed lagt opp som om personene hadde samme tilknytning til arbeidsgiver som ved oppstart av oppfølgingsløpet. NAV opplyser at når det gjelder personer som endrer status i et sykefraværsløp, er utgangspunktet at NAV skal følge opp disse i henhold til ny status. Dette innebærer at dersom en person er i et arbeidsforhold på sykmeldingstidspunktet, og eksempelvis mister jobben, skal vedkommende deretter følges opp etter rutinene for dem uten arbeidsgiver.¹⁰⁶ Det framkom også av Dokument 3:5 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte*, svakheter knyttet til identifisering av sykmeldte som mister arbeidsgiver i sykmeldingsperioden, og utarbeidelse av aktivitetsplan for disse.

NAV bekrefter i intervju at det er et problem at endringer i tilknytning til arbeidsgiver i mange tilfeller ikke fanges opp i NAV, noe som vil føre til mindre oppfølging av den enkelte bruker. Per i dag må saksbehandler aktivt undersøke arbeidstakers tilknytning til arbeidsgiver gjennom arbeidstaker- og arbeidsgiverregisteret (Aa-registeret). Det sendes ikke automatisk varsel til saksbehandler ved endringer i Aa-registeret. NAV ser at det kunne vært hensiktsmessig med et slikt varsel. Aa-registeret er heller ikke alltid oppdatert, og NAV erfarer at mange arbeidsgivere bruker noe tid på å sende inn endringer. NAV opplyser i intervju om det pågående fellesprosjektet i staten, EDAG – Elektronisk Dialog med Arbeidsgivere. Ifølge NAV vil innføringen av EDAG kunne bidra til et mer oppdatert Aa-register, og gjøre det lettere for saksbehandlerne å fange opp endringer i brukernes tilknytning til arbeidsgiver.

Konsekvensen av at NAV ikke fanger opp endringer i arbeidsgiverforhold, kan ifølge NAV være at det går lenger tid før det iverksettes tiltak for den enkelte bruker, i tilfeller der dette er aktuelt. I tilfeller der det uansett ikke er mulig med aktivitet av medisinske årsaker, får det derimot i liten grad konsekvenser.

6.3.5 Har veteraner som har vært sykmeldte, kommet tilbake i arbeid?

Saksmappegjennomgangen viser at status i 24 av de 42 tilfellene som er undersøkt, per 16. januar 2014 er friskmelding. Dette innebærer at litt under halvparten ikke hadde kommet tilbake i arbeid. For de 18 som ikke var i arbeid, var status at 11 personer hadde gått over på arbeidsavklaringspenger, mens 7 var sykmeldte og/eller mottok andre trygdeytelser, jf. tabell 11. Til sammenligning var det på tidspunktet for saksmappegjennomgangen (april 2013) 21 som hadde status som friskmeldt, 11 som hadde gått over på arbeidsavklaringspenger, og 10 som var sykmeldte og/eller mottok andre trygdeytelser.

Tabell 11 Status for veteranene i utvalget per 16. januar 2014. Antall, N = 42	
	Per 16. januar 2014
Friskmelding	24
Motter arbeidsavklaringspenger	11
Sykmeldte og/eller mottar andre trygdeytelser	7
Totalt	42

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

106) E-post fra NAV til Riksrevisjonen, 26. juni 2013.

6.4 NAVs oppfølging av veteraner som mottar arbeidsavklaringspenger

Sentrale momenter som er undersøkt for de 44 sakene der veteraner mottar arbeidsavklaringspenger, er NAVs utarbeidelse av arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner.

6.4.1 NAVs utarbeidelse av arbeidsevnevurderinger

Formålet med arbeidsevnevurderingen er å fastslå om brukeren har nedsatt arbeidsevne eller ikke. I dette ligger en vurdering av om brukeren har fått arbeidsevnen nedsatt i en slik grad at vedkommende hindres i å beholde eller skaffe seg inntektsgivende arbeid, jf. *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV* (2010). Det er i saksmappegjennomgangen analysert i hvilken grad følgende sentrale dimensjoner inngår i arbeidsevnevurderingene for de 44 veteranene i utvalget:

- brukers arbeidsevne
- brukers muligheter for arbeid, økt stillingsprosent og aktivitet
- brukers helsemessige begrensninger for arbeid og aktivitet

Brukernes arbeidsevne er i liten eller ingen grad beskrevet i 27 av 44 saker, jf. tabell 12. Noen arbeidsevnevurderinger beskriver brukers arbeidsevne, mens andre ikke gjør det. Dette kan illustreres ved hjelp av to eksempler fra saksmappegjennomgangen. I eksempelet der brukers arbeidsevne i stor grad er beskrevet, heter det: "Per i dag er det vanskelig å si hva han kan klare av arbeid. Men, jobbe i fengsel eller som vokter kan være alternativer ... Hans erfaring når det kommer til konflikthåndtering og uforutsette hendelser, vil blant annet være svært nyttig i et slikt arbeid." I eksempelet der arbeidsevnen i ingen grad er beskrevet, framgår det at: "Søkeren har vesentlig nedsatt arbeidsevne som følge av skadene." I dette eksempelet, og i flere av de sakene der arbeidsevnen i liten eller ingen grad er beskrevet, framkommer det tydelig at brukerne har helsemessige begrensninger. Det står imidlertid lite eller ingen ting om hvilken arbeidsevne brukeren har, til tross for sine helsemessige begrensninger.

Tabell 12 I hvilken grad arbeidsevnevurderingene inneholder en beskrivelse av de tre dimensjonene.
Antall, N = 44

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I ingen grad
Arbeidsevne	7	10	21	6
Muligheter for arbeid, økt stillingsprosent og aktivitet	7	7	22	8
Helsemessige begrensninger for arbeid og aktivitet	22	17	4	1

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

Tabell 12 viser også at brukers muligheter for arbeid, økt stillingsprosent og aktivitet i liten eller ingen grad er beskrevet i 30 av de 44 sakene. I 14 av sakene har dette blitt redegjort for i stor eller noen grad. Det framkommer også av tabellen at arbeidsevnevurderingene i 39 av 44 saker i stor eller noen grad beskriver brukers helsemessige begrensninger.

NAV har i intervju kommentert funnene fra saksmappegjennomgangen. NAV er kjent med at arbeidsevnevurderingene ofte i større grad tar for seg de helsemessige begrensningene til brukerne og i mindre grad beskriver de faktiske mulighetene som brukerne har på arbeidsmarkedet. I NAV har dette blitt bekreftet gjennom interne undersøkelser og kvalitetskontroller av arbeidsevnevurderingene.

NAV påpeker i intervjuet at arbeidsevnevurderingene hovedsakelig har to funksjoner: (1) å vurdere inngangsvilkåret for ytelsen og (2) å vurdere mulighetene for at brukeren kan komme tilbake i arbeid. NAV erkjenner at arbeidsevnevurderingen i stor grad har lagt vekt på å sikre brukerens ytelse, og i mindre grad har lagt vekt på vurderinger om bistand opp mot arbeid. Dette skyldes også at brukeren ofte vil være opptatt av selve ytelsen i startfasen, noe som gjør det krevende for NAVs saksbehandlere å få brukeren til å tenke på arbeid som en mulighet. Arbeidsevnevurderingen utarbeides av saksbehandler og brukes som grunnlag for å fatte vedtak om brukeren oppfyller kravene til arbeidsavklaringspenger. Vedtaket om arbeidsavklaringspenger fattes imidlertid av NAV Forvaltning. De to nevnte funksjonene som arbeidsevnevurderingene har, står også noe i konflikt med hverandre, ettersom det kan bli satt spørsmålstegn ved om brukeren har rett på ytelsen dersom vurderingen inneholder en liste med arbeid som det vurderes at brukeren kan utføre.

NAV påpeker videre i intervjuet at det er svak arbeidsmarkedskompetanse ved en del NAV-kontorer. NAV erkjenner at det tar tid å bygge opp denne kompetansen. For dårlig arbeidsmarkedskompetanse hos den enkelte saksbehandler har ført til at han eller hun har hatt problemer med å synliggjøre et tydelig arbeidsfokus i arbeidsevnevurderingene.

Ifølge NAV kan det ha negative konsekvenser for brukeren at en arbeidsevnevurdering ikke i tilstrekkelig grad fokuserer på hvilke muligheter som kan være aktuelle på arbeidsmarkedet. Mindre vektlegging av muligheter kan føre til at brukeren må gjennom et unødvendig langt løp før han eller hun kan komme tilbake i arbeid.

6.4.2 NAVs utarbeidelse av aktivitetsplaner

Aktivitetsplanen skal inneholde opplysninger om hvilke virkemidler brukeren kan benytte seg av for å oppnå det bestemte målet, og hva slags oppfølging som vil bli gitt av NAV. Aktivitetsplanen er på denne måten forpliktende overfor begge parter og skal bidra til å gi et helhetlig og forutsigbart bilde på aktivitetsforløpet fra nåsituasjonen til målet.¹⁰⁷

Antall aktivitetsplaner og hvorvidt brukerne har gyldig aktivitetsplan

Saksmappegjennomgangen viser at 6 av 44 brukere har fått utarbeidet én aktivitetsplan, 21 har fått utarbeidet to planer, mens 17 har fått utarbeidet tre eller flere planer. Det er videre undersøkt hvorvidt brukerne har gyldige aktivitetsplaner etter at arbeidsavklaringspenger ble innvilget. Halvparten (22 brukere) har hatt kortere eller lengre perioder uten gyldig plan. Sju av disse brukerne har hatt perioder på over seks måneder der de har vært uten gyldig aktivitetsplan, jf. tabell 13.

Tabell 13 Antall brukere som har gått i forskjellige perioder uten aktivitetsplan. N = 44			
Mindre enn 1 måned	Mellom 1 og 3 måneder	Mellom 3 og 6 måneder	Over 6 måneder
22	10	5	7

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

NAV opplyser i intervju at det ved årsskiftet 2012/2013 ble gjennomført en undersøkelse av bruken av aktivitetsplaner ved NAV-kontorene. I november 2012 hadde 75 prosent av alle mottakere av arbeidsavklaringspenger en gyldig aktivitetsplan. Det ble avdekket to hovedårsaker til at flere brukere ikke hadde gyldig plan. Den viktigste årsaken viste seg å være kapasitetsproblemer ved kontorene. Dernest følger at det er tidkrevende å komme fram til hensiktsmessige aktiviteter for brukeren, eller at bruke-

¹⁰⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2010, *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV*, s. 23.

ren har spesielle helsemessige eller sosiale utfordringer som gjør det nødvendig å bruke mer tid. Blant annet kan det gå lang tid før det foreligger en signert plan fra brukeren.

Konsekvensene av ikke å ha en gyldig plan er ifølge NAV avhengig av hvorvidt brukeren er i et aktivitetsforløp eller ikke. Dersom brukeren er i en hensiktsmessig aktivitet, er det ikke nødvendigvis praktiske konsekvenser knyttet til at det ikke foreligger plan. På den annen side kan manglende plan være årsak til at brukeren ikke kommer i gang med hensiktsmessige tiltak eller behandling.

Det framgår av intervjuet at Arbeids- og velferdsdirektoratet jevnlig følger opp at de enkelte NAV-kontorene ser til at brukerne har gyldige aktivitetsplaner.

Innholdet i aktivitetsplanene

I analysen av innholdet i aktivitetsplanene er det tatt utgangspunkt i den første aktivitetsplanen (aktivitetsplan 1). Tabell 14 viser at det i 36 av de 44 sakene i stor eller noen grad er definert konkrete tiltak relatert til oppnåelse av brukerens individuelle mål. Det individuelle målet, som også skal framgå i aktivitetsplanen, handler i 20 av 44 saker om å komme i arbeid og i 9 av 44 saker om å skaffe seg utdanning for derigjennom å bli kvalifisert for arbeid. For de resterende brukerne er målene blant annet økt stillingsprosent, beholde arbeid eller behandling.

Tabell 14 I hvilken grad det i aktivitetsplan 1 er definert konkrete tiltak relatert til brukerens individuelle mål. Antall, N = 44

I stor grad	I noen grad	I liten grad	I ingen grad
27	9	4	4

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

I de åtte sakene der det er funnet at den første aktivitetsplanen i liten eller ingen grad inneholder konkrete tiltak knyttet til oppnåelse av brukerens individuelle mål, har dette blitt rettet opp i seks av de etterfølgende aktivitetsplanene, mens det i to av sakene ikke er funnet konkrete tiltak i de etterfølgende planene.

Tabell 15 viser en oversikt over i hvilken grad aktivitetsplan 1 beskriver et fullstendig løp fram mot hovedmålet, som hovedsakelig innebærer å skaffe eller beholde arbeid. Hovedmålet er det endelige målet for brukeren, mens individuelle mål kan innebære ulike delmål som skal bidra til å nå hovedmålet.

Tabell 15 I hvilken grad aktivitetsplan 1 beskriver et fullstendig løp fram mot hovedmålet. Antall, N = 44

I stor grad	I noen grad	I liten grad	I ingen grad	Ikke omtalt (under utdanning)	Ikke omtalt (i behandling)
6	7	10	7	10	4

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

I 17 av de 44 sakene er det i liten eller ingen grad en beskrivelse av et fullstendig løp fram mot hovedmålet, jf. tabell 15. Et fullstendig løp fram mot hovedmålet er i 13 saker beskrevet i stor eller i noen grad. I tilfeller der veteranen har vært i et utdanningsforløp eller under behandling, er det ofte ikke beskrevet hvordan dette skal bidra

til å realisere målet om å skaffe arbeid. Dette var tilfellet for ti av brukerne som var under utdanning, og fire av brukerne som var i behandling.

Ifølge intervju med NAV er det ikke tilfredsstillende når aktivitetsplanen for brukere som er i et utdanningsforløp, mangler en beskrivelse av løpet fram mot endelig mål. Det bør konkretiseres på hvilken måte utdanningen er med på å bidra til å oppnå endelig mål. Til gjengjeld kan det forsvares at planen for noen brukere er noe mer åpen. Dette gjelder for eksempel mer generelle utdanninger, som kan kvalifisere til mange ulike jobber. NAV påpeker imidlertid at planen uansett må være av en slik kvalitet at det er mulig å følge opp brukeren underveis.

Oppfølgingspunkter og ansvar for hvem som skal gjøre hva

I elleve av sakene var det ikke ført opp konkrete tidspunkter for når tiltakene i aktivitetsplan 1 skulle gjennomføres. For tre av disse var dette heller ikke definert i etterfølgende aktivitetsplaner. I 33 av sakene var det oppgitt konkrete tidspunkter for når tiltakene som var beskrevet i aktivitetsplan 1, skulle gjennomføres. Tiltakene kan være knyttet til enten individuelt mål eller hovedmål, eller begge deler.

Tabell 16 viser i hvilken grad ansvaret for hvem som skal gjøre hva, er tydelig plassert i aktivitetsplan 1. For 16 av de 44 sakene er dette i liten eller ingen grad beskrevet. Tabellen viser videre at dette i stor grad eller noen grad er beskrevet i 28 av sakene.

Tabell 16 I hvilken grad ansvar for hvem som skal gjøre hva, er tydelig plassert i aktivitetsplan 1. Antall, N = 44			
I stor grad	I noen grad	I liten grad	I ingen grad
23	5	9	7

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

I 35 av sakene var det ikke satt opp konkrete oppfølgingspunkter i aktivitetsplan 1. I de øvrige ni sakene var det satt opp konkrete oppfølgingspunkter. Et eksempel på hva som kan være et oppfølgingspunkt, er at bruker sender dokumentasjon til NAV på gjennomført tiltak. I 16 av de 44 sakene framgikk det ikke hva som var brukerens aktivitetsplikt. Dette framgikk imidlertid i de øvrige 28 sakene.

Samlet vurdering av aktivitetsplanene

Tabell 17 viser i hvilken grad den første aktivitetsplanen samlet sett er vurdert til å være av tilstrekkelig kvalitet. I vurderingen av kvalitet er det lagt vekt på at aktivitetsplanen inneholder en god beskrivelse av løpet fram mot målene, og at oppfølging og ansvar framkommer tydelig. I de 44 sakene som ble gjennomgått, ble til sammen 14 av planene vurdert til i liten eller ingen grad å oppfylle kravene om kvalitet. I 30 av 44 saker var det til gjengjeld utarbeidet en plan som i stor eller noen grad ble vurdert til å være av tilstrekkelig kvalitet.

Tabell 17 I hvilken grad innholdet i aktivitetsplan 1 er av tilstrekkelig kvalitet. Antall, N = 44			
I stor grad	I noen grad	I liten grad	I ingen grad
12	18	11	3

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

Et eksempel på en aktivitetsplan som ble vurdert til i ingen grad å oppfylle kravet om kvalitet, ble utarbeidet av saksbehandler flere måneder i etterkant av den perioden planen skulle gjelde for. Planen ble utarbeidet 22. april 2012, og skulle gjelde for perioden 15. mars 2011 til 15. september 2011. Planen inneholdt verken en beskrivelse av mulige aktiviteter eller hvem som hadde ansvar for å følge opp aktivitetene. Det eneste som ble nevnt, var hva som var brukerens yrkesmål.

NAV gir i intervju uttrykk for at det er positivt at et flertall av aktivitetsplanene i stor grad eller i noen grad er av god kvalitet. NAV forklarer avvikene med at det er kapasitetsutfordringer. I en ressursundersøkelse NAV gjennomførte, ble det avdekket at noen saksbehandlere har ansvar for å gi oppfølging til opptil 300 brukere, og det er dermed begrenset hvor mye oppfølging hver enkelt bruker kan tilbys. NAV opplyser at antall brukere per saksbehandler varierer. NAV påpeker videre at brukergruppen som mottar arbeidsavklaringspenger, er stor. NAV nådde i 2012 de kvantitative målene om at 75 prosent skal ha gyldig aktivitetsplan, men kvaliteten er ikke alltid god nok, og NAV arbeider med å heve denne.

Saksmappegjennomgangen viser at 42 av de 44 veteranene i utvalget har hatt oppfølgingsamtale eller har vært i kontakt med NAV minst én gang i året, slik det er krav om i forskrift om arbeidsavklaringspenger § 4. Det forekommer oftest at det er et møte mellom saksbehandler i NAV og veteranen, eller at disse har en samtale på telefon.

Mangler med NAVs oppfølging av brukere som mottar arbeidsavklaringspenger, er for øvrig omtalt i Dokument 1 (2012–2013) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjonen og kontroll for budsjettåret 2011*.

6.4.3 Har veteraner som har mottatt arbeidsavklaringspenger, kommet tilbake i arbeid?

Sakene er gjennomgått i januar 2014 for å undersøke status med hensyn til om veteranene har kommet tilbake i arbeid.

Tabell 18 Status for veteranene i utvalget per 6. januar 2014. Antall, N = 44

	Per 6. januar 2014
Mottar arbeidsavklaringspenger	29
I jobb	7
Under utdanning	4
Uføretrygd	3
Jobbsøker	1
Totalt	44

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

I 29 av de 44 sakene er status at veteranen fremdeles mottar arbeidsavklaringspenger per januar 2014, jf. tabell 18. Disse brukerne har da mottatt arbeidsavklaringspenger i en periode på ett til tre år. Tabellen viser videre at totalt sju av 44 brukere fra saksmappegjennomgangen har kommet i jobb, mens fire er under utdanning. Tre personer har fått innvilget uførepensjon, hvorav én også er delvis i jobb.

I august 2013 var det 36 av veteranene som mottok arbeidsavklaringspenger. Dette betyr at det er sju færre brukere som mottar arbeidsavklaringspenger per januar 2014 enn det var i august 2013. Av disse sju har to kommet i jobb, tre har startet på utdan-

ning, én har gått over på uføretrygd, mens den siste søker jobb etter å ha fullført tre års utdanning.

6.5 NAVs oppfølging av veteraner som mottar dagpenger

Saksmappegjennomgangen for dagpenger omfatter 41 saker og belyser forhold som er vesentlige for å sikre at brukerne får god oppfølging.

I tildelingsbrevet fra Arbeidsdepartementet til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2012, framgår det at arbeidssøkere skal sikres god oppfølging, og at de som har stort bistandsbehov, skal gis tett oppfølging. Ifølge intervju med NAV er det store forskjeller med hensyn til hvor mye oppfølging dagpengemottakere har behov for. Det er utfallet av behovsvurderingen som avgjør hvilken type innsats som skal tilbys brukerne. Behovsvurderinger for brukere på dagpenger vil ha ett av følgende utfall: (1) standardinnsats, (2) situasjonsbestemt innsats eller (3) spesielt tilpasset innsats. Brukere som i stor grad kan forventes å klare å skaffe seg arbeid selv, får vedtak om standardinnsats, og disse følges opp i liten grad.

6.5.1 Nærmere om veteranene i utvalget av de som mottok dagpenger

Størstedelen av veteranene som inngår i saksmappegjennomgangen, er yngre enn 45 år. Av i alt 41 veteraner er det ti som er yngre enn 30 år, og 25 som er mellom 30–44 år. Videre er det fem av veteranene som er mellom 45–59 år, og én veteran som er 60 år eller eldre.

Før disse veteranene ble arbeidsledige og mottok dagpenger, var det 25 som hadde Forsvaret som siste arbeidsgiver. De resterende 16 veteranene er registrert med en annen arbeidsgiver i perioden etter at de tjenestegjorde i Forsvaret og før de mottok dagpenger fra NAV.

6.5.2 Antall oppfølginger og tid mellom hver oppfølging

Arbeids- og velferdsdirektoratet har satt som mål for 2012 at 80 prosent av alle arbeidssøkere skal motta oppfølging minst hver tredje måned.¹⁰⁸ NAV presiserer i intervju at målet gjelder alle arbeidssøkere, og ikke kun de som mottar dagpenger.

I figur 6 er det laget et skille på tre måneder, tilsvarende 90 dager, for å fange opp antallet av saker som ikke overholder dette målet. I beregningene av måneder er det tatt utgangspunkt i at én måned tilsvarende 30 dager, tre måneder tilsvarende 90 dager, mens seks måneder tilsvarende 180 dager.

Oppfølgingen fra NAV består normalt av et møte mellom NAV og bruker, enten ved personlig frammøte av sistnevnte eller ved kontakt over telefonen. I tillegg til dette kan brukerne få mulighet til å delta på tiltak som jobbklubb, arbeidspraksis eller kurs. Jobbklubb innebærer å styrke brukernes muligheter på jobbmarkedet ved å tilby dem opplæring i hvordan de skal skrive CV og søknad, samt å forberede dem til intervju og nettverksbygging.

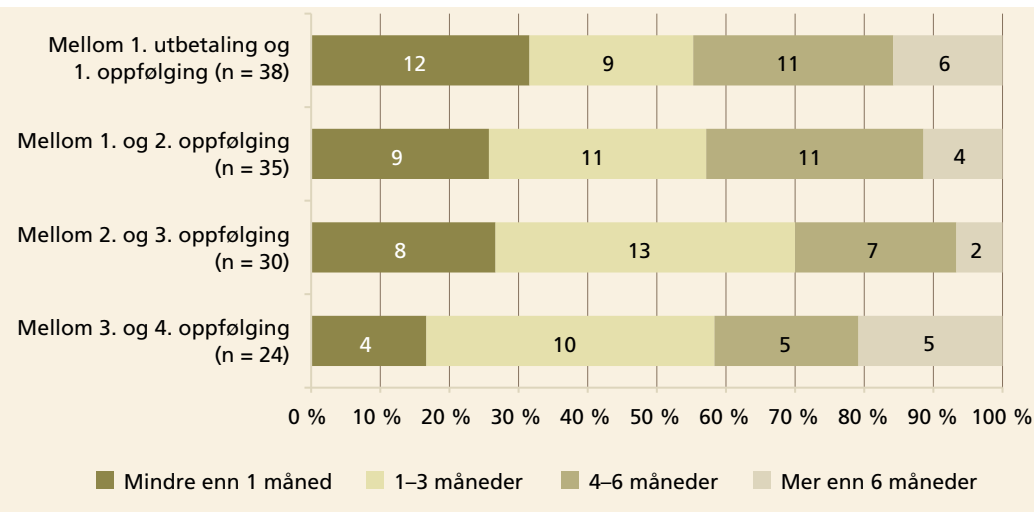
Figur 6 viser hvor lang tid det går før veteranene i utvalget får en oppfølging, og er beregnet til og med den fjerde oppfølgingen. For å måle tiden før første oppfølging, er det tatt utgangspunkt i datoen for første utbetaling av dagpenger. For å måle tiden forut for de andre oppfølgingene, er det avstanden mellom den aktuelle oppfølgingen og oppfølgingen som ble gitt før dette som danner grunnlag for utregningen. I tillegg tar figur 6 kun for seg brukere som får den aktuelle oppfølgingen. Det vil for eksem-

108) Mål- og disponeringsbrevet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til fylkene for 2012, vedlegg 1, punkt 1.2.1.

pel si at hvis en bruker kun får én oppfølging, så er denne brukeren ikke med i utvalget for de resterende tre oppfølgingene. Antallet av brukere som er med i utvalget ved den enkelte oppfølging, står oppført foran hver søyle i figur 6.

Den første søylen i figur 6 viser at for de brukerne som fikk en oppfølging etter første utbetaling av dagpenger, var det 45 prosent (17 av 38) som ikke fikk denne innen det hadde gått tre måneder. 16 prosent (6 av 38) fikk denne oppfølgingen etter at det hadde gått mer enn seks måneder. Videre viser figuren at av de brukerne som fikk en andre oppfølging, ventet nesten halvparten, 43 prosent (15 av 35), i mer enn tre måneder før de fikk denne oppfølgingen. 11 prosent (4 av 35) gikk i over seks måneder før de fikk denne oppfølgingen.

Figur 6 Tid mellom oppfølginger fra NAV. Antall og prosent, N varierer



Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

Av de som fikk en tredje oppfølging, er det litt færre, 30 prosent, som gikk i over tre måneder uten oppfølging. For brukere som fikk den fjerde oppfølgingen, stiger andelen som ikke fikk denne før det hadde gått tre måneder, til 42 prosent. Før den fjerde oppfølgingen er det dessuten fem brukere som går i mer enn seks måneder før oppfølgingen blir gitt.

Det er til sammen 17 brukere som ikke mottar alle de fire oppfølgingene som framgår av figur 6. Ni av disse 17 brukerne har etter den siste oppfølgingen, eller i noen tilfeller fra den første utbetalingen, da gått i en periode på over tre måneder på dagpenger uten at NAV har gitt oppfølging. Tre av de ni har ikke fått noen oppfølging fra NAV, selv om de har mottatt dagpenger i mellom seks og tretten måneder. For de øvrige åtte brukerne gikk det under tre måneder fra siste oppfølging ble gitt, og til de fikk den siste utbetalingen av dagpenger. Det kan dermed i utgangspunktet ikke forventes oppfølging fra NAV i disse åtte sakene. Brukeren kan her eksempelvis ha mottatt den første oppfølgingen, men ikke blitt fulgt opp etter dette, fordi brukeren kom tidlig ut i arbeid eller gikk over på en annen ytelse fra NAV.

Forskjellen i NAVs oppfølging kan illustreres ved hjelp av to eksempler. I det ene eksempelet har brukeren fått minst fire oppfølginger i en periode på ni måneder. I denne saken var NAV også involvert i å få brukeren ut i arbeid, ved blant annet å tipse brukeren om aktuelle stillinger. I et annet eksempel, der brukeren er under 30 år, går det nesten 300 dager før brukeren får sin første reelle oppfølging, som skjer i oktober 2012. Fire måneder tidligere sendte imidlertid NAV et brev til brukeren med

et jobbforslag, men opplyste følgende i et notat av samme dag: "Usikker på hans utdanningsbakgrunn og hvilke stillinger han er kvalifisert for, uten å ha snakket med ham. Sender jobbmach-annonsen i posten til ham."

Det framgår av NAVs virksomhetsrapport for 2013, punkt 3.1.4, at gjennomsnittlig 82 prosent av alle arbeidssøkere fikk oppfølging hver tredje måned i 2013. NAV viser i intervju til at den innledende behovsvurderingen er et sentralt element i oppfølgingen. Dette er det første møtet mellom NAV og brukeren, og skal normalt finne sted før første utbetaling av dagpenger. Det skal i møtet foretas en behovsvurdering der det blir avklart hvorvidt brukeren er i stand til å arbeide fullt eller ikke. Her blir det også tatt stilling til hvilke tiltak som kan være aktuelle, og hva slags type oppfølging brukeren har behov for fra NAV.

NAV påpeker at den innledende behovsvurderingen ikke er tatt med i revisjonens saksmappegjennomgang, all den tid det her tas utgangspunkt i oppfølging *etter* at det er fattet vedtak om dagpenger. Ifølge NAV er denne innledende behovsvurderingen å betrakte som en første oppfølging.

NAV viser i intervjuet videre til at brukere med større behov for bistand får tettere oppfølging. NAV prioriterer for eksempel oppfølging av brukere som har stått lenge utenfor arbeidsmarkedet. Mange av disse mottar ikke dagpenger. Det er ifølge NAV større kamp om jobber med lave kvalifikasjonskrav enn tidligere, og det kan føre til at flere trenger bistand fra NAV. Dersom dagpengemottakeren er langtidsledig (for eksempel ledig i mer enn seks måneder), vil det være grunn til å anta at brukeren har behov for tettere oppfølging fra NAV. I et godt arbeidsmarked anser NAV langtidsledighet som en indikasjon på at brukeren har en eller annen form for hindring, og dermed trenger bistand fra NAV.

NAV peker på to hovedårsaker til at oppfølging i en del tilfeller ikke finner sted som forutsatt. Det ene er kapasitetsproblemer ved mange av kontorene, særlig i sentrale strøk. Konsekvensen er at NAV ikke rekker å følge opp alle så tett som ønskelig. Ved de små kontorene er det derimot uvanlig at brukerne går lenge uten oppfølging. Den andre hovedårsaken til at oppfølging ikke blir gitt, er at brukeren ikke møter opp til avtale. I revisjonen er dette registrert som en oppfølging fra NAVs side.

6.5.3 NAVs tiltak for veteraner som mottar dagpenger

Tabell 19 viser antallet av veteranene i utvalget som har fått tilbud om tiltak hos NAV. Her framgår det at 17 av brukerne ikke fikk tilbud om tiltak i den perioden de fikk utbetalt dagpenger, mens 24 brukere fikk et tilbud.

Tabell 19 Antall brukere som har deltatt i eller fått tilbud om tiltak. N = 41		
Fullført tiltak	Ikke fullført tiltak / takket nei	Ingen tiltak
16	8	17

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

Av tiltakene var jobbklubb det som NAV hyppigst ga tilbud om (16 av 24). I tillegg fikk tre av brukerne tilbud om arbeidspraksis og tre av brukerne tilbud om kursing. I de resterende to sakene var tiltaket knyttet til hjelp til oppstart av egen virksomhet.

NAV framholder i intervju at i vurderingen av om brukeren er aktuell for tiltak, skal det først og fremst vurderes i hvilken grad brukeren har muligheter for å komme ut i arbeid. Deretter tas det stilling til hvilke tiltak som kan være aktuelle. For at tiltak skal

benyttes, må det vurderes som nødvendig og hensiktsmessig, dvs. at det kan forventes at brukeren kan nyttiggjøre seg av tiltaket. Å få tilbud om tiltak er ingen rettighet. Ettersom NAV har begrensede midler til rådighet, må det prioriteres også her.

Selv om tiltak ikke er en rettighet, er det ifølge NAV uheldig at mange brukere ikke får tilbud om tiltak. NAV presiserer samtidig at det i noen grad også er opp til brukeren å engasjere seg for å få tilgang på tiltak. NAV påpeker videre at det ikke er hensiktsmessig for alle brukere å delta i tiltak. I de tilfellene der brukeren har takket nei til tiltak, kan dette være en konsekvens av lite motivasjon eller at brukeren ikke anså tiltaket som nødvendig.

Riksrevisjonen har tidligere identifisert svakheter knyttet til forvaltningen av arbeidsrettede virkemidler og tiltak som skal bidra til høy arbeidsdeltakelse, jf. Dokument 1 (2013–2014) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2012*, s. 28–30. Her blir det blant annet påpekt at det er en risiko for at valg av arbeidsmarkedstiltak for den enkelte bruker skjer ut ifra andre kriterier enn det som er optimalt for å få brukeren ut i arbeid.

Videre framgår det av referat fra etatsstyringsmøte mellom Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og NAV 1. november 2013 at resultatene for overgangen til arbeid for arbeidssøkere er for dårlig. Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsker derfor å styrke bevisstheten om arbeidsmarkedskompetanse.

6.5.4 Har veteraner som har mottatt dagpenger, kommet tilbake i arbeid?

Tabell 20 viser at i 8 av de 41 sakene som er gjennomgått, er status at brukeren per januar 2014 fremdeles mottar dagpenger. Tre av disse brukerne har da mottatt dagpenger i snart to år, mens fire brukere har mottatt dagpenger i mer enn halvannet år. Den siste brukeren som mottar dagpenger, har hatt en midlertidig jobb før den 6. januar 2014, slik at brukeren kun har mottatt dagpenger i litt mer enn ett år sammenhengende før oppstart i denne jobben.

Over halvparten av veteranene i utvalget (27 av 41) har kommet ut i arbeid, jf. tabell 20. Av disse kom 12 brukere ut i arbeid før det var gått ett år, mens 13 brukte mellom ett og to år på å komme ut i arbeid. To av brukerne som kom ut i arbeid, mottok dagpenger i nærmere to år.

Fire av de 41 veteranene i utvalget er stadig jobbsøkere, men mottar ikke dagpenger fra NAV. Alle disse brukerne har oppnådd maksimal stønadperiode som er på to år for personer som har hatt arbeidsinntekt, jf. folketrygdloven § 4-15.

Tabell 20 Status for veteranene i utvalget per 6. januar 2014. Antall, N = 41

	Per 6. januar 2014
Mottar dagpenger	8
I jobb	27
Under utdanning	1
Jobbsøker uten rett til dagpenger	4
Sykepenger	1
Totalt	41

Kilde: Saksmappegjennomgang i NAV

NAV uttaler i intervju at de er opptatt av å fange opp brukere før retten til dagpenger er utløpt. NAV har derfor satt et mål om å gi disse brukerne oppfølging 26 uker før retten til dagpenger er brukt opp. NAV tar ut månedlig statistikk på hvorvidt dette målet er nådd. I hele 2012 ble dette overholdt i 70 prosent av tilfellene, mens det i desember 2012 var 75 prosent som fikk denne oppfølgingen.

NAV har ikke en særskilt måte å følge opp brukere som har brukt opp retten til to år med dagpenger. Noen brukere vil gå over på arbeidsavklaringspenger. For andre vil ansvaret overføres til kommunene i form av sosialhjelp. NAV uttaler i intervjuet at de ser sosialhjelp som svært uheldig for brukeren, og legger derfor stor vekt på å gi oppfølging 26 uker før dagpengerettighetene er brukt opp.

6.6 Kompetansehevende tiltak i NAV og samarbeid med andre aktører

6.6.1 Gjennomføring av tiltak i handlingsplanen knyttet til kompetanseheving og samarbeid

Arbeids- og velferdsdirektoratet har i samarbeid med Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging region øst (RVTS Øst) utarbeidet et kurs for ansatte ved NAV Arbeidsrådgivning og rådgivende overleger i NAV, jf. tiltak 100 i handlingsplanen "I tjeneste for Norge". Kurset er basert på en opplæringspakke som er utviklet i RVTS Øst. Det tas ifølge handlingsplanen sikte på å skape kontinuitet i kompetanseoverføring fra RVTS-ene til NAV.

Arbeidsdepartementet rapporterte per 24. januar 2013 at tiltaket var iverksatt, og at opplæringen ble gjennomført i 2011. 45 personer gjennomførte et kompetansegivende kurs over fire dager, basert på opplæringspakken fra RVTS Øst.¹⁰⁹

NAV viser i intervju til at bakgrunnen for tiltaket er at det forutsettes at økt kompetanse vil bidra til bedre kvalitet på NAVs tjenester. Kompetansen om veteraner hos de som deltok på kurset, har økt, og de bør derfor kunne gjøre en bedre jobb med denne gruppen i etterkant. NAV legger ved interne opplæringstiltak vekt på at opplæringen må være etterspurt, og at den oppleves som relevant. Deltakerne på kurset har gitt gode tilbakemeldinger på kursets innhold. NAV opplyser videre at selv om opplæringspakken ble utviklet av RVTS Øst, er kursets innhold godt forankret i NAV. NAV stilte som krav at kurset måtte være kompetansegivende for leger og psykologer, siden dette ble vurdert som viktig for å øke interessen for kurset.

Flere av de som har deltatt på kompetansehevende kurs, har ifølge NAV meldt tilbake om at de anser sin kompetanse om veteraner som god. Samtidig meddeles det at en mottar få henvendelser fra saksbehandlere som ønsker å nyttiggjøre seg denne kompetansen. En sentral årsak til at saksbehandlere ikke tar kontakt, antas å være at veteranene er en liten gruppe blant NAVs mange brukere, og at det dermed blir få saker med veteraner på hvert kontor. De trenger heller ikke nødvendigvis å ha spesielt utfordrende problematikk. Veteraner opplyser heller ikke alltid om sin status i kontakten med NAV, og det er ikke gitt at saksbehandler klarer å fange opp behov knyttet til brukerens veteranbakgrunn. Det kan også forekomme at saksbehandlere i førstelinjen ikke er godt nok kjent med at det finnes spesiell kompetanse om veteraner i NAVs andrelinje.

6.6.2 Ordningen med NAV-loser

NAV opplyser i intervju at ordningen med NAV-loser ikke gjelder spesifikt for veteraner, men generelt for personer med psykiske lidelser. Det er ca. 60 NAV-loser totalt.

109) Brev fra Arbeidsdepartementet til Forsvarsdepartementet, 24. januar 2013.

Deres oppgave er å koordinere bistanden til brukere med psykiske lidelser. NAV-losen vil ta kontakt med relevante instanser både internt i NAV og eksternt, og gi bistand til brukeren ved behov. Dette kan for eksempel være å tilrettelegge på arbeidsplassen dersom brukeren skal prøve seg i arbeidslivet. Hver NAV-los får tildelt en gruppe med brukere som skal følges opp.

Ordningen med NAV-losere er ifølge NAV evaluert av Proba samfunnsanalyse, som har konkludert med at brukerne i stor grad er fornøyd, men at NAV kan bli bedre til å nyttiggjøre seg losenes kompetanse.

6.6.3 NAVs kompetansemiljø for veteraner

NAV opplyser i intervju at de har etablert et kompetansemiljø for veteraner på Elverum. Kompetansemiljøet består av to stillinger som skal drive informasjonsvirkosomhet og være et sted der andre NAV-enheter kan søke råd og veiledning. Kompetansemiljøet inngår som en del av Pilotprosjekt Østerdalen. Pilotprosjektet er et samarbeid mellom Forsvaret, NAV og kommunene Åmot og Elverum, der målet er å prøve ut modeller for samarbeid i kommunenes førstelinjetjeneste innenfor fagområdene NAV, helse og omsorg, barn og familier, jf. Prop. 1 S. (2013–2014) *Forsvarsdepartementet*.

NAV gir uttrykk for at det ikke er mulig å bygge opp kompetanse om veteraner ved alle NAV-kontorer. Hensikten med kompetansemiljøet på Elverum er derfor å samle kompetansen på ett sted, slik at andre NAV-kontorer kan henvende seg dit dersom de får brukere som er veteraner. Kompetansemiljøet på Elverum deltar også på mellomlandingene Forsvaret arrangerer. Hensikten er å gi informasjon til veteranene om hva NAV kan bistå med.

Kompetansemiljøet på Elverum behandler ikke selv enkeltsaker, med unntak av de sakene som berører NAV Elverum. Dette henger sammen med at alle veteraner skal betjenes av sitt lokale NAV-kontor. NAV ser det ikke som riktig å opprette et eget kontor for veteraner. NAV skal gi individuell oppfølging til brukerne, uavhengig av hvilken gruppe den enkelte tilhører. Et eget veterankontor vil stride mot dette prinsippet, og vil også kunne få uheldige følger for brukeren. For eksempel vil den geografiske avstanden mellom brukeren og NAV bli stor, og det kan også være vanskelig for saksbehandlere å være godt nok oppdatert på NAVs faglige standarder mer generelt.

Etableringen av kompetansemiljøet på Elverum er også tatt opp i intervju med veteranorganisasjonene. Veteranorganisasjonene gir uttrykk for at dette er et positivt tiltak. Veteranorganisasjonene henviser veteraner som har spørsmål knyttet til NAV, til de to saksbehandlerne på Elverum. Disse tar deretter kontakt med relevante personer internt i NAV, og veileder veteranene videre i NAV-systemet. At veteranene kommer i kontakt med de to som har spesialkompetanse på Elverum, fordrer imidlertid at veteranene – gjennom veteranorganisasjonene eller på annen måte – blir kjent med at denne kompetansen finnes. Veteranorganisasjonene erfarer at vanlige NAV-ansatte som regel ikke vil kjenne til arbeidet som gjøres på Elverum, og derfor heller ikke vil ta kontakt for å få veiledning. At den enkelte veterans kjennskap til kompetansemiljøet på Elverum er så avgjørende, er ifølge veteranorganisasjonene en klar svakhet ved systemet. Veteranorganisasjonene påpeker likevel at et spesialisert kompetansemiljø har vært positivt for de enkelte veteranene som har kommet i kontakt med dette miljøet, og dermed fått bistand. Det er derfor etter veteranorganisasjonenes syn viktig at de positive effektene blir videreført også i etterkant av handlingsplanperioden.

6.6.4 Muligheten for å sikre kontinuitet etter at perioden for handlingsplanen utløper

NAV uttaler i intervju at det er et mål å sikre kontinuitet i kompetanse og tiltak knyttet til veteraner. NAV viser i den forbindelse til at kompetansemiljøet på Elverum vil bli videreført, også etter at perioden for handlingsplanen er over.

NAV viser videre til at RVTS Øst fortsatt holder kurs for NAV-ansatte. Kurset som RVTS opprinnelig avholdt for nøkkelpersonell i NAV, har blitt omarbeidet, slik at det tilbys i en forenklet utgave til flere NAV-ansatte. Dette kurset er mindre omfattende enn det opprinnelige, og favner også bredere, ved at det omfatter traumelidelser mer generelt. Eksempelene som benyttes i kurset, er imidlertid i stor grad hentet fra veteraners erfaringer. Kurset er relevant for at NAV skal kunne gi god oppfølging til veteraner, men er også relevant for andre grupper med traumelidelser, for eksempel Utøya-ofre. Kurset tilbys til NAV-loser og ansatte ved NAV-kontorer.

7 Behandling av erstatningssaker for psykiske belastningsskader

Forskriftene som regulerer den særskilte kompensasjonsordningen for psykiske belastningsskader, er gitt av Forsvarsdepartementet, og søknadene behandles av Statens pensjonskasse (SPK). Klager på SPKs vedtak behandles av Klagenemnda for krav om kompensasjon og billighetserstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner.

Kompensasjonsordningen kan gi 35 ganger folketrygdens grunnbeløp (35 G) for 100 prosent ervervsuførhet, med lempeligere beviskrav enn etter ordinær erstatningsrett. Ordningen ble i juni 2012 utvidet til også å omfatte 65 G, men da med ordinære krav til bevis. I vedlegg 2 gis en oversikt over sentrale erstatningsordninger som er etablert knyttet til skader som følge av tjenestegjøring i internasjonale operasjoner.

Forsvarsdepartementet har 22. november 2010 gitt et tolkningsnotat med presiseringer av forskriften om særskilt kompensasjonsordning. Tolkningsnotatet viser til at grunnvilkåret for kompensasjon er at det må sannsynliggjøres en årsakssammenheng mellom tjeneste i en internasjonal operasjon og den varige psykiske belastningsskaden. Den psykiske belastningsskaden må ha sin årsak i selve tjenestegjøringen, og det må foreligge sannsynlighetsovervekt for en slik årsakssammenheng. Det er videre et vilkår i henhold til forskriften at belastningsskaden har medført varig ervervs-messig uførhet. Tolkningsnotatet slår fast at siden de fleste kravene under kompensasjonsordningen ligger langt tilbake i tid, skal beviskravet praktiseres lempeligere enn etter et krav under det alminnelige erstatningsmessige grunnlaget.

7.1 SPKs saksbehandling av erstatningssaker etter 35 G-ordningen

SPK har i perioden 2010–2013 mottatt totalt 694 saker som gjelder den særskilte kompensasjonsordningen. Av disse er 478 saker knyttet til 35 G-ordningen, og 216 saker er knyttet til 65 G-ordningen. SPK hadde per 30. november 2013 endelig avsluttet 270 35 G-saker og 110 65 G-saker. 200 saker knyttet til 35 G-ordningen og 99 saker knyttet til 65 G-ordningen var fortsatt under arbeid.¹¹⁰

Tabell 21 viser en oversikt over hvor mye SPK har utbetalt i perioden 2010–2013. For 2013 ble det innenfor 35 G-ordningen utbetalt 91 mill. kroner, og innenfor 65 G-ordningen 266 mill. kroner. Totalt er det utbetalt 713 mill. kroner i perioden.

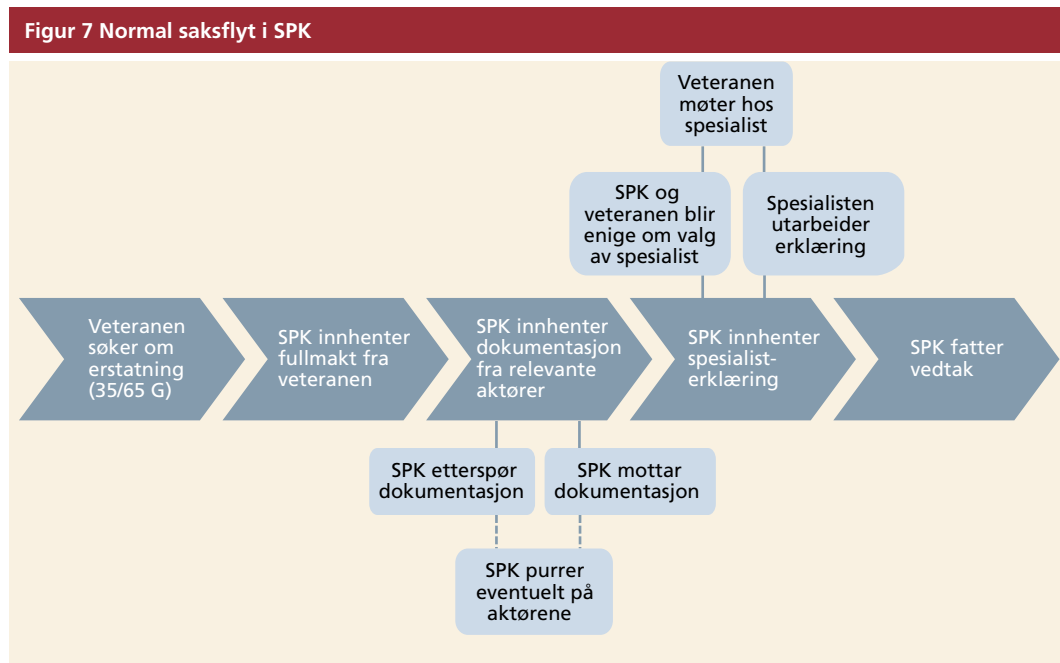
Tabell 21 Oversikt over beløp utbetalt, mill. kroner

År	Totalt	35 G	65 G
2010	94	94	0
2011	109	109	0
2012	152	136	17
2013	358	91	266
Totalt	713	430	283

Kilde: SPK

110) Status for saker etter kompensasjonsordningen 1978–2009 per 30. november 2013, jf. e-post fra SPK til Riksrevisjonen, 30. januar 2014. Referansen gjelder for begge de to første avsnittene under punkt 7.1.

Det er mange elementer som inngår i SPKs saksbehandling, jf. figur 7. Figuren viser hvilke elementer som inngår i en normal saksflyt, fra en søknad om erstatning mottas i SPK, til det fattes vedtak.



Kilde: Saksflytanalyse

Det er gjennomført en saksflytanalyse av 29 av sakene innenfor 35 G-ordningen, der tidsbruk knyttet til de ulike fasene i saksbehandlingen er registrert og analysert.

Tabell 22 Saksbehandlingstid. Antall, N = 29

1 år eller mindre	1–2 år	2–3 år	Mer enn 3 år	Vedtak foreligger ikke
7	6	7	4	5

Kilde: Saksflytanalyse

Tabell 22 gir en oversikt over hvor lang tid sakene som inngår i saksflytanalysen, har tatt fra veteranen har søkt om erstatning, til det er fattet vedtak. Som tabellen viser, har til sammen elleve av sakene der det foreligger vedtak, hatt en saksbehandlingstid på mer enn to år, mens seks av sakene har hatt en saksbehandlingstid på mellom ett og to år. Arbeids- og sosialdepartementet framholder i brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014 at saksbehandlingstiden for en del av sakene har vært for lang, og at enkelte skadelidte kan ha opplevd dette som problematisk. Departementet framhever imidlertid at det er ulike årsaker til at saksbehandlingen tar tid, se nærmere omtale i punkt 7.2.2.

Som det framgår av tabellen, foreligger det ikke vedtak for fem av sakene i analysen på tidspunktet for saksmappegjennomgangen. Fire av de fem sakene hadde vært til behandling hos SPK i mer enn tre år.

7.1.1 SPKs innhenting av fullmakt fra skadelidte

For at SPK skal kunne belyse sakene på best mulig måte, er de avhengige av dokumentasjon for å kunne verifisere veteranens historie og bakgrunn. Som et ledd i dette skal det ifølge SPKs interne retningslinjer – *Behandling av krav om erstatning* – inn-

hentes journaler og annen dokumentasjon som SPK anser som nødvendig. Det skal da innhentes samtykke fra skadelidte. Skadelidte samtykker ved å fylle ut og undertegne et fullmaktsskjema.

Tabell 23 Tid fra søknadsdato 35 G til SPK sender ut forespørsel om fullmakt. Antall, n = 26

2 uker eller mindre	2–4 uker	1–3 måneder	Mer enn 3 måneder
12	6	6	2

Kilde: Saksflytanalyse

Tabell 23 viser resultater fra saksmappegjennomgangen i de tilfellene der det er innhentet fullmakt.¹¹¹ I om lag to tredeler av sakene sender SPK forespørsel om fullmakt til skadelidte innen én måned etter at søknad er mottatt. I til sammen åtte tilfeller tar dette mer enn én måned. I seks av disse åtte sakene har SPK ikke igangsatt videre saksbehandling før fullmakten var mottatt.

Saksmappegjennomgangen viser at det i tre tilfeller tar mellom fire og seks måneder fra SPK etterspør fullmakt fra veteranen, til denne er SPK i hende. I ni tilfeller tar det mellom én og tre måneder før veteranen har returnert fullmakten. I 14 tilfeller er fullmakten SPK i hende innen én måned.

Tabell 24 Tid mellom fullmakt er mottatt av SPK, til SPK sender forespørsel om dokumentasjon. Antall, n = 25

2 uker eller mindre	2–3 uker	3–5 uker	Mer enn 5 uker
17	5	2	1

Kilde: Saksflytanalyse

Tabell 24 gir en oversikt over hvor lang tid det tar fra SPK har mottatt fullmakten fra veteranen, til SPK sender ut forespørsel til aktuelle instanser for å innhente dokumentasjon.¹¹² I de fleste tilfeller tar det tre uker eller mindre før forespørselen blir sendt. Det er ett tilfelle der det tar mer enn fem uker før SPK etterspør dokumentasjon. I dette tilfellet tar det 19 måneder. En pågående sak i NAV med utarbeidelse av spesialisterklæring kan forklare dette. Etter at SPK har mottatt relevant dokumentasjon fra NAV, tar det imidlertid fem måneder før de etterspør ytterligere dokumentasjon fra helsevesenet og NAV.

7.1.2 Innhenting av dokumentasjon fra det sivile helsevesenet, NAV og Forsvaret

Det er i saksmappegjennomgangen gjort et skille på om dokumentasjon er innhentet fra det sivile helsevesenet, NAV eller Forsvaret.

111) I tillegg til de 26 tilfellene der fullmakt er innhentet, viser undersøkelsen tre tilfeller der fullmakt av ulike årsaker ikke foreligger, blant annet fordi SPK har innhentet dokumentasjon via advokat eller i et tidligere saksforløp.

112) I ett av de 26 tilfellene der SPK har mottatt dokumentasjon, er det ikke funnet dato for når SPK har sendt forespørsel om dokumentasjon. Dette er årsaken til at n = 25 i tabellen.

Tabell 25 Hvor lang tid det tar før SPK mottar dokumentasjon fra helsevesenet, NAV og Forsvaret. Antall, n varierer

	1 måned eller mindre	1–3 måneder	3–6 måneder	Mer enn 6 måneder	Totalt
Helsevesenet	5	11	6	4	26
NAV	13	9	1	2	25
Forsvaret	9	8	1	1	19
Totalt	27	28	8	7	70

Kilde: Saksflytanalyse

Tabell 25 viser hvor lang tid det har tatt fra SPK har etterspurt dokumentasjon fra de ulike instansene, til den er mottatt i SPK. SPK har i 55 av 70 tilfeller mottatt etterspurt dokumentasjon innen tre måneder. I til sammen 15 av tilfellene har det tatt mer enn tre måneder å innhente dokumentasjonen.

Både fra NAV og Forsvaret oversendes dokumentene i de aller fleste sakene før det har gått tre måneder, mens det fra helsevesenet tar lengre tid enn tre måneder i 10 av 26 saker. Det har i fire tilfeller gått mer enn seks måneder fra SPK har etterspurt dokumentasjonen fra helsevesenet, til dokumentasjonen er mottatt i SPK, jf. tabell 25. Det framgår videre at det i to saker har tatt mer enn seks måneder fra SPK har etterspurt dokumenter fra NAV, til de har vært SPK i hende.

SPK uttaler i intervju at de kjenner igjen situasjonen som er presentert i tabellen, og bekrefter at det kan være mer utfordrende å innhente dokumentasjon fra helsevesenet enn fra NAV og Forsvaret. En årsak til dette er at det er mange ulike instanser i helsevesenet som gjerne ikke har vært i kontakt med SPK tidligere, deriblant lokale legekontorer. SPK tar normalt kontakt med flere instanser i helsevesenet i behandlingen av en sak, og hvis bare én av dem bruker lang tid på å svare, forsinkes prosessen.

SPK framhever at samarbeidet med NAV har forbedret seg den siste tiden. Dette forklares med at det er etablert et godt samarbeid med utpekte kontaktpersoner. Behovet for god koordinering mellom SPK og NAV er videre framhevet i SPKs interne retningslinjer *Behandling av krav om erstatning*. NAV og SPK har på denne bakgrunnen etablert rutiner for samhandling i saker som gjelder krav fra veteraner om ytelser eller erstatning.¹¹³ Ifølge disse rutinene skal saksbehandler i NAV og SPK ta gjensidig kontakt for å få oversikt over hvilke dokumenter som allerede er innhentet hos den andre. Når SPK opplever at det tar lang tid å få dokumenter fra NAV, tar SPK kontakt med kontaktpersonene i NAV. Dette bidrar til å korte ned tiden det tar å få dokumenter fra NAV.

SPK har i 17 saker etterspurt supplerende dokumentasjon etter at dokumentasjon innhentet i første runde er mottatt.

Tabell 26 Tid mellom etterspørsel og mottak av supplerende dokumenter. Antall, n = 17

3 måneder eller mindre	3–6 måneder	6–12 måneder	1–2 år	Mer enn 2 år
12	0	1	3	1

Kilde: Saksflytanalyse

113) Rutinene inngår som punkt 6.2.2 i dokumentet *Behandling av krav om erstatning*.

Tabell 26 viser at det i tolv av sakene har tatt tre måneder eller mindre å innhente den supplerende dokumentasjonen. I totalt fire saker har dette tatt mer enn ett år.

7.1.3 SPKs purring på etterspurt dokumentasjon

Tabell 27 viser hvor lang tid det tar før SPK purrer på etterspurt dokumentasjon fra de ulike instansene etter første forespørsel. SPK har i intervju uttalt at det er rimelig å foreta purring på etterspurt dokumentasjon når det har gått mellom én og to måneder etter at SPK sendte brev til den aktuelle instansen. Det ble i intervjuet enighet om at det i analysen kan legges til grunn at det bør kunne forventes at SPK har sendt purring senest innen to måneder.

Tabell 27 Hvor lang tid det tar før SPK purrer på de forskjellige instansene. Antall, n varierer

	2 måneder eller mindre	2–4 måneder	4–6 måneder	Mer enn 6 måneder	Purring mangler selv om det har tatt mer enn 2 måneder å hente inn dokumentene
Helsevesenet	3	3	2	1	4
NAV	4	1	0	3	2
Forsvaret	2	0	0	0	3
Totalt	9	4	2	4	9

Kilde: Saksflytanalyse

Tabellen viser totalt 19 tilfeller der etterspurt dokumentasjon ikke var mottatt i SPK innen to måneder, uten at SPK hadde purret. Blant disse inngår ti tilfeller der SPK purrer, men først etter at det har gått mer enn to måneder. I fire tilfeller tar dette mer enn et halvt år. Blant de 19 tilfellene inngår også ni tilfeller der SPK ikke purrer overhodet. I to av de ni sakene har det gått 13 og 18 måneder uten at SPK har purret.

Saksmappegjennomgangen viser eksempler på at purring har god effekt, i den forstand at det tar kort tid fra purring er sendt, og til dokumentene er mottatt. Blant annet er det en sak der det tar 218 dager fra SPK har etterspurt dokumentasjon fra helsevesenet, til det er SPK i hende. SPK purrer i denne saken på helsevesenet 206 dager etter at de har etterspurt dokumentasjonen første gang. Dokumentasjonen er SPK i hende tolv dager etter at de har sendt purringen. I dette tilfellet er det tydelig at SPK avventer å sette i gang neste ledd i saksbehandlingen til etter at de har mottatt all dokumentasjon fra helsevesenet.

Det framgår av intervju med SPK at det ikke er etablert egne rutiner for å sikre at henvendelser om etterspurt dokumentasjon blir besvart innen rimelig tid. Det er ifølge SPK den enkelte saksbehandler som har ansvar for å følge opp sine saker. Rutiner for å purre er ikke nedfelt i SPK sine interne retningslinjer *Behandling av krav om erstatning*. SPK gir imidlertid uttrykk for at det kunne være hensiktsmessig å nedfelle purringrutiner i skriftlige rutinebeskrivelser, for å sikre enhetlig og god praksis.

Arbeids- og sosialdepartementet uttaler i brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014 at det vil være hensiktsmessig at SPK setter klare frister i brevet når de skal innhente nødvendig dokumentasjon for behandling av sakene. Dersom dokumentasjonen ikke er mottatt innen den fastsatte fristen, bør SPK purre umiddelbart. Departementet vil be SPK om at de innarbeider svarfrister i de brev som sendes til andre instanser, og at SPK etablerer purringrutiner dersom instansene ikke svarer innen den svarfristen som framgår av brevet fra SPK.

7.1.4 Prosess for innhenting av spesialisterklæring

I henhold til forskrift om den særskilte kompensasjonsordningen § 3 annet ledd skal det framlegges en spesialisterklæring utarbeidet i samsvar med mandat fra Forsvarsdepartementet. SPKs interne retningslinjer *Behandling av krav om erstatning*, slår fast at det i utgangspunktet skal innhentes en spesialisterklæring i samsvar med dette mandatet. Dersom det allerede foreligger en grundig spesialisterklæring som tilfredsstiller kravene i mandatet, kan imidlertid SPK vurdere å legge denne til grunn. Erklæringen bør i tilfelle være av nyere dato og ikke være utarbeidet av behandlende psykiater eller psykolog.

Prosess mellom SPK og skadelidte for å bli enige om valg av spesialist

I saksmappegjennomgangen er det registrert hvor lang tid SPK og skadelidte brukte for å bli enige om valg av spesialist. Registreringen er gjort med utgangspunkt i 23 saker.¹¹⁴ Tabell 28 viser at det for fem av de 23 sakene tok seks måneder eller mer for SPK og skadelidte å bli enige. I én av disse er det ikke dokumentert hvorvidt SPK har tatt kontakt med veteranen underveis for å oppnå enighet. Her sendte SPK ut forespørsel i juni 2011 og mottok svar først i august 2012.

1 måned eller mindre	1–3 måneder	3–6 måneder	Mer enn 6 måneder
13	5	0	5

Kilde: Saksflytanalyse

Saksmappegjennomgangen viser at selv om skadelidte og SPK først blir enige om valg av spesialist, kan det deretter oppstå uenighet som fører til at saken stopper opp over lang tid. I én sak ble det først oppnådd enighet om spesialist i januar 2011, og samme dag sender SPK en henvendelse til spesialisten med mandat. Imidlertid ombestemmer skadelidte seg om valg av spesialist i mars 2011. Deretter starter en ny dialog mellom SPK og skadelidte. Etter en lengre prosess, der saken også blir bragt inn for klagenemnda, går skadelidtes advokat og SPK i ny dialog høsten 2013. I desember 2013 oppnås enighet. Dette innebærer at det tok mer enn 2 ½ år å oppnå enighet om spesialist.

Både SPK og klagenemnda viser i intervju til at kravet om enighet ikke står eksplisitt nedfelt i regelverk eller styringsdokumenter. SPK opplyser at de likevel har praktisert det slik hele tiden. Klagenemnda har i enkelte saker påpekt at valg av spesialist må skje i samarbeid mellom skadelidte og SPK. Å oppnå enighet om hvem som skal brukes som spesialist, er ifølge SPK en av de største utfordringene de har i forbindelse med behandlingen av sakene.

Det kan ta ganske lang tid å bli enige om valg av spesialist, og både SPK og skadelidte kan si nei til forslag fra den andre parten. For SPK er det imidlertid helt avgjørende at spesialisten kan levere en erklæring som er i tråd med Forsvarsdepartementets mandat. Veteranorganisasjonene bekrefter i intervju at det i noen saker tar uforholdsmessig lang tid før SPK og skadelidte blir enige om valg av spesialist.

Arbeids- og sosialdepartementet påpeker i brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014 at det kan være en tidkrevende prosess å bli enige om valg av spesialist, da SPK og den skadelidte ikke alltid har samme syn på hvilken spesialist som er best egnet. Departe-

114) Det er i til sammen 6 av de 29 gjennomgåtte sakene ikke registrert datoer for dialog om spesialist i saksmappegjennomgangen, blant annet fordi SPK har kunnet benytte seg av tidligere erklæringer.

mentet uttaler at det i noen tilfeller har tatt for lang tid, og at det må være et mål å redusere tidsbruken for valg av spesialist.

Ventetid spesialisterklæring

Det er i saksmappgjennomgangen registrert ventetid fra forespørsel er sendt til spesialist, til spesialisterklæring foreligger, i totalt 23 saker.¹¹⁵

Tabell 29 Ventetid for utarbeidede spesialisterklæringer. Antall, n = 23

3 måneder eller mindre	3–6 måneder	6–12 måneder	1–2 år	Erklæring foreligger ikke
6	6	3	4	4

Kilde: Saksflytanalyse

Tabell 29 viser at det er utarbeidet totalt 19 spesialisterklæringer i utvalget av saker. For fire av disse 19 sakene tok det mellom ett og to år fra forespørsel ble sendt til spesialist, og til SPK mottok erklæringen. For til sammen tolv saker tok det under seks måneder å utarbeide spesialisterklæringen. I fire saker forelå ikke erklæring på tidspunktet for saksmappgjennomgangen. For tre av disse har spesialisterklæringene vært under arbeid i mellom ett og to år.

Det er til sammen sju saker der det enten har tatt mellom ett og to år å utarbeide erklæring, eller der det har gått mellom ett og to år siden forespørselen ble sendt til spesialist, men der erklæring fremdeles ikke foreligger. Blant disse sju er det to saker der bytte av spesialist underveis i prosessen kan forklare lang behandlingstid. Videre inngår tre saker der spesialisten forespeiler SPK at erklæring vil foreligge på et tidligere tidspunkt, men deretter påløper det forsinkelser. I én av disse sakene meddelte spesialisten i oktober 2011 at oppdraget kunne påbegynnes i januar 2012, men erklæringen forelå først i november 2013.

SPK gir i intervju uttrykk for at tallene i Tabell 29 stemmer godt overens med det SPK erfarer. Imidlertid er det få saker der spesialisterklæringen er ferdig på tre måneder eller mindre. En årsak til at det tar såpass lang tid å utarbeide spesialisterklæringene, er ifølge SPK trolig at mange av spesialistene påtar seg denne oppgaven i tillegg til at de har full jobb.

SPK viser til at de ved henvendelse til aktuelle spesialister alltid spør om hvor lang tid spesialisten anslår det vil ta å utarbeide erklæringen. Dette blir kommunisert til skadelidte. SPK forsøker å unngå å bruke spesialister som varsler at ventetiden vil bli lang, men hvis skadelidte sier det er akseptabelt med en ventetid på for eksempel ett år, vil denne spesialisten normalt bli benyttet. I og med at SPK og spesialisten har samtalt om dette, setter ikke SPK noen frist når den formelle forespørselen om erklæringen sendes.

Forsøk på å redusere tiden det tar å utarbeide spesialisterklæringer

SPK fører ikke statistikk over ventetid for spesialisterklæringer, men kan ut fra generelle erfaringer med behandling av sakene konstatere at ventetiden ikke har gått ned. Det er fortsatt få spesialister som har nødvendig kompetanse på feltet, og det blir dermed lange ventelister hos disse. SPK har ofte prøvd ut nye spesialister for å kunne få spesialisterklæringer raskere, blant annet etter forslag fra skadelidtes advokat. Arbeids- og sosialdepartementet uttaler i brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014 at det ligger utenfor SPKs ansvarsområde å øke antallet spesialister på området. Følgelig

115) For de øvrige seks sakene i utvalget har det ikke vært relevant å registrere ventetid, blant annet fordi SPK ikke har hatt behov for ny erklæring.

vil det fortsatt være en utfordring å redusere saksbehandlingstiden i den grad lang saksbehandlingstid skyldes mangel på spesialister.

Som et ledd i tiltak 103 i handlingsplanen "I tjeneste for Norge" skulle det ses på mulige løsninger for å korte ned ventetiden hos aktuelle spesialister. SPK beskrev i et notat til Arbeidsdepartementet, datert 14. desember 2012, innhenting av spesialist-erklæringer som en "flaskehals". SPK opplyste i notatet at de forsøker å øve press på spesialistene for å få time og erklæring så raskt som mulig. Videre foreslo SPK at spesialister burde kurses i å skrive spesialisterklæringer.

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging region øst (RVTS Øst) opplyser i februar 2014¹¹⁶ at de har utviklet et kurs for spesialister, der formålet er å øke kompetansen i å skrive erklæringer i saker der veteraner søker om erstatning. Kursopplegget er ferdig utviklet, og er godkjent av de aktuelle spesialistforeningene. Kurset var planlagt avholdt høsten 2013, men det var bare sju påmeldte. Kurset ble derfor ikke avholdt. RVTS Øst planlegger å avholde kurset høsten 2014. For å få flere påmeldte vil RVTS Øst forsøke å markedsføre kurset bedre.

7.1.5 Hvor lang tid det tar fra siste dokument er innhentet, til det fattes vedtak

Tabell 30 viser at SPK i drøyt halvparten av sakene har fattet vedtak innen én måned etter at siste dokument ble mottatt i SPK. I fem av sakene tok dette mellom tre og seks måneder. I disse sakene er det ikke dokumentert hvorvidt det er faglige grunner til at vedtak ikke fattes tidligere. I én sak gikk det fem måneder fra siste dokument var innhentet, og til vedtak ble fattet, etter gjentatte purringer fra advokat.

Tabell 30 Tid mellom når siste dokument er mottatt hos SPK, til SPK fatter vedtak. Antall, n = 23

1 måned eller kortere	1–3 måneder	3–6 måneder
13	5	5

Kilde: Saksflytanalyse

Arbeids- og sosialdepartementet uttaler at det for enkelte saker kan ha tatt for lang tid fra siste dokument var kommet inn til vedtak ble fattet. Det kan ifølge departementet være hensiktsmessig å se på om det skal settes frister for hvor lang tid dette skal ta, jf. brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014.

7.2 Momenter som påvirker saksbehandlingstiden i SPK

7.2.1 Systemer for å holde oversikt over sakene

SPK opplyser at de har et datasystem som brukes til å utarbeide oppgavelister og ubesvart-lister for hver enkelt saksbehandler. Disse listene er et hjelpemiddel for å gi den enkelte saksbehandler oversikt over sakene. Listene benyttes også dersom en saksbehandler skal overta saker for en annen som har sluttet e.l. For at listene skal være oppdaterte og riktige, er SPK avhengig av at den enkelte saksbehandler fyller ut relevant informasjon. Saksbehandler har selv ansvar for å behandle og følge opp sine saker. Turnover og mange saker på hver enkelt saksbehandler kan ifølge SPK føre til at listene ikke alltid er oppdaterte, og det kan igjen føre til opphold i behandlingen av enkelte saker.

I intervjuet redegjorde SPK også for mulighetene leder eller fagansvarlig har til å ha oversikt over den totale porteføljen. SPK opplyser at fagansvarlig kan ta ut rapporter

116) E-post fra RVTS Øst til Riksrevisjonen, 10. februar 2014.

som viser oppgavelister og ubesvart-lister for alle sakene. Dette gjøres imidlertid ikke rutinemessig, og SPK påpeker at det kan være vanskelig å bruke disse listene for eventuelt å fange opp at saker kan ha blitt liggende lenge. SPK viser til at listene i teorien kunne ha blitt brukt til å omfordele saker ved sykdom, fravær eller lignende. Men dette gjøres i liten grad ved kortvarig fravær.

Saksmappegjennomgangen viser tre tilfeller der det er opphold i saksbehandlingen på mellom fjorten og ni måneder, uten at det i journalen er dokumentert noen årsak til dette. I saken der det gikk fjorten måneder, kontaktet skadelidte SPK etter ni måneder, uten at det skjedde noe. Etter ytterligere fem måneder tok skadelidtes advokat kontakt med SPK, og først da tok SPK opp igjen saksbehandlingen av saken. Også veteranorganisasjonen Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO) opplyser i intervju at de er kjent med tilfeller der skadelidtes sak har blitt liggende i SPK på grunn av at saksbehandler har permisjon, og uten at saken har blitt omfordelt til en annen saksbehandler.

7.2.2 Stor saksmengde og kompleksitet i saksbehandlingen

SPK har i intervju redegjort for hva de anser som de viktigste årsakene til at det i noen saker blir lang saksbehandlingstid. SPK ser den totale saksmengden som en viktig årsak til lang saksbehandlingstid. Mange har søkt om kompensasjon, og det gjør det vanskelig å behandle alle sakene raskt. I tillegg er ordningen kompleks, og også dette gjenspeiles i saksbehandlingstiden.

SPK framholder videre at innføringen av 65 G-ordningen sommeren 2012 førte til at det tok tid å behandle sakene. Mange 35 G-saker var behandlet før dette, men en rekke av disse måtte gjennomgås på nytt for å vurdere om skadelidte kunne ha krav på 65 G. Dette kom på toppen av et allerede høyt press på å få behandlet 35 G-sakene. I tillegg har klagenemnda hjemsendt mange saker til ny behandling i SPK. Det at nemnda i starten omgjorde såpass mange saker, har også ført til at SPK har brukt mye tid på å diskutere sakene før de fatter vedtak. Flere saker er også satt på vent inntil nemnda har behandlet sakene. Dette har bidratt til å forlenge SPKs saksbehandlingstid.

Saker som er uavklarte i NAV med tanke på utprøvelse av ervervsuførhet, kan ifølge SPK føre til at saker tar uforholdsmessig lang tid. Det tar normalt lang tid før det blir avklart om en person er varig ufør, og vedtaket om uførepensjon fra NAV er et viktig dokument i SPKs saksbehandling.

Stor turnover i SPK de siste årene er ifølge SPK også en medvirkende faktor til lang saksbehandlingstid, fordi nye medarbeidere må ha opplæring før de kan begynne å behandle saker. Det fører til at erfarne saksbehandlere må bruke en del tid på å lære opp nye saksbehandlere.

SPK redegjorde i intervjuet for tiltak for å forhindre lang saksbehandlingstid. Blant annet skal SPK gjennomgå sine arbeidsprosesser i 2014. Dette er en del av et kontinuerlig forbedringsarbeid, som ifølge SPK vil kunne få positive effekter for saksbehandlingstiden. Som en del av dette arbeidet vil SPKs interne retningslinjer for saksbehandling bli revidert og strukturert på en annen måte. SPK skal også vurdere hvorvidt dagens systemløsning, dvs. IT-verktøyene som brukes til å behandle sakene, kan forbedres. Det kan også bli aktuelt å anskaffe nye IT-løsninger.

For å redusere saksbehandlingstiden har SPK siden sommeren 2013 benyttet ekstern bistand i tillegg til fast ansatte saksbehandlere. Dette har ifølge SPK fungert godt og bidratt til å redusere saksbehandlingstiden. Denne ordningen skal videreføres.

Arbeids- og sosialdepartementet påpeker at det er sammensatte årsaker til at behandlingstiden for saker etter den særskilte kompensasjonsordningen kan være lang, jf. brev til Riksrevisjonen av 29. april 2014. Departementet viser til at det er et viktig mål for SPK at det skal fattes korrekte vedtak. Dette innebærer at sakene skal være behandlet på en forsvarlig måte før vedtakene fattes. Som ledd i dette inngår kompliserte vurderinger knyttet til årsakssammenhenger. Årsakssammenheng er det sentrale vilkåret for kompensasjon etter forskriften, og det må påvises at tjenesten er en nødvendig betingelse for den aktuelle psykiske skaden. I tillegg må den psykiske skaden være varig, og ha medført varig ervervsmessig uførhet. Det er et overordnet mål at veteranene skal inkluderes i arbeids- og samfunnsliv. I noen saker vil det dermed være uavklart om den psykiske belastningsskaden vil medføre at skadelidte blir varig ufør. I disse tilfellene må SPK avvente at situasjonen til skadelidte er tilstrekkelig avklart, noe som kan ta tid.

Arbeids- og sosialdepartementet viser også til andre sentrale årsaker til at saksbehandlingstiden kan bli lang. Blant annet viser departementet til at innføringen av 65 G-ordningen sommeren 2012 førte til at de aller fleste som hadde fått innvilget kompensasjon etter 35 G-ordningen, søkte om gjenopptak og vurdering etter den nye 65 G-ordningen. Videre trekker departementet fram at en rekke av sakene har blitt påklaget til klagenemnda. Departementet viser også til høy kompleksitet, ved at SPK må innhente informasjon om den skadelidte fra instanser i helse- og sosialtjenesten, og at dette ofte tar tid.

7.3 Behandlingen av klagesaker

Klagenemnda for krav om kompensasjon og billighetserstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner ble konstituert 3. november 2011.

Tabell 31 gir en oversikt over klagenemndas vedtak. Blant de 52 sakene som er gjennomgått, er halvparten omgjort i skadelidtes favør. Klagenemnda har i 12 tilfeller hjemvist saken til SPK for ny behandling, mens klagen i 14 saker ikke er tatt til følge.

Tabell 31 Klagenemndas vedtak. Antall, N = 52					
65 G innvilges	35 G innvilges	Delvis innvilgelse 65 G	Delvis innvilgelse 35 G	Ny behandling i SPK	Klage tas ikke til følge
5	16	1	4	12	14

Kilde: Klagenemnda

SPK hadde i 28 av de 52 klagesakene opprinnelig gitt fullt avslag. Ni av disse sakene gjelder 65 G-ordningen, og fjorten saker gjelder 35 G-ordningen. I fem saker har SPK gitt avslag på alle ordningene, dvs. at skadelidte verken har fått innvilget 65 G, 35 G eller billighetserstatning. I 24 av sakene hadde SPK fattet vedtak om delvis kompensasjon. Alle disse er 35 G-saker.

7.3.1 Klagenemndas behandling av saker der SPK har gitt fullt avslag

Gjennomgangen av klagenemndas behandling av de totalt 28 sakene der SPK hadde gitt fullt avslag, viser at nemnda i sju saker har tilkjent skadelidte full kompensasjon, og i to saker delvis kompensasjon. I elleve saker har nemnda hjemvist saken til SPK for ny behandling. SPKs avslag har blitt opprettholdt i åtte saker, se tabell 32.

Tabell 32 Klagenemndas vedtak i saker der SPK har gitt fullt avslag. Antall, n = 28

Type ordning	Avslag SPK	Full kompensasjon i nemnda	Delvis kompensasjon i nemnda	Ny behandling i SPK	Klage tas ikke til følge
65 G	9	5	1	3	0
35 G	14	2	1	6	5
Alle ordninger	5	0	0	2	3
Sum vedtak	28	7	2	11	8

Kilde: Klagenemnda

14 av de 28 sakene i tabellen der SPK har gitt avslag, gjelder 35 G. I til sammen tre av disse har skadelidte fått full eller delvis kompensasjon etter klagenemndas behandling. SPK og nemnda har her hatt en ulik vurdering av om det er tjenesten som er årsak til den psykiske lidelsen. Klagenemnda gir i intervju uttrykk for at SPK etter nemndas syn tidvis har lagt en for streng bevisvurdering til grunn.

Blant de ni 65 G-sakene som er gjennomgått, har totalt seks av SPKs avslag blitt omgjort, slik at skadelidte har fått full eller delvis kompensasjon. I de tre øvrige sakene har nemnda hjemvist sakene til SPK for ny behandling. Nemnda har ikke vært enige i SPK sitt vedtak i noen av 65 G-sakene som er gjennomgått.

Klagenemnda har i flere av vedtakene i 65 G-sakene gitt uttalelser knyttet til spørsmålet om akuttssymptomer eller brosymptomer. Brosymptomer defineres som psykiske symptomer som oppstår akutt i tilknytning til alvorlige, belastende og skremmende hendelser. I motsetning til andre akutte symptomer som forsvinner etter hvert, forsvinner ikke brosymptomene. De kan påvises i lang tid etterpå, for eksempel ved påtrengende, ukontrollerbare og angstfylte gjenopplevelser av hendelsen i våken tilstand.¹¹⁷ Nemnda påpeker i disse vedtakene at det ikke er krav om at det må foreligge akuttssymptomer eller brosymptomer i saker der den skadelidte er påført en psykisk belastningslidelse, og sier seg uenig i at SPK har lagt dette til grunn. Nemnda understreker videre at det ikke kan oppstilles som et vilkår at det foreligger tidsnære bevis, spesielle påkjenninger under tjenesten eller krav om diagnose i form av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det er ifølge nemnda ikke slik at kun bestemte diagnoser gir rett til erstatning.

Klagenemnda har i intervju kommentert årsakene til at SPK og nemnda har tolket vilkårene for å få 65 G forskjellig. Nemnda uttaler at SPK la feil juss til grunn i behandlingen av de første 65 G-sakene. Nemnda viser til at høringsnotatet fra Forsvarsdepartementet om 65 G-ordningen¹¹⁸ er ulikt tolket av SPK og nemnda. Høringsnotatet omtalte blant annet betydningen av tidsnære bevis. Nemnda peker på at et høringsnotat fra departementet ikke kan brukes til å innsnevre skadelidtes rettigheter i henhold til forskriften, og nemnda har derfor heller ikke tolket notatet slik. SPK la imidlertid i sine vedtak til grunn at det måtte foreligge "absolutte bevis" fra tidspunktet i umiddelbar tilknytning til tjenesten, og at det måtte foreligge et konkret traume. Det er imidlertid ifølge nemnda kun i få saker at tvilen er så sterk at det er behov for å bruke bestemmelsene som gjelder for 35 G om en lempelig vurdering.

Også SPK gir i intervju uttrykk for at klagenemnda tolker jussen knyttet til kompensasjonsordningen annerledes enn det SPK tidligere har gjort.

117) Store medisinske leksikon, <http://sml.snl.no/brosymptom> [Hentedato 26. februar 2014].

118) Høringsbrev fra Forsvarsdepartementet til diverse høringsinstanser, 2. april 2012. Vedlegg: Høringsnotat – forslag til endring av forskrift av 22. desember 2009 nr. 1768 om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner, 30. mars 2012.

7.3.2 Klagenemndas behandling av saker der SPK har gitt delvis kompensasjon

En gjennomgang av de til sammen 24 sakene der SPK hadde gitt delvis kompensasjon, viser at klagenemnda i 14 av disse har omgjort SPKs vedtak slik at skadelidte mottar full kompensasjon (35 G), jf. tabell 33. Gjennomgangen av sakene viser dermed at klagenemnda i større grad enn SPK har tilkjent skadelidte full kompensasjon framfor delvis kompensasjon.

Tabell 33 Klagenemndas vedtak i saker der SPK har gitt delvis kompensasjon. Antall, n = 24

Full kompensasjon 35 G	Delvis, men økt kompensasjon	Ny behandling SPK	Klage ikke tatt til følge
14	3	1	6

Kilde: Klagenemnda

I tre saker har nemnda vedtatt delvis kompensasjon, men innvilget en høyere andel av 35 G enn det som skadelidte ble tilkjent av SPK. I seks saker har nemnda gitt avslag på skadelidtes klage.

Når det gjelder de totalt 17 sakene der nemnda har omgjort SPKs vedtak om delvis kompensasjon i skadelidtes favør, viser en gjennomgang av nemndas vedtak følgende: Hvorvidt hele uførheten kan tilbakeføres til tjenesten, eller om skadelidte ville ha falt ut delvis uansett på grunn av andre forhold, er et sentralt spørsmål i 14 av sakene. I alle disse sakene slår nemnda fast at det er uomtvistet at skadelidte har en psykisk belastningsskade som skyldes tjeneste i internasjonale operasjoner, og at det også er på det rene at skadelidte er ervervsmessig ufør. Nemnda konkluderer i disse sakene i større grad enn SPK med at uførheten kan tilbakeføres til tjenesten.

Klagenemnda har i intervju kommentert årsakene til at nemnda i større grad enn SPK har innvilget full kompensasjon framfor delvis kompensasjon. Nemnda viser til at det etter gjeldende rett er SPK som har bevisbyrden for at skadelidte ville ha falt ut av yrkeslivet uansett. Med bakgrunn i tolkningsnotatet av november 2010 som legger opp til en lempeligere bevisvurdering, har nemnda lagt til grunn at bevisbyrden for SPK for så vidt gjelder anførsel om at skadelidte ville ha falt ut uansett, er skjerpet når det gjelder 35 G-ordningen. Nemnda påpeker at SPK i flere av sakene ikke har oppfylt sin bevisbyrde, og at dette fører til at nemnda i større grad innvilger full kompensasjon. Nemnda påpeker videre at den har erfart at påkjenninger påført skadelidte gjennom normale hendelser i livet, som for eksempel skilsmisse og naturlige dødsfall i moden alder, tidvis tillegges stor vekt av SPK, mens påkjenninger under tjenesten tillegges mindre vekt. Nemnda gir også uttrykk for at det ikke er naturlig å skille så skarpt mellom fysisk og psykisk sykdom som SPK gjør i noen saker. Nemnda legger i større grad enn SPK til grunn at fysisk og psykisk sykdom gjensidig påvirker hverandre, og dette fører til at nemnda i større grad innvilger hel eller delvis kompensasjon.

7.3.3 Justerer SPK sin praksis etter klagenemndas vedtak?

Nemndas første vedtak i saker etter 65 G-ordningen ble fattet 18. mars 2013. SPK opplyser at de den nærmeste tiden etter dette ikke fattet nye vedtak i 65 G-saker, men analyserte nemndas vedtak grundig. SPK ferdigstilte i august 2013 en mal som skal brukes ved behandling av 65 G-sakene, for å sikre at sakene blir behandlet i tråd med nemndas føringer. Klagenemnda viste i intervjuet i oktober 2013 til at nemnda ikke hadde mottatt nye klagesaker på 65 G etter at de behandlet de første 65 G-sakene våren 2013. Nemnda bekrefter at den er kjent med at SPK har gjennomgått 65 G-sakene de har til behandling på nytt for å rette seg etter vedtakene i nemnda.

Også når det gjelder 35 G-sakene, framholder SPK at de har endret sin praksis i tråd med den praksisen klagenemnda har lagt til grunn. Det har ifølge SPK ført til at 35 G-sakene den senere tiden i liten grad har blitt påklaget. SPK påpeker imidlertid at det i 35 G-sakene skal legges til grunn en lempelig bevisvurdering. En slik vurdering blir i stor grad skjønnsmessig, og nemnda la her til grunn et annet skjønn enn det SPK hadde gjort. SPK viser til at de internt har ukentlige fagmøter der blant annet nemndas vedtak blir gjennomgått. Møtene er ifølge SPK et viktig verktøy for å sikre at SPK justerer sin praksis i tråd med vedtakene i nemnda.

Klagenemnda har i intervju bekreftet at SPK innen rimelig tid har justert sin praksis i 35 G-sakene, slik at den blir i tråd med den linjen nemnda har lagt seg på. Det samme framgår av saksmappegjennomgangen. Den viser at SPK i 16 av de 17 nevnte sakene fattet vedtak i perioden september 2010 til september 2011. Dette var før klagenemndas praksis i slike saker var kjent. Klagenemndas vedtak har i alle disse sakene skjedd fra og med desember 2011.

7.3.4 Klagenemndas vedtak om ny behandling i SPK

Blant de tolv sakene som nemnda har hjemvist til SPK for ny behandling, var status per februar 2014 at skadelidte i én sak fikk innvilget 35 G etter ny behandling av saken. I fire saker fikk skadelidte avslag, dvs. at SPK opprettholdt sitt opprinnelige vedtak. Sju av sakene var fremdeles under arbeid.

I elleve av de tolv sakene som ble hjemvist SPK for ny behandling, viste klagenemnda til mangler knyttet til spesialisterklæring. Manglene består enten i at det er uklarerheter e.l. ved spesialisterklæringen, eller at det ikke foreligger spesialisterklæring etter mandatet gitt av Forsvarsdepartementet. Blant SPKs begrunnelser for ikke å innhente slik erklæring er at SPK vurderer at uførheten skyldes fysiske plager. En annen begrunnelse som er brukt i forbindelse med krav om 65 G, er mangel på tidsnære bevis, og at det derfor ikke er formålstjenlig å innhente spesialisterklæring for å vurdere årsaksforholdet. Klagenemnda har i disse sakene påpekt at SPK skal innhente erklæring, og nemnda opplyser i intervju at SPK har endret praksis, og nå alltid innhenter spesialisterklæring i samsvar med mandatet.

Faktaboks 2 viser uttalelser fra klagenemnda i noen av sakene der det foreligger erklæring, men der nemnda har påpekt mangler ved erklæringen.

Faktaboks 2 Uttalelser fra klagenemnda i saker der SPK bes om å innhente ny spesialisterklæring

- "De innhentede spesialisterklæringene belyser i liten grad hva som er årsaken til at skadelidte har utviklet sine psykiske plager, herunder i hvilken utstrekning oppholdet i [...] har vært en nødvendig betingelse for å utløse plagene."
- "... når samme spesialist avgir to selvstendige erklæringer under de to ulike forskriftene, og kommer til to vidt forskjellige konklusjoner, ville det dog etter nemndas syn være naturlig å kreve at den sakkyndige tydeliggjør grunnlaget for at han går helt bort fra det han tidligere har funnet."
- "Klagenemnden finner at spesialisterklæringen er mangelfull. Erklæringen synes utelukkende å vurdere om skadelidte oppfyller vilkårene for en PTSD-diagnose. Kompensasjonsordningen retter seg imidlertid mot enhver varig psykisk belastningsskade som har oppstått som følge av tjenestegjøring i en internasjonal operasjon."

Kilde: Klagenemnda

Klagenemnda har i intervju framholdt at spesialisterklæringen er ett av flere bevis i sakene. Det kan være stor grad av skjønnsutøvelse i erklæringene, og det vil derfor være opp til nemnda å vurdere erklæringenes bevisverdi. Nemnda framhever at

spesialisterklæringene som regel er kvalitetsmessig gode og grundige, og at de danner et godt grunnlag når nemnda skal fatte en avgjørelse i den enkelte sak. Det kan imidlertid være utfordringer knyttet til faglig kompetanse til å besvare mandatet. Dette kommer ifølge nemnda til uttrykk ved at noen erklæringer ikke i tilstrekkelig grad besvarer mandatet. Tilsvarende framgår det av intervjuet med SPK at selve drøftingsdelen i noen erklæringer kan være svak, selv om erklæringen svarer på alle momentene som er etterspurt. Dette kan gjøre det vanskelig for SPK å se hvordan spesialisten har kommet fram til sin konklusjon. SPK viser til at de gjennom sin løpende dialog med spesialistene forsøker å øke kvaliteten på erklæringene.

Forholdet mellom psykiske og somatiske lidelser er ifølge nemnda en annen hovedutfordring knyttet til å sikre at spesialisterklæringene kan danne et godt grunnlag for å fatte vedtak. Etter nemndas syn bør partene i enkelte saker sammen finne fram til en sakkyndig som kan ta stilling til betydningen av de somatiske lidelsene samt sammenhengen mellom dem og de psykiske plagene. Også SPK gir i intervju uttrykk for at det i noen saker, der veteranen har både fysiske og psykiske plager, kunne ha vært en fordel med en erklæring som sier mer om forholdet mellom det fysiske og det psykiske. Det er imidlertid en avveining hvor mye SPK skal utrede, og hvor mange undersøkelser veteranen skal måtte gå gjennom, før et vedtak kan fattes.

Klagenemnda påpeker videre i intervju at uenighet om kompetanse er en annen hovedutfordring, altså hvem sin kompetanse som skal tillegges mest vekt. Nemnda viser til at SPK i noen saker benytter egne rådgivende leger, blant annet en rådgivende psykiater, til å vurdere en foreliggende spesialisterklæring. Noen ganger sier SPKs rådgivende spesialister seg uenig i spesialisterklæringen. SPK har i slike tilfeller satt den uavhengige spesialisterklæringen til side, selv om erklæringen etter nemndas syn er utformet i henhold til mandatet. Det blir ifølge nemnda utfordrende når SPK velger å bruke sine egne sakkyndige uten å involvere den skadelidte, fordi skadelidte da mister tillit til SPKs behandling av saken. SPK sier i intervju at uttalelsene fra de nevnte rådgiverne tilfører en ekstra tyngde som støtter konklusjonene SPK kommer fram til. SPK presiserer imidlertid at en uttalelse fra en rådgivende psykiater eller nevrokirurg uansett vil ha mindre vekt enn en spesialisterklæring.

7.3.5 Saksbehandlingstid i klagesakene

Blant klagesakene fra 2012 og 2013 som er gjennomgått i forbindelse med undersøkelsen, tok det i gjennomsnitt 108 dager fra klagenemnda mottok klagen, og til det forelå vedtak.¹¹⁹ Den korteste behandlingstiden var 41 dager, og den lengste var 209 dager. Klagenemnda opplyser i intervju at en klagesak normalt kommer opp på første møte etter at sekretariatet har mottatt saken, forutsatt at dette passer for skadelidte og skadelidtes advokat. Deretter tar det normalt fire til seks uker fra nemnda har avholdt møte, til det foreligger endelig vedtak. Nemnda ser det som viktig med kort saksbehandlingstid, og avholder møte hver eller annenhver måned, avhengig av hvor mange saker som har kommet inn.

Ved å slå opp de aktuelle saksnumrene i SPKs systemer kommer det fram at det i gjennomsnitt tok 53 dager fra skadelidte sendte klage til SPK, og til SPK oversendte klagesaken til nemnda. Den korteste tiden det tok å oversende klagen, var ni dager, og den lengste tiden var 118 dager.

7.3.6 Erfaringer med klagenemnda

Forsvarsdepartementet skal evaluere klagenemnda etter to år, jf. tiltak 60 i handlingsplanen. Dette er fulgt opp i Prop. 207 S (2012–2013) *Endringer i statsbudsjettet 2013 under Forsvarsdepartementet*, der det ble varslet at departementet vil sette i gang en

¹¹⁹) E-post fra Forsvarsdepartementet til Riksrevisjonen, 10. januar 2014.

evaluering av erfaringene med ordningen. I proposisjonen ble det slått fast at utgiftene knyttet til ordningen hadde blitt større enn forventet, og det ble fremmet forslag om en tilleggsbevilgning.

Forsvarsdepartementet bekrefter i intervju at ordningen skal evalueres. Forsvarsdepartementets evaluering vil belyse årsakene til at utgiftene har blitt høyere enn forventet. Videre skal evalueringen belyse om ordningen med en klagenemnd har fungert etter hensikten. Departementet skal gjennom evalueringen også vurdere om det er behov for å presisere regelverket.

Klagenemnda har i intervju framholdt at klageordningen har fungert på en tilfredsstillende måte. Nemnda viser til at den har klart å bygge tillit omkring ordningen, dempet konfliktnivået og bidratt til en tillitsskapende og respektfull behandling av skadelidte. Sentrale momenter i den forbindelse er at den skadelidte selv kan møte i nemndsmøtene, at sakene blir behandlet raskt, og at det foreligger tydelige, forståelige og retningsgivende vedtak. Nemnda viser til at det legges mye arbeid i å begrunne vedtakene. Nemnda ønsker å gi utfyllende begrunnelser for vedtakene, med tydelige premisser, for å sikre så vel forståelse for nemndas vurderinger og resultat, som å bidra med veiledning for framtidige saker, for derigjennom å begrense antallet klager. Det hadde ifølge nemnda trolig blitt mange saker i rettsvesenet om det ikke hadde vært en nemnd.

Veteranorganisasjonene har i intervju gitt uttrykk for at klagenemnda fungerer etter hensikten. Med en klagenemnd har skadelidte kunnet unngå at saker blir behandlet av domstolene, med den belastning dette ville medføre for den enkelte. Klagenemnda har ifølge veteranorganisasjonene i så måte fungert som et konfliktdempende tiltak.

8 Vurderinger

Kvinner og menn som deltar for Norge i utenlandsoperasjoner skal føle seg trygge på at de får den oppfølgingen de har behov for, jf. St.prp. nr. 48 (2007–2008) *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier* og Innst. S. nr. 318 (2007–2008). Gjennom St.meld. nr. 34 (2008–2009) *"Fra vernepliktig til veteran"* og Innst. S. nr. 298 (2008–2009) ble det lagt til grunn at det var behov for å styrke og videreutvikle ivaretagelsen av veteraner. Det er de senere årene iverksatt flere tiltak som har bidratt til en bedre oppfølging av veteraner. Undersøkelsen viser imidlertid flere svakheter ved både Forsvarets og sivile etaters oppfølging av veteraner.

8.1 Belastningen på Forsvarets personell er høy

8.1.1 Brudd på bestemmelsene om hjemmetid

For å unngå slitasje på personellet bør soldatene ikke være for lenge eller for hyppig ute, jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009). I behandlingen av meldingen sluttet forsvarskomiteen seg til at byrdefordelingen for det personellet som beordres gjentatte ganger til tjeneste i utlandet, skal bli jevnere.

Vel en tredel av personellet som tjenestegjør i internasjonale operasjoner, deployerer kun én gang. For mange er belastningen dermed på et rimelig nivå. Blant personell som deployerer mer enn én gang, er det imidlertid vesentlige avvik fra fastsatte bestemmelser om hjemmetid. I henhold til forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner skal det ved tjenesteperioder på over tre måneder normalt gå en tidsperiode på minimum det dobbelte av den siste disponeringsperioden før ny disponering kan finne sted. Blant personell som i perioden 2001–2013 har deployert mer enn én gang, var det 44 prosent av deployeringene med en varighet på over tre måneder, som ble etterfulgt av en hjemmetid som var kortere enn det bestemmelsene tilsier.

Forsvarskomiteen har lagt til grunn at i den grad det er mulig, bør tiden mellom to tjenesteperioder i utlandet minst tilsvare fire til fem ganger lengden av siste tjenesteperiode, jf. Innst. S. nr. 298 (2008–2009). Undersøkelsen viser at intensjonen om fire til fem ganger så lang hjemmetid som deployeringstid ikke var innfridd for 65 prosent av personellet som deployerte mer enn én gang, og der deployeringslengden var over tre måneder.

Handlingsplanen slår fast at prinsippet om at personell skal ha dobbelt så lang tid hjemme som de har vært ute før de kan sendes ut igjen, bare skal fravikes dersom det er et spesielt begrunnet behov. Omfanget av brudd på bestemmelsene om hjemmetid er imidlertid så stort, at det vanskelig kan forklares med at det foreligger et spesielt begrunnet behov. Det vurderes som uheldig at fastsatte bestemmelser for hjemmetid i så liten grad etterleves av Forsvaret.

8.1.2 Bedre oversikt over enkeltpersoners tjenestegjøring, men mangelfull styringsinformasjon

Den enkelte virksomhet er ansvarlig for å sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag, jf. reglement for økonomistyring i staten. For å sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag i forbindelse med internasjonale operasjoner, vil det være en forutsetning at Forsvaret har oversikt over personellens tjenestegjøringer.

Vernepliktsverket har i perioden 2011–2013 utarbeidet en oversikt over hvor og når den enkelte har tjenestegjort. Varierende datakvalitet i Forsvarets personellsystem – på grunn av mangelfull eller feilaktig registrering – har gjort at det i mange tilfeller har vært krevende for Vernepliktsverket å knytte enkeltpersoner til riktig operasjon, kontingent og avdeling. Vernepliktsverket har likevel klart å utarbeide en relativt god oversikt. Det vurderes som et klart framskritt at Vernepliktsverket har gjennomført et opprydningsarbeid, og gjennom dette fått opprettet oversikter som gjør det lettere for enkeltpersoner å få dokumentert sin tjeneste. Det er imidlertid ifølge Vernepliktsverket behov for forebyggende tiltak for å unngå å måtte foreta tilsvarende opprydningsarbeid senere. Vernepliktsverket har derfor igangsatt opplæring av personellmedarbeidere, slik at avdelingene skal kunne registrere korrekt når dataene legges inn første gang. Dersom Forsvaret fortsatt skal ha oversikt over personellens tjenestegjøringer, forutsettes det at Forsvaret også i tiden framover sikrer at den kontinuerlige registreringen skjer korrekt.

Undersøkelsen viser at det er gitt tydelige styringssignaler om at det foreligger et prinsipp om dobbelt så lang hjemmetid som deployeringstid. Ifølge handlingsplanen skulle Forsvaret utarbeide prosedyrer for tilfellene der prinsippene for hjemmetid må fravikes. Ved utgangen av handlingsplanperioden er prosedyrene imidlertid ennå ikke skriftliggjort. Forsvarets personelltjeneste skal i utgangspunktet godkjenne eventuelle brudd på bestemmelsene om hjemmetid. Ifølge Forsvarsstaben blir imidlertid ikke personelltjenesten alltid konsultert, slik de egentlig skal. I og med at bruddene på bestemmelsene om hjemmetid er omfattende, vil det være sentralt at Forsvaret får utarbeidet prosedyrer og kommunisert tydelig til alle berørte ledere i Forsvaret at prosedyrene må etterleves.

Ifølge reglement for økonomistyring i staten skal virksomhetene rapportere om måloppnåelse og resultater internt og til overordnet myndighet. Undersøkelsen viser at verken Forsvarsdepartementet eller Forsvaret har sikret seg styringsinformasjon som kan belyse hvorvidt målet om tilstrekkelig hjemmetid følges opp. Vernepliktsverket har heller ikke mottatt føringer fra overordnet nivå om hvilken styringsinformasjon det er ønskelig at Vernepliktsverket skal være i stand til å levere. Det har eksempelvis ikke vært stilt krav om at personellsystemet skal være utformet slik at det er søkbart på ulike stillingskategorier, avdelinger eller fagmiljøer. For å sikre at Stortingets vedtak og forutsetninger etterleves, burde Forsvarsdepartementet og Forsvaret ha sikret seg nødvendig styringsinformasjon om belastning på personellet. God styringsinformasjon vil også være en nødvendig forutsetning for å følge opp om prosedyrene som skal utarbeides i henhold til tiltak 17 i handlingsplanen, faktisk etterleves.

Undersøkelsen viser at styringssignalene er uklare når det gjelder normen som er uttalt av forsvarskomiteen. Normen tilsier at tiden mellom to tjenesteperioder i utlandet, i den grad det er mulig, bør tilsvare minst fire til fem ganger lengden av siste tjenesteperiode. Normen er nedfelt i handlingsplanen "I tjeneste for Norge", men er ikke viderefremmet i styrende dokumenter fra verken Forsvarsdepartementet eller Forsvarsstaben. Det vurderes som uheldig at normen ikke er fulgt opp i styringen.

8.2 Veteraner med psykiske helseplager får i mange tilfeller ikke den hjelpen de trenger

8.2.1 Ulike muligheter for tilgang på hjelp fra Forsvaret for psykiske helseplager

Personell som tjenestegjør og har tjenestegjort i internasjonale operasjoner, har ved behov rett til psykiatrisk og psykologisk oppfølging fra Forsvaret i ett år etter endt tjeneste, jf. forsvarspersonelloven § 12 a. Forsvaret skal tilby psykologisk/psykiatrisk utredning, og deretter henvise videre til det sivile helsevesenet.

Forsvaret tilbyr psykiatrisk og psykologisk oppfølging gjennom Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), med fem tilhørende regionale stressmestringsteam. Undersøkelsen viser at stressmestringsteamene har tilstrekkelig kapasitet til å ta imot veteraner som tar kontakt, og de fleste får time innen det har gått to uker.

Selv om stressmestringsteamene kan gi tilbud om hjelp og oppfølging, er det ikke alle veteraner som har hatt reell tilgang på dette tilbudet. Årsaken er at utredning eller behandling ved et stressmestringsteam ikke gir rett til refusjon av reiseutgifter fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Noen har fått reiseutgifter refundert av NAV eller veteranorganisasjonene, men det gjelder ikke alle. Både KPS og stressmestringsteamene opplyser at veteraner har blitt hindret i å bruke tilbudene ved teamene, fordi de ikke får reiseutgiftene sine refundert. I mars 2014 har Forsvarsdepartementet varslet at det vil iverksette en interimløsning der veteranene får dekket reiseutgifter.

Tilbudet til veteraner som gis ved KPS og stressmestringsteamene, utgjør et godt supplement til det sivile helsevesenet. At det finnes et tilbud som de fleste veteraner er godt kjent med, og som har kort ventetid, innebærer at terskelen for å søke kontakt for psykiske problemer senkes. Det vurderes som uheldig at ikke alle veteraner har hatt reell tilgang på tilbudet Forsvaret gir. Det er imidlertid positivt at Forsvaret nå skal iverksette en midlertidig ordning som dekker reiseutgiftene til veteraner. For de veteranene som har behov for oppfølging fra Forsvaret, vil det ha stor betydning at det også etableres en varig ordning.

8.2.2 Tettere oppfølging fra Forsvaret, men mangelfull klargjøring av ansvar og roller

Forsvarskomiteen har understreket myndighetenes klare ansvar for å sikre en god oppfølging av de kvinner og menn som på Norges vegne tjenestegjør i utenlandsoperasjoner, jf. Innst. S. nr. 318 (2007–2008).

Forsvaret har de senere årene iverksatt flere tiltak for å sikre en tettere oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner. Blant annet tilbys mellomlandinger før hjemkomst til Norge der personellet får informasjon og tilbys samtaler med helsepersonell. Data fra Statistisk sentralbyrås (SSBs) levekårsundersøkelse bekrefter at Forsvarets oppfølging har blitt bedre. Mens 41,5 prosent av veteranene fra Libanon var svært fornøyd eller nokså fornøyd med Forsvarets oppfølging etter hjemkomst, er tilsvarende tall for veteraner fra Afghanistan 72,9 prosent.

Selv om oppfølgingen har blitt bedre, viser undersøkelsen at roller og ansvar ikke er tilstrekkelig tydeliggjort. Blant annet har ulike oppfatninger av roller og ansvarsforhold ført til at et spørreskjema for å kartlegge helsestatus m.m. ikke er tatt i bruk. Spørreskjemaet skulle vært et viktig bidrag til å kartlegge behovet for spesiell oppfølging, samt gi informasjon om det oppfølgingstilbudet Forsvaret kan gi. Forsvarets sanitet (FSAN) har utarbeidet et utkast til spørreskjema, men FSAN og Forsvarsstaben har i intervju gitt uttrykk for ulike synspunkter med hensyn til hvem som har ansvar for å sende ut skjemaet.

Det er også på noen områder uklart hva oppfølging skal innebære. FSAN gir uttrykk for at det mangler en avklaring gjennom formelle dokumenter på hva oppfølging er, og hva det *ikke* er eller skal være. Forsvarsstabens veteranavdeling har utarbeidet et utkast til direktiv eller reglement som beskriver innhold og ansvar knyttet til de ulike elementene i Forsvarets oppfølging, blant annet Forsvarets ettårsprogram og retten til psykologisk og psykiatrisk oppfølging. Dokumentet er imidlertid ikke ferdigstilt.

Også når det gjelder oppfølging av skadde, mangler det nødvendige avklaringer. Forsvaret har selv i en intern utredning påpekt at det ikke foreligger noe direktiv eller bestemmelse som omhandler oppfølging av psykisk skade, alvorlig sykdom eller skade under tjeneste i Forsvaret, og anbefalte i juni 2012 at FSAN skulle utarbeide dette. At begrepet "oppfølging" ikke er definert i styrende dokumenter, kan ifølge utredningen i seg selv generere forskjellig praksis. FSAN bekrefter at det er behov for et direktiv, nettopp fordi det er mange aktører involvert ved oppfølgingen av skadde, og det ikke er klart definerte ansvarsforhold mellom disse. Arbeidet med direktivet har blitt forsinket, men FSAN opplyser at de planlegger å utarbeide dette i 2014.

Perioden for handlingsplanen var 2011–2013, og det burde i løpet av denne perioden ha vært foretatt nødvendige avklaringer for å sikre en felles forståelse av hva oppfølging innebærer, og hvem som har ansvar for ulike elementer i oppfølgingen. Det vurderes som uheldig at ansvarsforhold og hva oppfølging skal innebære, ikke på et tidligere tidspunkt er godt nok avklart.

8.2.3 Varierende tilbud innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten og til dels lange ventetider

Det er etablert et overordnet prinsipp om at veteraner som har behov for oppfølging, skal følges opp av samfunnets ordinære helse- og omsorgstjenester, jf. Innst. 388 S (2011–2012). Det sivile helsevesenet har med sin overordnede rolle også et ansvar for de veteranene som har behov for helseoppfølging, jf. St.meld. nr. 34 (2008–2009). I handlingsplanen er det slått fast at målet er at alle skal oppleve et imøtekommende, kompetent og helhetlig helsetjenestetilbud.

Lov om pasient- og brukerrettigheter gir pasientene lovfestede rettigheter overfor helsetjenesten. Undersøkelsen viser at det innen psykisk helsevern var fristbrudd før oppstart av behandling fant sted, for 10 prosent av veteranene med rett til nødvendig helsehjelp i perioden 2010–2013. Den gjennomsnittlige ventetiden var på 65 dager. Det er imidlertid store variasjoner. For den tiendedelen blant veteranene som ventet lengst, var det en ventetid på mellom 138 og 681 dager. Det er særlig blant veteraner som ikke har hatt rett til nødvendig helsehjelp, men som har blitt vurdert som såkalte behovspasienter, at ventetiden kan bli lang.

I undersøkelsen er det også innhentet opplysninger fra i alt femten distriktpsychiatriske sentre (DPS) om behandlingstilbudet som gis. Undersøkelsen viser at det er betydelige forskjeller mellom DPS-ene. Blant annet gjelder dette ventetid, der ett DPS har gjennomsnittlig ventetid på 23 dager, mens pasienter ved et annet DPS normalt må vente i 3–6 måneder. Det er også store forskjeller når det gjelder hvor stor andel som gis rett til prioritert helsehjelp. I og med at veteraner er forutsatt å benytte det ordinære tilbudet ved DPS-ene, vil de nevnte forskjellene mellom DPS-ene føre til at veteraner blir møtt med ulik tilgang på behandling i det sivile helsevesenet. Selv om det kan være utfordringer knyttet til å få tilgang til et behandlingstilbud innen rimelig tid, tyder imidlertid levekårsundersøkelsen på at de som faktisk får et tilbud, stort sett opplever det tilbudet som gis som tilfredsstillende. Blant de som får behandling av psykolog, viser levekårsundersøkelsen at 78 prosent var tilfredse med behandlingen. Videre sa ca. 85 prosent seg enige i at psykologen eller psykiateren tok dem og de problemer de har på alvor.

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) ble det påpekt at tilgangen på psykiske helsetjenester ikke ble opplevd som tilstrekkelig av skadde veteraner, og det ble varslet at Forsvaret og det sivile helsevesenet sammen skulle sikre et godt og tilrettelagt tilbud for veteranene. Som tidligere vist har tilgangen på hjelp fra Forsvaret ikke vært en reell mulighet for alle. I tillegg kommer funnene om fristbrudd, til dels lange ventetider og bety-

delige variasjoner mellom DPS-er. Det er dermed grunn til å stille spørsmål ved om det er etablert et behandlingstilbud som sikrer at veteraner med psykiske helseplager får god nok hjelp og oppfølging.

8.3 Tilretteleggingen for deltakelse i arbeidslivet er mangelfull

Ivaretagelsen av personell fra internasjonale operasjoner er et sektorovergripende samfunnsansvar, og NAV har en sentral rolle i den helhetlige oppfølgingen. Undersøkelsen viser at det i 2012 var 6060 veteraner som hadde tjenestegjort i Libanon, Kosovo, Irak eller Afghanistan, og som mottok enten sykepenger, arbeidsavklaringspengen eller dagpenger. Andelen er høy (15–20 prosent) for personell med erfaring fra Irak, Kosovo eller Libanon, og dette er personell med en alder på anslagsvis 45–50 år. Undersøkelsen viser at det blant veteraner som trenger bistand fra NAV, er svakheter i oppfølgingen innenfor alle de tre ordningene som er gjennomgått.

Forsvaret skal i samarbeid med andre sektorer sørge for god hjelp og oppfølging for de veteranene som måtte trenge det, jf. Prop. 73 S (2011–2012). Videre har utenriks- og forsvarskomiteen påpekt at oppfølging av veteraner i samfunnets ordinære helse- og omsorgstjenester og sosialfunksjoner stiller svært høye krav til disse tjenestenes fleksibilitet, rådgivning og veiledning og ikke minst kompetanseoppbygging, jf. Innst. 388 S (2011–2012). På bakgrunn av svakhetene ved NAVs oppfølging som blir presentert i det følgende, er det grunn til å stille spørsmål ved om intensjonen om god hjelp og oppfølging for veteraner er realisert i tilstrekkelig grad.

8.3.1 Forsvaret og NAV følger ikke opp sykmeldte veteraner så tett som forutsatt
Folketryktdloven stiller krav om oppfølging av sykmeldte, både fra arbeidsgiver og fra NAV. Undersøkelsen viser at arbeidsgiver i ca. tre firedele av de gjennomgåtte sakene ikke sender inn oppfølgingsplan og/eller oppfølgingsrapport om avholdt dialogmøte 1 til NAV innen den fastsatte fristen på ni uker. Mange av disse har Forsvaret som arbeidsgiver. For å sikre en bedre oppfølging av sykmeldte veteraner vil det være avgjørende at Forsvaret ivaretar arbeidsgivers ansvar på dette området.

NAV skal innkalle til et dialogmøte (dialogmøte 2) innen 26 uker, unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig. Undersøkelsen viser at dialogmøte 2 kun er avholdt i 14 av de 42 sakene som er gjennomgått. I totalt 22 saker er det dokumentert hvorfor det er foretatt unntak fra dialogmøte 2. I seks saker er unntak imidlertid ikke dokumentert, eller det mangler innkalling til møtet. Undersøkelsen viser videre at NAV gjør unntak fra dialogmøte 2 blant annet på grunn av forventet friskmelding. Dersom personen likevel fortsetter sykmeldingsperioden, blir dette imidlertid ikke fanget opp av systemet. Dialogmøte 2 blir dermed ikke avholdt, selv om det er behov for dette. Det vurderes som uheldig at oppfølgingen av sykmeldte veteraner er så vidt mangelfull. Bruk av dialogmøte 2 er helt sentralt for å fremme overgang til arbeid og aktivitet for sykmeldte.

Det er krav om at NAV skal ha en tettere oppfølging av sykmeldte som ikke har arbeidsgiver. Ingen av de fire veteranene uten arbeidsgiver som inngår i undersøkelsen, fikk imidlertid utarbeidet aktivitetsplan innen tolv uker, slik Arbeids- og velferdsdirektoratet har lagt opp til at praksis skal være. For tre av disse forelå det ikke gyldig aktivitetsplan før det var gått omtrent ett år. Undersøkelsen viser videre at sykmeldte som mister arbeidsgiver i løpet av et oppfølgingsløp, i stor grad følges opp som om de fremdeles har arbeidsgiver.

Undersøkelsen viser at om lag halvparten av de 42 sykmeldte veteranene som inngår i utvalget, per januar 2014 fortsatt er sykmeldte eller har gått over på andre trygdeytelser. På bakgrunn av de påviste manglene ved oppfølgingen, kan det stilles spørsmål om en tettere oppfølging både fra NAV og fra Forsvaret kunne ha bidratt til å øke andelen som kommer tilbake til arbeid.

8.3.2 Varierende oppfølging av veteraner som mottar dagpenger eller arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og velferdsforvaltningen skal fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet, og bistå arbeidssøkere med å få jobb, jf. NAV-loven §§ 1 og 4. Undersøkelsen viser at mange arbeidssøkende veteraner ikke får jevnlig oppfølging fra NAV. For veteranene i utvalget som fikk en oppfølging fra NAV etter første utbetaling, ventet 45 prosent i over tre måneder før denne ble gitt. 16 prosent av veteranene gikk i over seks måneder før de fikk den første oppfølgingen. Undersøkelsen viser videre at enkelte veteraner aldri har fått noen oppfølging fra NAV, selv om de er langtidsledige. Det anses som uheldig at veteraner kan gå i lang tid uten å få noen oppfølging fra NAV. At de aller fleste veteranene i utvalget er relativt unge, og dessuten langtidsledige, gir grunn til å stille spørsmål ved om NAV har gjort nok for å bistå veteranene slik at de kommer tilbake i arbeid.

Undersøkelsen viser at kun sju av de 44 veteranene i utvalget som har mottatt arbeidsavklaringspenger, har kommet tilbake i arbeid. Det er også her identifisert svakheter ved oppfølgingen. Ifølge folketrygdloven skal personer som søker arbeidsavklaringspenger, få en vurdering av sin arbeidsevne. Arbeidsevnevurderingen skal blant annet inneholde en vurdering av brukerens muligheter for å komme i arbeid og i hvilken grad arbeidsevnen er nedsatt. Undersøkelsen viser at arbeidsevnevurderingene i liten grad inneholder opplysninger om veteranenes faktiske arbeidsevne eller muligheter for arbeid, økt stillingsprosent og aktivitet, men at de i større grad tar for seg helsemessige begrensninger. Dette innebærer risiko for at veteranene ikke får tilbud om de tiltakene som best kan legge til rette for at de kan vende tilbake til eller øke deltakelsen i arbeidslivet.

Undersøkelsen viser videre at halvparten av veteranene i utvalget har hatt kortere eller lengre perioder uten gyldig aktivitetsplan, slik det er krav om i NAV-loven. Flere har gått i over seks måneder uten plan. Dette innebærer at brukere kan gå i lange perioder uten at det foreligger noen formell plan, verken for brukernes aktiviteter eller for hva slags oppfølging NAV skal gi. Også kvaliteten på aktivitetsplanene varierer. Tre av ti planer har ikke tilstrekkelig kvalitet, i den forstand at det mangler en god beskrivelse av løpet fram mot målet som er satt for den enkelte, og at oppfølging og ansvar ikke framkommer tydelig. Det vurderes som uheldig at ikke aktivitetsplanen i større grad benyttes som et reelt verktøy for å sikre at flest mulig av veteranene kommer tilbake i arbeid.

8.3.3 Effekten av Forsvarets ordninger for å lette overgangen til sivilt arbeidsliv er foreløpig begrenset

Forsvaret har et ansvar for utvikling og styring av personellens kompetanse. Blant annet skal Forsvaret legge forholdene til rette for at vervede kan ta utdanning som forberedelse til videre yrkeskarriere også utenfor Forsvaret, jf. St.prp. nr. 48 (2007–2008). Forsvaret har etablert en stipendordning som skal gå til utdanning eller opplæring som forbedrer muligheten til videre utdanning og arbeid etter endt vervet periode.

Undersøkelsen viser at andelen av de vervede som benytter seg av stipendordningen, har økt fra om lag 10 prosent av de vervede i 2010, til om lag 30 prosent av de

vervede i 2013. Mens under halvparten av bevilgningen til stipend ble brukt i 2010, ble ca. 80 prosent benyttet i 2013. Totalt er det brukt 23 mill. kroner av en bevilgning på 40 mill. i perioden 2010–2013. Videre er antallet som har fått tilsagn om stipend, høyere enn de som faktisk har benyttet seg av det. En årsak til dette er høyt arbeidspress i flere operative avdelinger som kan gjøre det vanskelig å benytte seg av stipendordningen. Det vurderes som positivt at andelen som benytter ordningen, har økt. For at flest mulig skal kunne benytte seg av stipendordningen, er det imidlertid avgjørende at Forsvaret legger til rette for at stipendordningen blir brukt.

Også for avdelingsbefalet, som bare kan stå i stillingen til de er 35 år, skal Forsvaret legge til rette for kompetanseutvikling som skal kvalifisere for annen karriere etter endt tilsettingsforhold. Forsvaret har i den forbindelse etablert en bonusordning. Undersøkelsen viser imidlertid at det per 2013 er få som har opparbeidet rettigheter til bonus, og mange avdelingsbefal fortsetter i andre stillinger i Forsvaret. Forsvaret har også etablert en karriereskiftordning, der det tilbys jobbsøkerkurs. 2013 er det første året der karriereskiftordningen er etablert for fullt. Det vurderes som positivt at Forsvaret har etablert bonusordningen og karriereskiftordningen. Ettersom det hittil er få som har benyttet seg av ordningene, vil en først på noe lengre sikt kunne konkludere om effekten av tiltakene.

8.4 Behandling av erstatningssakene tar til dels lang tid

For militært personell som har tjenestegjort i en internasjonal operasjon i perioden 1. januar 1978 og fram til og med 31. desember 2009, er det etablert en særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader. De som fyller vilkårene for ordningen, kan få utbetalt inntil 35 G etter en lempelig bevisvurdering eller 65 G ved ordinære krav til bevis. Sakene behandles av Statens pensjonskasse (SPK), som i perioden 2010–2013 har utbetalt vel 700 mill. kroner.

I de 29 sakene som er undersøkt, er den totale saksbehandlingstiden i flere av sakene 2–3 år, og i enkelte tilfeller også mer enn 3 år. Kompleksiteten i sakene tilsier at behandling av sakene normalt vil ta noe tid. Gjennom undersøkelsen har det imidlertid blitt avdekket flere eksempler på at saker blir liggende unødvendig lenge. Blant annet tar det i mange saker lang tid å innhente nødvendig dokumentasjon, særlig fra helsevesenet. Dessuten er SPKs purrerutiner ikke tilfredsstillende. Blant de 29 sakene som er gjennomgått, er det registrert totalt 19 tilfeller der purring ikke er sendt, selv om det hadde gått to måneder uten at etterspurt dokumentasjon var mottatt i SPK. Undersøkelsen viser også at det i noen saker er kortere eller lengre opphold underveis i saksforløpet, uten at det er dokumentert noen årsak til dette i SPKs systemer. Saksmappegjennomgangen viser blant annet tre saker der det er opphold i SPKs saksbehandling på mellom ni og fjorten måneder, uten at det kan forklares med at SPK venter på dokumentasjon eller lignende.

SPK har gjennom sitt datasystem lister som hver enkelt saksbehandler kan bruke til å følge opp sine saker. Turnover og mange saker på hver enkelt saksbehandler kan ifølge SPK føre til at listene ikke alltid er oppdaterte, og det kan igjen føre til opphold i behandlingen av enkelte saker. Ifølge SPK bruker verken ledelsen eller fagansvarlig listene rutinemessig for å fange opp at saker kan ha blitt liggende lenge. Svakheterne ved systemet for oppfølging av saker, samt de nevnte eksemplene på opphold i saksbehandlingen, viser at det er unødvendig svak framdrift i noen saker. Dette er ikke i samsvar med forvaltningslovens bestemmelser om at saker skal avgjøres uten ugrunnet opphold. Samtidig har saksmappegjennomgangen vist eksempler på at purring og god oppfølging fra SPKs side bidrar til raskere behandling av saken. Undersøkelsen

viser dermed at SPK – gjennom å etablere et system for tettere oppfølging av saksflyten – har et potensial for raskere behandling av flere saker.

Saksmappegjennomgangen viser at innhenting av spesialisterklæring er tidkrevende og innebærer flere utfordringer. Å oppnå enighet om hvem som skal brukes som spesialist, har i fem av de undersøkte sakene tatt over seks måneder, og i én disse ble enighet først oppnådd etter 2 ½ år. Saksmappegjennomgangen viser også at spesialister i mange tilfeller bruker lang tid på å utarbeide erklæring. Blant de 23 sakene der spesialist er oppnevnt, er det totalt sju saker der erklæring ikke foreligger ett år etter at prosessen ble igangsatt. SPK opplyser at ventetiden for å innhente erklæring ikke har gått ned, siden det er få spesialister som har nødvendig kompetanse på feltet, og det blir lange ventelister hos disse. Per 2014 er dermed status at berørte etater ikke har lykket med å finne løsninger for å korte ned ventetiden hos aktuelle spesialister.

Klager på SPKs vedtak behandles av en egen klagenemnd for den særskilte kompensasjonsordningen. Blant de 52 klagesakene som er gjennomgått i undersøkelsen, har halvparten blitt omgjort i skadelidtes favør, og ytterligere tolv saker har blitt hjemvist SPK for ny behandling. Intervjuer med klagenemnda og SPK bekrefter at det har vært ulike tolkninger av forskriften. Dette har i perioder ført til mange klagesaker, med den belastning det innebærer for skadelidte. Intervjuene og gjennomgangen av sakene viser imidlertid at SPK har justert sin praksis i tråd med den praksisen klagenemnda har lagt seg på. Det vurderes som positivt at SPK har justert sin praksis, slik at antall klagesaker dermed kan forventes å gå ned. Det vurderes også som positivt at klagenemnda har fungert konfliktdependende og bidratt til at saker kan løses utenfor domstolene.

Det er positivt at Forsvarsdepartementet har igangsatt en evaluering av kompensasjonsordningen. Som en del av evalueringsarbeidet skal departementet se nærmere på om det er behov for å presisere regelverket.

8.5 Behov for tiltak for samarbeid og kompetanseheving både innad i og på tvers av sektorer

Utenriks- og forsvarskomiteen har påpekt at ansvaret for å ivareta personellet forutsetter felles forpliktelser og samarbeid på tvers av departementer og sektorer.

For å koordinere ulike etaters arbeid er det i handlingsplanperioden opprettet regionale ressursnettverk under ledelse av Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), som skal omfatte blant annet Forsvarets stressmestringsteam, helsevesenet, brukerrepresentanter og NAV. Undersøkelsen viser at de fleste av stressmestringsteamene ønsker at ordningen med ressursnettverk skal videreføres utover handlingsplanperioden. Også Forsvarsstabens veteranavdeling gir uttrykk for at det er behov for at RVTS-ene fungerer som et kontaktpunkt på veterankompetanse innen sine regioner. Blant de femten DPS-ene som inngår i undersøkelsen, har imidlertid kun et mindretall kjennskap til ressursnettverkene. Dersom ressursnettverkene eller tilsvarende samarbeidsarenaer skal fungere som et kontaktpunkt som kan videreformidle kunnskap om veteraner, vil det være avgjørende at ulike helse- og sosialfunksjoner kjenner til og benytter seg av disse nettverkene.

I St.meld. nr. 34 (2008–2009) ble det uttalt at kunnskapen om de særlige problemene veteraner kan stå overfor, vil bli overført fra Forsvaret til det sivile helsevesenet. Forsvaret og RVTS Øst har i handlingsplanperioden utviklet en opplæringspakke i militærpsykiatri for leger og psykologer. Undersøkelsen viser imidlertid at tretten av

femten DPS-er ikke er kjent med opplæringspakken. Flere DPS-er ser dessuten behov for mer kunnskap. Blant annet sier fem av tolv DPS-er at de har et behov for å styrke ett eller flere kompetanseområder som er aktuelle i behandlingen av veteraner.

Også i NAV har det blitt igangsatt kompetansehevende tiltak, både gjennom kurs for rådgivende leger og psykologer, og gjennom etablering av et kompetansemiljø om veteraner på Elverum. Både NAV og veteranorganisasjonene viser til positive erfaringer med disse tiltakene. Intervjuene viser samtidig at det i praksis kan være vanskelig for NAVs saksbehandlere å nyttiggjøre seg den kompetansen om veteraner som er etablert noen steder i NAV-systemet. Det skyldes blant annet at saksbehandler ikke nødvendigvis klarer å fange opp at brukeren er veteran, eller ikke er godt nok kjent med at det finnes spesiell kompetanse om veteraner i NAVs andrelinje. Videre har veteranorganisasjonene påpekt at kontakt med kompetansemiljøet på Elverum fordrer at veteranene er kjent med at denne kompetansen finnes.

Gjennom datainnsamlingen, både blant DPS-ene og i NAV, kommer det tydelig fram at veteraner utgjør en liten del av det totale antallet brukere. Som det framgår av det ovennevnte, er det vanskelig å overføre kompetanse om denne gruppen til alle deler av det sivile hjelpeapparatet. Konsekvensen kan være at veteraner – i møtet med sitt lokale NAV-kontor eller DPS – ikke får bistand som sikrer at deres særskilte utfordringer blir forstått og ivaretatt. Det er derfor behov for å videreføre, og eventuelt forsterke, tiltak som gjør det mulig for saksbehandlere og helsepersonell å henvende seg til miljøer som besitter særskilt kompetanse om veteraner.

9 Referanser

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- St.prp. nr. 36 (2001–2002) *Om visse organisasjonsendringer mv. i Forsvaret*
- St.prp. nr. 42 (2003–2004) *Den videre moderniseringen av Forsvaret i perioden 2005–2008*
- St.prp. nr. 48 (2007–2008) *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*
- Prop. 73 S (2011–2012) *Et forsvar for vår tid*
- Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsloven m.m.)*
- Prop. 207 S (2012–2013) *Endringer i statsbudsjettet 2013 under Forsvarsdepartementet*
- Prop. 1 S (2012–2013) *Arbeidsdepartementet*
- Prop. 1 S (2012–2013) *Forsvarsdepartementet*
- Prop. 1 S (2013–2014) *Forsvarsdepartementet*
- Prop. 1 S (2013–2014) *Helse- og omsorgsdepartementet*

Stortingsmeldinger

- St.meld. nr. 34 (2008–2009) *"Fra vernepliktig til veteran" Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*
- Meld. St. 14 (2012–2013) *Kompetanse for en ny tid*

Innstillinger til Stortinget

- Innst. S. nr. 318 (2007–2008) *Innstilling fra forsvarskomiteen om et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*
- Innst. S. nr. 298 (2008–2009) *Innstilling fra forsvarskomiteen om "Fra vernepliktig til veteran" om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*
- Innst. 388 S (2011–2012) *Innstilling fra utenriks- og forsvarskomiteen om et forsvar for vår tid*
- Innst. 388 L (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)*

Vedtak

- Debatt og vedtak i Stortinget 19. juni 2008: vedtak 594
- Lovvedtak 121 (2012–2013) *vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)*

Lover, forskrifter og reglement

Lover

- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- Lov om folketrygd (folketrygdloven) av 28. februar 1997
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999
- Lov om forsvarspersonell (forsvarspersonelloven) av 2. juli 2004
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven] av 16. juni 2006

- Lov om endringer i lov 2. juli 2004 nr. 59 om personell i Forsvaret (styrking av rettighetene til veteraner etter internasjonale operasjoner) av 19. juni 2009
- Lov om kommunale omsorgs- og helsetjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011
- Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) av 21. juni 2013

Forskrifter

- Forskrift om menerstatning ved yrkesskade av 21. april 1997
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) av 1. desember 2000
- Forskrift om billighetserstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner mv. av 2. desember 2004
- Forskrift om tjenestegjøring i internasjonale operasjoner av 10. desember 2004
- Forskrift om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner av 22. desember 2009
- Forskrift om arbeidsavklaringspenger av 10. februar 2010
- Forskrift om oppfølging og erstatning for personell som tjenestegjør eller har tjenestegjort i internasjonale operasjoner av 30. juni 2010
- Forskrift om endring i forskrift om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner av 18. juni 2012

Reglement

- Finansdepartementet, *Reglement for økonomistyring i staten*, fastsatt 12. desember 2003, med endringer senest 18. september 2013

Styringsdokumenter

Tildelingsbrev, mål- og disponeringsbrev

- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2011) *Mål- og disponeringsbrev 2011 for fylkene*, 24. februar 2011
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2012) *Mål- og disponeringsbrev 2012 for fylkene*, 5. mars 2012
- Arbeidsdepartementet (2012) *Tildelingsbrev for 2012*. Brev til Arbeids- og velferdsdirektoratet, 27. januar 2012

Planer, retningslinjer, rundskriv, veiledere mm.

- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2010) *Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV. Vurdering av behov for bistand for å beholde eller skaffe seg arbeid og rett til aktivtetsplan etter Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 14a*
- Forsvarsstaben, *Plan for Forsvarets implementering av Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste – "I tjeneste for Norge"*, versjon 2, 20. juli 2012
- Helsedirektoratet (2004) *Lov om pasientrettigheter*. Rundskriv: IS-12/2004
- Kontor for psykiatri og stressmestring (2011) *Prioritering*, april 2011
- Regjeringen (2010) *I tjeneste for Norge. Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste*. Oslo: Forsvarsdepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder: IS-1388
- Statens pensjonskasse (2012) *Behandling av krav om erstatning*. Juridisk seksjon – Forsikringsavdelingen, versjon 26. oktober 2012

Rapportering

- Arbeidsdepartementet (2013). *Regjeringens handlingsplan – I tjeneste for Norge – rapportering 2011–2012*. Brev til Forsvarsdepartementet, 24. januar 2013
- Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Rapportering på tiltakene i handlingsplanen "I tjeneste for Norge" for 2013. Vedlagt i e-post fra Forsvarsdepartementet til Riksrevisjonen, 13. februar 2014
- Forsvaret (2010) *Rapport fra arbeidsgruppe om belastning og leveranse i Hæren*, 14. juni 2010
- Forsvarets tertialvise rapportering til Forsvarsdepartementet, *Resultat- og kontrollrapport, nr. 3 2012*
- Forsvarets tertialvise rapportering til Forsvarsdepartementet, *Resultat- og kontrollrapport, nr. 2 2013*
- Forsvarets tertialvise rapportering til Forsvarsdepartementet, *Resultat- og kontrollrapport, nr. 3 2013*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Status for Helses implementering av tiltak fra RHP – "I tjeneste for Norge" per 15. jan. 2013*. Rapportering til Forsvarsdepartementet.
- Helsetilsynet (2012) *Rapport etter tilsyn med Forsvarets styring med dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner*, oversendt Forsvarssjefen 19. desember 2012

Regelverk, avtaler mm.

- Forvarssjefens direktiv for delegering av myndighet, 10. desember 2009
- Forsvaret (2012) *Forsvarets personellhåndbok – Del B Forvaltning av befal*
- Forsvarsdepartementet og div. arbeidstakerorganisasjoner (2012) *Særavtale for tjenestegjøring i internasjonale operasjoner. Gjeldende fra 1. januar 2012 til 31. desember 2013*

Møtereferat

- Referat fra etatsstyringsmøte mellom Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og NAV, 1. november 2013.

Brev og e-poster

Brev

- Forsvarsdepartementet (2007) *Prosjekt 9334 – Telemedisin, gjennomføringsoppdrag*. Brev til Forsvarsstaben og Forsvarets logistikkorganisasjon, 11. juni 2007
- Forsvaret sanitet (2008). Brev til Forsvarets logistikkorganisasjon inneholdende et kravdokument, 5. desember 2008
- Forsvarets logistikkorganisasjon, Investeringsavdelingen (2009). *Prosjekt 9334 – Arbeidspakke 4*. Brev til Forsvarets sanitet, 19. februar 2009
- Forsvarsdepartementet (2010) *Tolkningsnotat – forskrift om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader*. Brev til Statens pensjonskasse, 22. november 2010
- Forsvarets logistikkorganisasjon (2011) *P9334 Telemedisin – Framsending av ny termineringsrapport*. Brev til Forsvarets sanitet, 12. desember 2011
- Forsvarsdepartementet (2012). Høringsbrev til diverse høringsinstanser, 2. april 2012. Vedlegg: *Høringsnotat: Forslag til endring av forskrift av 22. desember 2009 nr. 1768 om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner*; 30. mars 2012
- Forsvarsstaben (2012) *Implementering – Program for 1 års oppfølging (T-48)*. Brev til diverse avdelinger i Forsvaret, 31. mai 2012
- Brev fra Forsvarsstaben (2013) *Dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner – oversendelse av handlingsplan med tiltak*. Brev til Statens helsetilsyn, 19. februar 2013

- Forsvaret (2013). *Tilsyn med dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner – tilbakemelding på statusoppdatering og videre oppfølging*. Brev til Helsetilsynet, 14. november 2013
- Forsvarsstaben (2013) *Dekning av reiseutgifter ved konsultasjon ved NMP/KPS*. Brev til Forsvarsdepartementet, 4. desember 2013
- Helsetilsynet (2013). *Tilsyn med dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner – tilbakemelding på statusoppdatering og videre oppfølging*. Brev til Forsvaret, 18. desember 2013
- Forsvarsstaben (2014) *Internasjonal undersøkelse om tjenestetid kontra hviletid*. Brev til Forsvarsdepartementet, 13. februar 2014
- Forsvarsstaben (2014) *Tilsyn med dokumentasjon av helsehjelp i utenlandsoperasjoner – oversendelse av informasjon og dokumenter*. Brev til Helsetilsynet, 25. februar 2014
- Forsvarsdepartementet (2014) *Dekning av reiseutgifter for konsultasjon ved kontor for psykiatri og stressmestring/nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (KPS/NMP) – iverksetting av interimløsning*. Brev til Forsvarsstaben, 5. mars 2014
- Forsvaret (2013). Brev til Riksrevisjonen, med svar på spørrebrev fra Forsvarets stressmestringsteam, 9. desember 2013
- Forsvarsstaben (2014). Brev til Riksrevisjonen, med rapport om belastning og leveranser i Hæren, 30. januar 2014
- Arbeids- og sosialdepartementet (2014). Brev til Riksrevisjonen, med merknader til utkast til hovedanalyserapport, 29. april 2014
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Brev til Riksrevisjonen, med merknader til utkast til hovedanalyserapport, 29. april 2014
- Forsvarsdepartementet (2014). Brev til Riksrevisjonen, med merknader til utkast til hovedanalyserapport, 30. april 2014

E-poster

- Forsvarsdepartementet (2014). E-post til Riksrevisjonen, 10. januar 2014
- Statistisk sentralbyrå (2014). E-post til Riksrevisjonen, 24. januar 2014
- Statens pensjonskasse (2014). E-post til Riksrevisjonen, 30. januar 2014
- Forsvarsstaben (2014). E-post til Riksrevisjonen, 3. februar 2014
- Forsvarets personeltjeneste (2014). E-post til Riksrevisjonen 10. februar 2014.
- RVTS Øst (2014). E-post til Riksrevisjonen, 10. februar 2014
- Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (NMP) (2014). E-post til Riksrevisjonen, 26. februar 2014
- NAV (2014). E-post til Riksrevisjonen, 27. mars 2014

Rapporter, utredninger, evalueringer

- Dokument 3:5 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferds-etatens oppfølging av sykmeldte*
- Dokument 1 (2012–2013) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjonen og kontroll for budsjettåret 2011*
- Dyb, Evelyn og Katja Johannessen (2013): *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging*. NIBR-rapport 2013:5, Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR)
- Forsvaret (2012) *Med Norge – for fred, 1945–2012*. Informasjonshefte utgitt av Forsvarets veteran-tjeneste 2012
- Forsvaret (2013) *Afghanistanundersøkelsen 2012: En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001–2011*. Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), Forsvaret
- Forsvaret sanitet (2011) *Skadde i Afghanistan 2001–2010*
- Forsvaret sanitet (2013) *Helse for stridsevne – Nøkkeltall fra Forsvarets helse-register*

- Forsvarsstaben/Forsvarets veteranjeneste (2013) *Evaluering av veteranrelaterte oppgaver i Forsvarets virksomhet: Sluttrapport 2013*
- Gustavsen, Elin (2011) *Vervede i Forsvaret: Motivasjon, erfaringer og framtidsplaner*. Institutt for forsvarsstudier, Nov/2011
- Helsedirektoratet (2013) *Ventetider og pasientrettigheter 2012*. Rapport: IS-2053
- Helsedirektoratet (2013) *Definisjoner i ventelistestatistikken fra Norsk pasientregister*. August 2013
- Normann, Tor Morten (2013) *Veteraners levekår: Forsvars- og politipersonell som har deltatt i internasjonale operasjoner*. Statistisk Sentralbyrå, Rapporter 38/2013
- Norske reserveoffiserers forbund/Norges Forsvarsforening (2012) *Project Employer Support, Sivilt-militært samarbeid om kompetanse og erfaring*

Intervjuer

Det er gjennomført intervju med følgende aktører:

- Arbeids- og velferdsetaten (NAV)
- Cyberforsvaret
- Ett av Forsvarets stressmestringsteam
- Forsvarsstaben
- Forsvaret sanitet (FSAN)
- Forsvarets kompetanse- og utdanningscenter (FOKUS)
- Forsvarsdepartementet
- Klagenemnda for kompensasjon og billighetserstatning
- Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS)
- RVTS Øst
- Statens pensjonskasse (SPK)
- Tre distriktpsikiatriske sentre (DPS)
- Vernepliktsverket
- Veteranorganisasjonene: Norske reserveoffiserers forbund (NROF), Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO) og Veteranforbundet Skadde i internasjonale organisasjoner (SIOPS)

I tillegg er det sendt ut spørrebrev til følgende:

- Tolv DPS-er
- Fire stressmestringsteam

Internettkilder

- Helsedirektoratets ventelistedata: <http://nesstar2.shdir.no/npr/> [Hentedato 5. februar 2014]

I tillegg er det flere steder i rapporten benyttet informasjon fra følgende hjemmesider:

- Forsvarsdepartementets sider på <http://www.regjeringen.no>
- Forsvaret: <http://www.forsvaret.no>
- NAV: <http://www.nav.no>

Diverse

- Reichelt, Jon Gerhard (2011) *Tordenskjolds soldater av i dag – med fare for helse-skade?* I: Norsk militært tidsskrift, 2 (2011), s. 14–17
- Presentasjon mottatt fra AFA Land, 24. oktober 2012

Vedlegg 1: Oversikt over sentrale erstatningsordninger

I det følgende gis en oversikt over sentrale erstatningsordninger som er etablert knyttet til skader som følge av tjenestegjøring i internasjonale operasjoner:¹²⁰

Forsvarspersonelloven § 12 b

I henhold til loven har staten objektivt ansvar for fysiske og psykiske skader som følge av tjenestegjøring i internasjonale operasjoner. Lovbestemmelsen gjelder for sivilt og militært personell som har tjenestegjort i tidsperioden fra og med 1.1.2010. Erstatning utbetales etter ordinære krav til bevis og utmåles etter ervervsuførhet. Ytelse er på 65 G ved 100 prosent ervervsuførhet. Det foreligger ikke krav til ulykkesmoment, hvilket innebærer at både fysiske og psykiske belastningslidelser dekkes.

Forskrift av 22. desember 2009 om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner

Ordningen gjelder for militært personell som har tjenestegjort i en internasjonal operasjon i perioden 1. januar 1978 og fram til og med 31. desember 2009. Erstatning utmåles etter ervervsuførhet og gir inntil 35 G for 100 prosent uførhet. Det er lempeligere beviskrav enn etter ordinær erstatningsrett.

Endring per 18. juni 2012 i forskrift om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner

18. juni 2012 ble ordningen som er regulert av forskriften om den særskilte kompensasjonsordningen endret. Ordningen ble todelt, og utvidet til også å omfatte 65 G, men da med samme krav til bevis som etter forsvarspersonelloven § 12 b, dvs. ordinære krav til bevis.

Forskrift av 2. desember 2004 om billighetserstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner mv.

Forskriften er gitt med hjemmel i forsvarspersonelloven § 12 c. Ordningen gjelder for militært personell og polititjenestemenn som har tjenestegjort i en internasjonal operasjon. Erstatning utmåles etter varig medisinsk invaliditet¹²¹. Det er krav om at den psykiske belastningsskaden har medført en varig medisinsk invaliditet tilsvarende 15 prosent eller mer. Ved 54 prosent varig medisinsk invaliditet eller mer ytes erstatning tilsvarende 6 G. Dokumentasjon fra fastlege er tilstrekkelig.

Særavtale av 16. mai 2000 ved yrkesskade

Avtalen gir inntil 65 G, som et minimum ved 100 prosent uførhet, for skader som tilfredsstillende krav etter yrkesskadeforsikringsloven. Avtalen er mest aktuell som selvstendig grunnlag for skader som gjelder tjenestegjøring før 1. januar 2010. Skader for tjenestegjøring etter dette tidspunktet blir fanget opp av forsvarspersonelloven § 12 b.

120) Statens pensjonskasse, *Behandling av krav om erstatning*, Juridisk seksjon – Forsikringsavdelingen, versjon 26. oktober 2012, kapittel 6.

121) Begrepet "medisinsk invaliditet" viser til den fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelsen som en bestemt skade eller sykdom erfaringsvis forårsaker. Invaliditetsgraden fastsettes på objektivt grunnlag uten hensyn til yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid (uføregrad), fritidsinteresser o.l. Jf. forskrift om menerstatning ved yrkesskade av 21. april 1997, § 1.

Vedlegg 2: Forkortelser og forklaringer

Forkortelser

AFA – Administrativt foresatt avdeling
DPS – Distriktpsikiatriske sentre
FLO – Forsvarets logistikkorganisasjon
FOH – Forsvarets operative hovedkvarter
Fokus – Forsvarets kompetanse- og utdanningscenter
FSAN – Forsvarets sanitet
HELFO – Helseøkonomiforvaltningen
KPS – Kontor for psykiatri og stressmestring
MEDOPS – Medisinsk operasjonssenter
NAV – Arbeids- og velferdsetaten
NIBR – Norsk institutt for by- og regionforskning
NMP – Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk
NROF – Norske reserveoffiserers forbund
NVIO – Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner
PTSD – Posttraumatisk stresslidelse
RVTS – Regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
SIOPS – Veteranforbundet Skadde i internasjonale operasjoner
SPK – Statens pensjonskasse
SSB – Statistisk sentralbyrå

Forklaringer

Aktivitetsplan – En konkret plan for hvordan NAV-brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov, skal komme i arbeid.

Arbeidsevnevurdering – En vurdering NAV foretar av om arbeidsevnen er nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte i slik grad at personen hindres i å beholde eller skaffe seg inntektsgivende arbeid.

Avdelingsbefal – Befal som er gitt tilsetting i Forsvaret fram til fylte 35 år, unntaksvis 38 år.

Behovspasient – Pasienter som ikke oppfyller kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp, men som skal prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

Deployering – Utsendelse og stasjonering av norske styrker og støttefunksjoner til internasjonale operasjoner for å gjennomføre et oppdrag i utlandet i en tidsperiode.

Deployeringstid – Tiden fra personell reiser ut i en internasjonal operasjon til dato for hjemkomst.

Dialogmøte 1 – Et møte som skal avholdes mellom arbeidsgiver og den sykmeldte. Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dette dialogmøtet innen sju uker.

Dialogmøte 2 – Et møte som skal avholdes innen 26 uker mellom NAV, arbeidsgiver og den sykmeldte.

Etterlanding – En samling som gjennomføres for personell som har tjenestegjort som observatører, stabsoffiserer eller annen tjeneste der de ikke har inngått i et norsk styrkebidrag i forbindelse med deployeringen, eventuelt for personell som ikke deployerer og redeploys som en del av en avdeling.

Hjemmetid – Perioden fra dato for hjemkomst etter tjenestegjøring til ny disponering i utenlandsoppdrag finner sted.

IDA-gruppen – Den interdepartementale arbeidsgruppen som ble etablert i forbindelse med handlingsplanen "I tjeneste for Norge".

Mellomlanding – En samling der kontingenten skjermes før adkomst til Norge for å få tid til å omstille seg fra de normer, regler og adferd som gjelder i operasjonsområdet til det som gjelder hjemme.

Oppfølgingsplan – En plan som utarbeides av arbeidsgiver for sykmeldte arbeidstakere, for å sikre at dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kommer raskt i gang, og at tiltak og muligheter for å komme tilbake i arbeid vurderes grundig.

Oppfølgingsrapport – En rapport som utarbeides av arbeidsgiver for sykmeldte arbeidstakere for å dokumentere hvorvidt dialogmøte 1 mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er avholdt.

Oppfølgingsvedtak – Alle som omfattes av NAV-loven § 14 a har rett til et vedtak om oppfølging. Vedtaket kalles et oppfølgingsvedtak, og avgjør hvilket ansvar NAV vil ha i den videre oppfølgingen.

P3 – Systemet ble i 2002 etablert som Forsvarets felles personellsystem.

Rettighetspasient – Pasienter som oppfyller kravene til nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven.

Verve – Tidsavgrenset tilsatt militært personell som ikke er befal.

◀ Bakgrunn og mål for undersøkelsen.
Funn og anbefalinger.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100



Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Over hundre tusen norske kvinner og menn har deltatt i internasjonale operasjoner fra etterkrigstiden og fram til i dag. Blant annet har 22 000 deltatt i UNIFIL-styrken i Libanon, og 8000 i ISAF-styrken i Afghanistan. Forsvarskomiteen har understreket det norske samfunns og myndighetenes klare ansvar for å sikre en god oppfølging av kvinner og menn som deltar for Norge i internasjonale operasjoner. Ivaretagelsen av personell fra internasjonale operasjoner er et sektorovergripende samfunnsansvar.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om veteraner fra internasjonale operasjoner får god hjelp og oppfølging, slik det er lagt til grunn i Stortingets vedtak og forutsetninger. Målet har også vært å belyse årsaker til eventuelle svakheter i oppfølgingen. Undersøkelsen omfatter perioden 2001–2014, med hovedvekt på årene 2010–2014.

Funn og anbefalinger

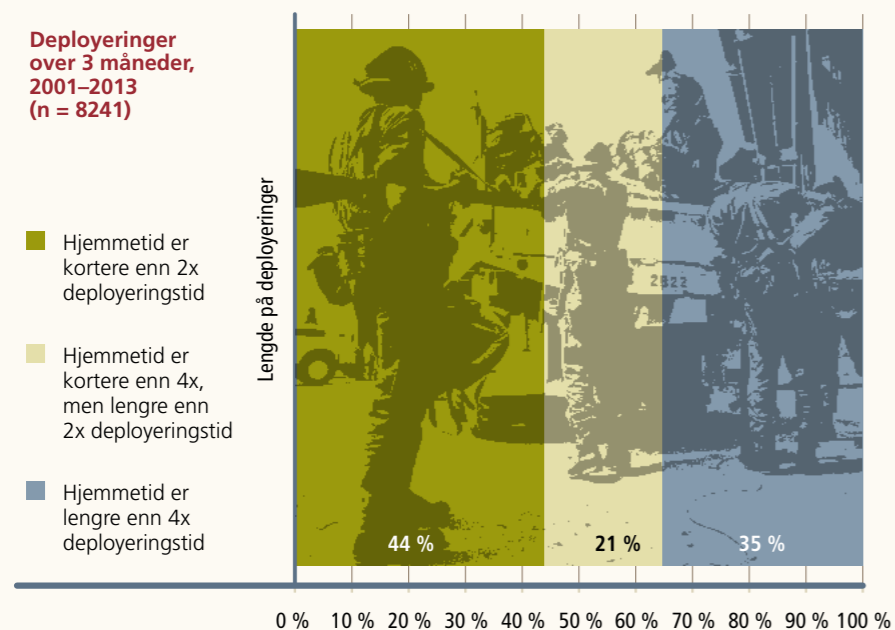
Belastningen på Forsvarets personell i forbindelse med utenlandstjeneste er høy

Personellet får for kort tid hjemme mellom tjenesteperioder i utlandet (deployeringer)

For å unngå slitasje på personellet, bør ikke soldatene være for lenge eller for hyppig ute. Undersøkelsen viser at mange er hjemme kortere enn hva fastsatte bestemmelser tilsier.

Forsvaret har fått bedre oversikt over enkeltpersoners tjenestegjøring, men styringsinformasjonen er mangelfull

Forsvarsdepartementet bør, i samarbeid med Forsvaret, vurdere på hvilken måte målene om tilstrekkelig hjemmetid mellom utenlandsoppdrag kan nås. For å følge opp fastsatte mål vil det være behov for bedre styringsinformasjon.



Veteraner med psykiske helseplager får i mange tilfeller ikke den hjelpen de trenger

Forsvarets oppfølging har blitt bedre, men ikke alle har hatt like god tilgang på hjelp
Forsvarets tilbud om psykiatrisk og psykologisk oppfølging gjennom Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), utgjør et godt supplement til det sivile helsevesenet. På grunn av manglende refusjon av reiseutgifter, har ikke alle veteraner hatt tilgang til tilbudet.

For de som har behov for oppfølging, vil det ha stor betydning at det etableres en varig ordning med reiserefusjon.

Variierende tilbud innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten og til dels lange ventetider

I perioden 2010–2013 var det fristbrudd for ti prosent av veteranene med rett til nødvendig helsehjelp innen psykisk helsevern. Det er også store variasjoner i ventetiden.

Forsvarsdepartementet bør, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, vurdere tiltak for å sikre at flere veteraner får hjelp for psykiske helseplager innen rimelig tid.

Tilretteleggingen for deltakelse i arbeidslivet er mangelfull

Undersøkelsen viser at det blant veteraner som trenger bistand fra NAV er svakheter i oppfølgingen innenfor alle de tre ordningene som er gjennomgått: Sykepenger, dagpenger og arbeidsavklaringspenger.

Forsvarsdepartementet bør, i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, vurdere hvordan NAV kan sikre en tett og god oppfølging av veteraner som står utenfor arbeidslivet.

Behandling av erstatningsaker på grunn av psykiske belastningsskader tar til dels lang tid


Undersøkelsen viser flere eksempler på at erstatningssaker har blitt liggende unødvendig lenge.

Forsvarsdepartementet bør, i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, følge opp at Statens pensjonskasse etablerer et system som sikrer en bedre oppfølging ved behandling av erstatningssaker for veteraner som har psykiske belastningsskader.

Kompetanse om veteraner er ikke i tilstrekkelig grad gjort tilgjengelig for alle deler av det sivile hjelpeapparatet

Veteraner utgjør en liten del av det totale antallet brukere i det sivile hjelpeapparatet. Det har vært vanskelig å overføre kompetanse om denne gruppen til alle deler av det sivile hjelpeapparatet.

Forsvarsdepartementet bør, i samarbeid med berørte departementer og etater, videreføre og eventuelt forsterke informasjons- og opplæringstiltak som gjør det mulig for saksbehandlere og helsepersonell i større grad å nyttiggjøre seg kompetansemiljøer som har særlig kjennskap til veteraners behov og utfordringer.



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

23 257

-3 918

240

1 255 712

474 320

120

3 924

22 781 329

781 528

