

Militär utlandstjänstgöring på enskild insats

Fysiska, psykiska och sociala utfall efter hemkomst

Stockholm 2020 12 30



Aux Analysis AB

www.auxmilitary.se

Adress
Box 45067
104 30 Stockholm

Hemsida
www.auxmilitary.se

E-post
info@auxmilitary.com

Org.nr
556 705-7418

Sedan 2016 utförs systematisk uppföljning av Sveriges militära utlandsveteraners hälsa baserat på anonyma uppgifter av konsultbolaget Aux Analysis med finansiering från Försvarsmakten. Årligen utkommer en rapport innehållande resultat för allmän dödlighet samt självmord bland veteranerna efter hemkomst från internationell insats, samt ett antal ytterligare utfall:

År 1: Psykisk ohälsa

Psykiatrisk vård och läkemedelsanvändning, vårdkontakt för självmordsförsök/självskada

År 2: Fysisk ohälsa

Fördjupning dödsorsaker, hjärt-kärlsjukdom (vårdkontakter samt medicinering), vårdkontakter för yttre orsaker samt cancer

År 3: Sociala utfall

Giftermål, skilsmässa och våldsbrott

Efter tredje året börjar cykeln om på nytt.

Utöver detta publiceras rapporter där särskilda utfall eller insatser studerats. Föreliggande rapport är en sådan rapport där gruppen veteraner som tjänstgjort på enskilda insatser studeras.

Tidigare genomförda rapporter listas i tabellen nedan. Samtliga rapporter kan laddas ner från www.auxmilitary.se, där det även finns länkar till vetenskapliga publikationer och en akademisk avhandling kopplade till projektet.

Tidigare genomförda rapporter (www.auxmilitary.se)

Titel
Mental ohälsa efter militär utlandstjänst vid missioner med hög stridsexponering. Fokus: BA01-BA06 & FS17-FS19
Skilsmässor och giftermål efter militär utlandstjänst
Våldsbrott efter militär utlandstjänst
Militär utlandstjänst i Afghanistan (ISAF 2002-2014): Fysiska, psykiska och sociala utfall efter hemkomst
Uppföljning av svenska militära utlandsveteraner efter hemkomst från internationell insats Årsrapport: psykisk ohälsa
Uppföljning av svenska militära utlandsveteraner efter hemkomst från internationell insats Årsrapport: fysisk ohälsa
Amyotrofisk lateral skleros (ALS) bland svenska militära utlandsveteraner

SAMMANFATTNING

Denna studie undersökte fysiska, psykiska och sociala utfall efter hemkomst bland svenska militära utlandsveteraner som tjänstgjort inom ramen för enskild insats någon gång mellan 1990 och 2018. Analyserna baserades på länkning av Försvarsmaktens register över veteraner och befintliga rikstäckande hälsoregister. För att skydda individernas integritet utfördes alla analyser på oidentifierade data och resultat redovisas på gruppnivå. Etiskt tillstånd för studierna erhöles från den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

METOD

Veteraner från enskilda insatser jämfördes med tre kontrollgrupper: en matchad kontrollgrupp bestående av veteraner som tjänstgjort på övriga typer av insatser, och två kontrollgrupper med individer som genomfört värnpliktsmönstring men inte tjänstgjort militärt utomlands ("icke-veteraner"), där den ena gruppen matchats på ålder, kön och födelseland och den andra på ytterligare variabler förknippade med psykisk och fysisk ohälsa.

Grupperna följdes upp till 28 år efter hemkomstdatum avseende allmän dödlighet, uthämtning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdom, vård för yttre orsaker, psykiatrisk vård, uthämtning av psykiatriska läkemedel, självmord, sjukvård för självmordsförsök/självskada, skilsmässa och giftermål.

RESULTAT

Före utfärd: Vid mönstring hade veteraner från enskilda insatser högre poäng på begåvningsstest och psykologutvärdering samt rapporterade tidigare psykisk ohälsa i mindre utsträckning jämfört med veteraner från övriga insatser. Veteraner från enskilda insatser var betydligt äldre vid utfärd än övriga veteraner, och hade före utfärd ingått äktenskap, genomgått skilsmässa, fått sjukvård för hjärt-kärlsjukdom samt för cancer i större utsträckning. Efter matchning på bland annat ålder försvann dessa skillnader mellan grupperna. Psykiatrisk sjukvård före utfärd förblev dock något ovanligare bland veteraner från enskilda insatser jämfört med övriga veteraner såväl före som efter matchning.

Efter hemkomst: Veteraner från enskilda insatser uppvisade generellt lika god eller något bättre fysisk och psykisk hälsa efter hemkomst jämfört med matchade kontroller. Vad gällde psykiatrisk vård kunde en förhöjd relativ risk bland veteraner från enskilda insatser jämfört med veteraner från övriga insatser detekteras under första året efter hemkomst, men inte därefter och överhuvudtaget inte jämfört med icke-veteraner. Den absoluta risken var dock låg. Den förhöjda relativa risken jämfört med veteraner från andra typer av insatser var baserad på mycket få vårdhändelser (6 respektive 4 stycken) och bör tolkas med försiktighet.

Veteraner från enskilda insatser ingick äktenskap efter hemkomst i större utsträckning än kontrollerna, samt uppvisade en högre skilsmässofrekvens jämfört med icke-veteraner men inte jämfört med veteraner från övriga insatser.

SLUTSATS

Gruppen svenska veteraner som tjänstgjort på enskilda insatser från 1990 till och med 2018 utgjordes av individer som hade högre poäng på begåvningsstestet och psykologutvärdering vid mönstring samt var betydligt äldre vid utfärd jämfört med övriga veteraner.

Efter hemkomst uppvisade veteraner från enskilda insatser god psykisk och fysisk hälsa jämfört med såväl veteraner från övriga insatser som icke-veteraner. Ifråga om sociala utfall utmärkte de sig med en högre äktenskapsfrekvens efter hemkomst jämfört med samtliga kontrollgrupper, samt en högre skilsmässofrekvens jämfört med icke-veteraner men inte jämfört med veteraner från övriga insatser.

SUMMARY

This study investigated physical and mental health and social outcomes in Swedish veterans after foreign military deployment to small scale operation (e.g., an individual observer) between 1990 and 2018. The analyses were based on linkage between the Armed Forces' registers of veterans and Swedish nationwide registers. All analyses were performed using de-identified data and the results are presented at the group level to protect the participants' integrity. The study was approved by the Regional Ethics Committee in Stockholm.

METHODS

Veterans from small scale operations were compared with three control groups: one matched control group of veterans deployed to other operations and two control groups who had undergone military conscription testing but had not been deployed (non-deployed controls). One of the non-deployed control groups was matched on age, sex and country of birth while the other was matched on variables associated with mental and physical health in addition to age, sex and birth country.

The groups were followed for up to 28 years after deployment for all-cause mortality, suicide, health care visits related to external causes, mental illness and suicide attempts/self-harm, drug use related to cardiovascular disease and mental illness and marriage and divorce.

RESULTS

Before deployment: Veterans from small scale operations had higher cognitive ability and higher scores on psychological assessment at conscription. These veterans also had a lower history of mental health problems than deployed veterans from other operations. They were also considerably older than veterans from other assignments and more likely to have been married or divorced before deployment. In addition, they received more health care linked to cardiovascular disease and cancer. After matching on age and some additional variables, most of these differences between the groups before deployment disappeared. Health care visits related to mental health before deployment remained somewhat less prevalent in veterans from small scale operations than veterans from other operations before and after matching.

After deployment: Veterans from small scale operations had similar or somewhat better physical and mental health after deployment than the three control groups. When examining health care visits related to mental health, we detected an increased relative risk in veterans from small scale operations compared to veterans from other operations during the first year post-deployment, but not after that and not at all compared to the non-deployed control groups. However, the absolute risk was low. Compared to veterans from other operations, the higher relative risk was based on a small number of cases. Thus, these results should be interpreted cautiously.

Veterans from small scale operations married after deployment more than controls. Moreover, they were found to have a higher divorce rate than non-deployed controls but not compared to veterans from other operations.

CONCLUSION

Swedish veterans deployed to small scale operations between 1990 and 2018 were much older at deployment. They also had higher cognitive ability and higher scores on psychological assessment at conscription compared to veterans from other operations.

After deployment, veterans from small scale operations had similar or somewhat better physical and mental health than veterans from other operations and non-deployed controls. For social outcomes, veterans from small scale operations showed a higher frequency of marriage after deployment than all control groups and a higher frequency of divorce than non-deployed controls but not veterans from other operations.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND	6
2 METOD	7
2.1 Registerkällor	7
2.1.1 Militära utlandsveteraner från Försvarsmaktens register	7
2.1.2 Värnpliktsregistret.....	7
2.1.3 Dödsorsaksregistret, Patientregistret och Läkemedelsregistret	7
2.1.4 Registret över totalbefolkningen	8
2.2 Identifiering av studiepopulationen.....	8
2.2.1 Jämförelse med andra militära utlandsveteraner	8
2.2.2 Jämförelse med icke-veteraner.....	8
2.2.3 Uppföljning.....	8
2.3 Utfall.....	11
2.4 Statistisk metod	11
3 RESULTAT	13
3.1 Före utfärd: veteraner från enskilda insatser vs övriga veteraner	13
3.2 Före utfärd: veteraner från enskilda insatser vs icke-veteraner.....	18
3.3 Fysisk ohälsa efter hemkomst.....	23
3.3.1 Hjärt-kärlläkemedel	23
3.3.2 Vård för yttre orsaker.....	25
3.3.3 Dödlighet.....	27
3.4 Psykisk ohälsa efter hemkomst.....	29
3.4.1 Psykiatrisk vård	29
3.4.2 Psykiatriska läkemedel	31
3.4.3 Själv mord	33
3.4.4 Själv mordsförsök/självskada.....	35
3.5 Sociala utfall efter hemkomst	37
3.5.1 Skilsmässa	37
3.5.2 Giftermål	40
4 DISKUSSION	43
4.1 Sammanfattning.....	43
4.2 Styrkor och svagheter	43
4.3 Slutsats.....	44
5 REFERENSER	45

1 BAKGRUND

Tidigare storskaliga studier på svenska militära utlandsveteraner som grupp, eller undergrupper av veteraner som tjänstgjort i ett visst geografiskt område såsom Balkan eller Afghanistan, har visat att dessa veteraner som grupp har lika bra eller bättre psykisk och fysisk hälsa efter hemkomst från insats jämfört med kontrollgrupper bestående av individer som inte genomfört militär utlandstjänst.¹⁻⁶ De begår inte heller våldsbrott efter hemkomst i högre (eller lägre) omfattning.⁷ Däremot uppvisar de svenska militära utlandsveteranerna en högre frekvens av skilsmässor efter hemkomst jämfört med kontrollgrupperna.^{8,9}

En undergrupp av svenska veteraner som skulle kunna vara utsatta för ökad risk för ohälsa är veteraner som tjänstgjort inom ramen för enskild insats, exempelvis som observatörer. Dessa insatser skiljer sig från de typiska förbandsinsatserna på flera sätt som kan öka pressen på individen. Den tjänstgörande är till exempel inte en del av ett större förband med den säkerhet det innebär, utan är istället verksam inom en mindre grupp av bara ett fåtal individer, eller helt ensam. Vidare kan grupp sammansättningen bestå av individer från olika nationer, vilket kan införa kulturella utmaningar i arbetet. Enskilda insatser är också oftast längre, inte sällan 12 månader, vilket ska jämföras med genomsnittslängden på omkring 6 månader för svenska militära insatser utomlands generellt.³ Dessutom är den tjänstgörande som regel obehövad på dessa insatser. Detta sammantaget ger anledning att misstänka att enskilda insatser innebär en större anspänning på de tjänstgörande individerna än typiska förbandsinsatser.

Syftet med denna studie var att via registerdata undersöka fysiska, psykiska och sociala utfall efter hemkomst bland de svenska militära utlandsveteraner som tjänstgjort inom ramen för enskild insats någon gång mellan 1990 och 2018, och jämföra dessa dels med matchade veteraner som tjänstgjort på övriga insatser och dels med matchade individer från allmänbefolkningen som mönstrat men inte tjänstgjort militärt utomlands.

2 METOD

2.1 Registerkällor

Militära utlandsveteraner som tjänstgjort vid någon internationell insats från 1990-01-01 till och med 2018-12-31 samt matchade jämförelseindivider som inte tjänstgjort militärt utomlands identifierades via Försvarmaktens, Rekryteringsmyndighetens och Krigsarkivets register. Från Socialstyrelsens hälsoregister inhämtades data över dödsfall, besök i slutenvård och sjukhusbaserad öppenvård, samt uthämtning av förskrivningsläkemedel. Från Statistiska centralbyrån inhämtades data över giftermål, skilsmässor och emigration. Dessutom inhämtades månstringsdata från Rekryteringsmyndighetens och Krigsarkivets register. Myndigheterna länkade samman registren med hjälp av varje individs personnummer och data avidentifierades före leverans till forskargruppen.^{10,11}

2.1.1 Militära utlandsveteraner från Försvarmaktens register

Militära utlandstjänstgöringar som varit sanktionerade av den svenska staten har registrerats i Försvarmaktens register, förutom de som involverat hemlig personal. Databaserna innehåller bland annat information om grad, hemförband, tjänstetyp, insatsledning, utresedatum, hemresedatum och insatsområde.

2.1.2 Värnpliktsregistret

Fram till år 2010 hade Sverige ett värnpliktsförsvar, vilket innebar att alla män blev kallade till mönstring (från 1990 fick kvinnor möjligheten att anmäla sig frivilligt). Den allmänna värnplikten var reglerad i lag och undantag gjordes primärt för individer med handikapp eller kroniska sjukdomar liksom för utländska medborgare.¹² Mönstring skedde vanligtvis under det sista året på gymnasiet. Till och med 2006 genomförde omkring 40 000-60 000 individer mönstring årligen, men från 2007 började antalet mönstrande minska drastiskt.¹³ Den obligatoriska värnplikten lades vilande 2010 men återinfördes 2018 och är nu obligatorisk också för kvinnor, även om antalet mönstrande per födelsekohort hittills varit betydligt lägre än tidigare.¹⁴

Vid mönstring genomförs ett antal tester vars resultat har sparats hos Rekryteringsmyndigheten (tidigare Pliktverket) och Krigsarkivet. Förutom flera uppmätta fysiska variabler såsom längd, vikt och blodtryck innehåller dessa register även data från exempelvis begåvnings-test, muskelstyrketest, konditionstest, självrapporterad tidigare psykisk ohälsa och resultat från psykologutvärdering.

2.1.3 Dödsorsaksregistret, Patientregistret och Läkemedelsregistret

Dödsorsaksregistret drevs fram till 1996 av Statistiska centralbyrån men sedan 1997 har Socialstyrelsen ansvaret. Registret innehåller data från 1961 och uppdateras årligen med avlidna personer som under tiden för dödsfallet var folkbokförda i Sverige oavsett var dödsfallet ägde rum.¹⁵ Dödsorsaken som förs in i registret fastställs av läkaren som utfärdat dödsattesten och kodas enligt *International Classification of Diseases* (ICD), vilket är ett klassifikationssystem av sjukdomar som Världshälsoorganisationen (WHO) tillhandahåller. Fram till 1987 användes den åttonde revisionen av klassificeringssystemet (ICD-8), därefter den nionde revisionen (ICD-9) under perioden 1987-1996. Sedan 1997 används den tionde revisionen (ICD-10). Kvaliteten på dödsorsakerna är avhängig ansvarig läkares noggrannhet att fylla i ICD-koder, vilka sedan skickas till Socialstyrelsen.

Patientregistret för slutenvård startades 1964 av Socialstyrelsen och inkluderade då fyra landsting med fullständig täckning och ytterligare två med partiell täckning.¹⁶ Registret blev rikstäckande 1987 och 2001 startades även registrering av besök i öppenvård (ej primärvård). Registret innehåller bland annat personnummer, besöksdatum, utskrivningsdatum (för slutenvård), huvuddiagnos, bidiagnoser och operationskoder. Diagnoser kodas likt dödsorsaker enligt ICD-klassificeringssystemet.

Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen startades 2005-07-01 med syftet att öka patientsäkerheten och förståelsen för läkemedelsbiverkningar.¹⁷ Registret omfattar samtliga förskrivningsläkemedel som hämtas ut i Sverige, men inkluderar inte individuell information om läkemedel som används inom slutenvården på sjukhus.

2.1.4 Registret över totalbefolkningen

Data rörande emigration och födelseland inhämtades från Registret över totalbefolkningen som sedan 1968 finns hos Statistiska centralbyrån. Registrets användningsområde är framför allt framställning av statistik om befolkningens storlek med uppgifter om till exempel emigration, immigration, födelsetal, födelseland, dödstal, giftermål och skilsmässor.¹⁸

2.2 Identifiering av studiepopulationen

Samtliga svenska militära utlandsveteraner i Försvaretsregister med utfärdsdatum tidigast 1990-01-01 och hemkomstdatum senast 2018-12-31 identifierades. Bland dessa veteraner identifierades individer som tjänstgjort inom ramen för en enskild insats med hjälp av en lista på insatsnamn som tillhandahölls av Försvaretsregister Veterancentrum.

2.2.1 Jämförelse med andra militära utlandsveteraner

Bland de ovan nämnda veteranerna selekterades också två jämförelsegrupper till veteranerna som tjänstgjort på enskild insats: en jämförelsegrupp bestående av samtliga veteraner som tjänstgjort militärt utomlands någon gång mellan 1990 och 2018, men som inte tjänstgjort på enskild insats, och en jämförelsegrupp bestående av veteraner från denna kohort som matchades till veteranerna från enskild insats på kön, ålder, födelseland, begåvning, psykologutvärdering, självrapporterad psykisk ohälsa, kroppsmasseindex (BMI), civilstånd, tidigare skilsmässa, vård för självmordsförsök/självskada, läkemedelsbehandling för depression, ångest eller hjärt-kärlsjukdom, samt slutenvård för hjärt-kärlsjukdom (**Tabell 1**).

2.2.2 Jämförelse med icke-veteraner

Utöver de två jämförelsegrupperna av veteraner från övriga insatser selekterades också från Rekryteringsmyndighetens och Krigsarkivets register över mönstrande två jämförelsegrupper bestående av individer som mönstrat men inte tjänstgjort militärt utomlands ("icke-veteraner"): en jämförelsegrupp som endast matchades på kön, ålder och födelseland (kontrollgrupp 1) och en jämförelsegrupp som matchades på ytterligare ett antal variabler beskrivna i Tabell 1, nämligen begåvning, psykologutvärdering, självrapporterad psykisk ohälsa, kroppsmasseindex (BMI), civilstånd, tidigare skilsmässa, vård för självmordsförsök/självskada, läkemedelsbehandling för depression, ångest eller hjärt-kärlsjukdom, samt slutenvård för hjärt-kärlsjukdom (kontrollgrupp 2).

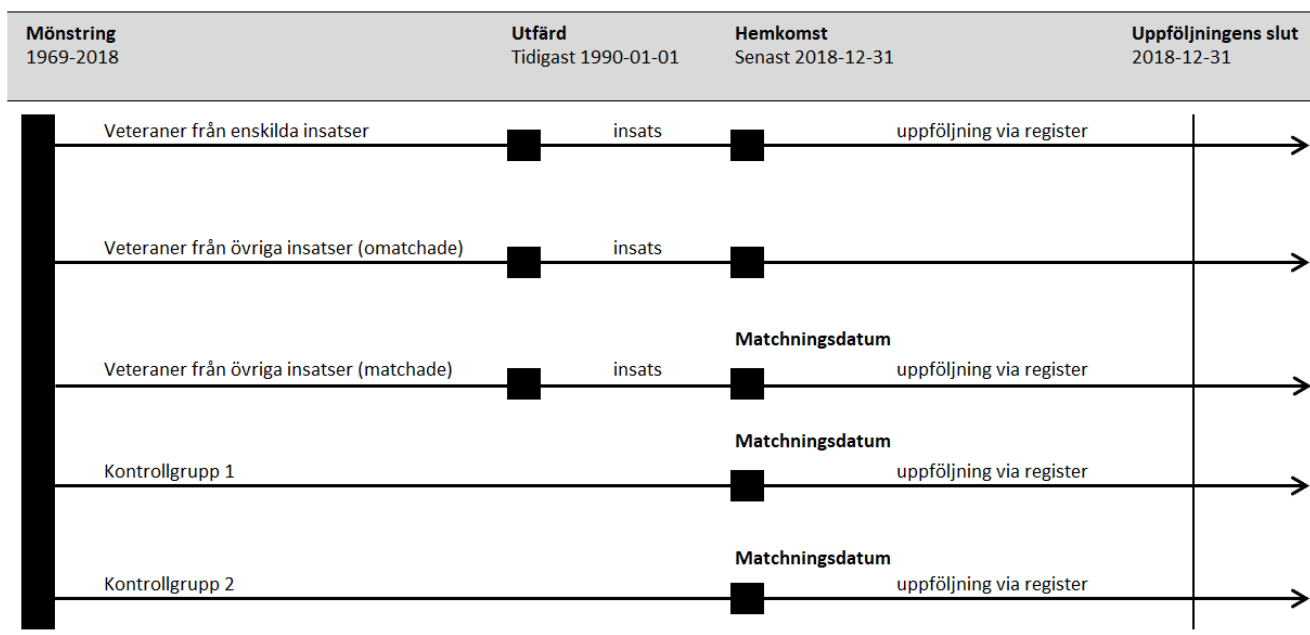
2.2.3 Uppföljning

Jämförelsegrupperna följdes upp med avseende på utfallen i denna studie från och med ett matchningsdatum vilket motsvarade hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser, med undantag för jämförelsegruppen bestående av omatchade veteraner från övriga insatser vars syfte endast var deskriptiv statistik.

Studiens övergripande upplägg med definition av grupper och uppföljning beskrivs i **Tabell 2** och **Figur 1**.

Tabell 1 Matchningsfaktorer för de noggrant matchade jämförelsegrupperna (kontrollgrupp 2 samt de matchade veteranerna från övriga insatser)

Område	Variabler	Värden
Demografi	Kön	Man/kvinna
	Födelseår	+/- 1 år
	Födelseland	Norden/ej Norden
Mönstring	Psykologutvärdering	1-9
	Intelligenstest	1-9
	Självrapporterad psykisk ohälsa	Ja/nej
	BMI (kg/m ²)	<18.5, 18.5-24.9, 25-29.9, ≥30
Socialt	Civilstånd	Gift/ogift
	Tidigare skilsmässa	Ja/nej
Läkemedel och sjukvård	Antidepressiva och/eller ångestdämpande läkemedel	0 = nej / 1= ja / 2=utfärd före 2006
	Blodtrycksläkemedel	0 = nej / 1= ja / 2=utfärd före 2006
	Självordsförsök/självskada	Ja/nej (öppenvård, slutenvård)
	Hjärt-kärlsjukdom diagnosticerad inom slutenvård	Ja/nej (slutenvård)



Figur 1 Tidslinje över grupper och registeruppföljning

Skälet till att ha fyra jämförelsegrupper var att kunna visa hur veteranerna från enskilda insatser skiljer sig i karakteristika mot veteraner från övriga insatser (samtliga veteraner från övriga insatser, omatchade); hur risker för utfallen skiljer sig mot en grupp veteraner som liknar veteranerna från enskilda insatser i så stor utsträckning som möjligt, men som inte tjänstgjort på en enskild insats (matchade veteraner från övriga insatser); hur risker för utfallen skiljer sig mot en bred allmänbefolkning som mönstrat men inte genomfört militär utlandstjänstgöring (kontrollgrupp 1) samt mot en grupp som mönstrat och liknar veteranerna från enskilda insatser i så stor utsträckning som möjligt men som inte genomfört militär utlandstjänstgöring (kontrollgrupp 2).

Jämförelsegruppen bestående av matchade veteraner från övriga insatser är den mest relevanta för denna studie, men det statistiska underlaget är samtidigt svagast i detta fall. För jämförelsegrupperna som inte genomfört militär utlandstjänst (kontrollgrupp 1 och 2) är det statistiska underlaget starkare, men studier som jämför veteraner med allmänbefolkningen är generellt behäftade med ett systematiskt fel som i den vetenskapliga litteraturen benämns "the healthy soldier effect".¹⁹ I korthet innebär detta att veteranerna, som selekterats genom ett flertal fysiska och psykiska tester, utgör en grupp som är friskare än allmänbefolkningen

redan från början. Tanken med jämförelsegruppen bestående av de noggrant matchade individerna i kontrollgrupp 2 var att minimera "the healthy soldier effect".

Tabell 2 Beskrivning av de olika grupperna och matchningsfaktorerna

Gruppbenämning	Matchningsfaktorer	Syfte	
Militära utlandsveteraner (enskilda insatser)	Tjänstgjort militärt utomlands någon gång från 1990 till och med 2018 inom ramen för enskilda insatser. Identifierade via Försvarmaktens register.	Beskriva svenska militära utlandsveteraners hälsa efter hemkomst från internationell insats inom ramen för enskilda insatser.	
Militära utlandsveteraner (övriga insatser; omatchade)	Tjänstgjort militärt utomlands någon gång från 1990 till och med 2018, men inte på enskild insats. Identifierade via Försvarmaktens register.	Jämförelsegrupp för att kunna visa karakteristika före utfärd hos veteraner som tjänstgjort på enskild insats mot övriga veteraner.	
Militära utlandsveteraner (övriga insatser; matchade)	Tjänstgjort militärt utomlands någon gång från 1990 till och med 2018, men inte på enskild insats. Identifierade via Försvarmaktens register.	Kön, ålder, födelseland, begåvning, psykologutvärdering, självrapporterad psykisk ohälsa, kroppsmasseindex (BMI), civilstånd, tidigare skilsmässa, vård för självmordsförsök/självskada, läkemedelsbehandling för depression, ångest eller hjärt-kärlsjukdom, samt slutenvård för hjärt-kärlsjukdom	Jämförelsegrupp för att kunna visa resultaten mot en grupp av veteraner som liknar veteranerna från enskilda insatser i så stor utsträckning som möjligt och som tjänstgjort militärt utomlands under samma period men inte på enskild insats.
Kontrollgrupp 1	Genomfört mönstring och möjligtvis militär utbildning men inte militär utlandstjänst. Identifierade via Rekryteringsmyndighetens och Krigsarkivets register över mönstrande.	Kön, födelseår och födelseland.	Jämförelsegrupp för att kunna visa resultaten mot en bred allmänbefolkning.
Kontrollgrupp 2	Genomfört mönstring och möjligtvis militär träning men inte militär utlandstjänst. Identifierade via Rekryteringsmyndighetens och Krigsarkivets register över mönstrande.	Kön, ålder, födelseland, begåvning, psykologutvärdering, självrapporterad psykisk ohälsa, kroppsmasseindex (BMI), civilstånd, tidigare skilsmässa, vård för självmordsförsök/självskada, läkemedelsbehandling för depression, ångest eller hjärt-kärlsjukdom, samt slutenvård för hjärt-kärlsjukdom	Jämförelsegrupp för att kunna visa resultaten mot en grupp som liknar veteranerna från enskilda insatser i så stor utsträckning som möjligt men som inte genomfört militär utlandstjänstgöring.

2.3 Utfall

I **Tabell 3** beskrivs översiktligt de utfall som studerades samt varifrån utfallsdata hämtats. Från Läkemedelsregistret uthämtades data från 2005-07-01 till 2018-12-31, medan det för övriga utfall uthämtades data från 1990-01-01 till 2018-12-31.

Dödsdatum samt underliggande dödsorsaker inhämtades från Dödsorsaksregistret hos Socialstyrelsen. Analyser avseende allmän dödlighet omfattande samtliga dödsfall. Själv mord omfattade säkra självmord (ICD10 X60-X84, Y870) samt bedömt osäkra självmord (ICD10 Y10-Y34, Y872).

Från Läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen inhämtades datum samt ATC-kod för läkemedelsuthämtning. Analyser av uthämtning av hjärt-kärl läkemedel omfattade blodtrycksläkemedel (C07-C09) samt blodfettssänkande läkemedel (C10). Analyser av psykiatriska läkemedel omfattade antidepressiva läkemedel (N06A), ångestdämpande läkemedel (N05B) och läkemedel för sömnproblem (N05C).

Från Patientregistret hos Socialstyrelsen inhämtades vårddatum samt diagnos i sjukhusbaserad öppen- eller slutenvård. Baserat på detta registerutdrag analyserades vård för yttre orsaker (själv mordsförsök/självskada: ICD10 X60-84, Y87.0; övergrepp: ICD10 X85-Y09, Y87.1; transportolycka: ICD10 V01-V99, Y85, Y32; fallolycka: ICD10 W00-W19, Y30, Y31; övriga olyckor: ICD10 W20-X39, X50-X59, Y86, Y20-Y29; övriga skador: ICD10 Y33, Y34, Y87.2; förgiftning: ICD10 X40-X49, Y10-Y19; övriga orsaker: ICD10 Y35-Y84, Y88-Y89), vård för självmordsförsök/självskada (ICD10 X60-84, Y87.0), samt psykiatrisk vård (ICD10 F00-F99).

Data över giftermål och skilsmässor inhämtades från Registret över totalbefolkningen vid Statistiska centralbyrån för perioden 1969-01-01 till 2018-12-31. För individer som var gifta vid hemkomst analyserades tid till första skilsmässa. För individer som var ogifta vid hemkomst analyserades tid till första giftermål.

2.4 Statistisk metod

De statistiska analyserna utfördes i Stata (version 14) och SAS (version 9.4). Hypotestester var tvåsidiga och P-värden <0.05 betecknades som statistiskt säkerställda. Beskrivning av grupperna gjordes med medel- och medianvärden för kontinuerliga variabler, samt procentuella fördelningar för kategoriska variabler.

Analys av utfallen efter hemkomst gjordes genom överlevnadsanalys. I denna typ av analys följs individer från en viss tidpunkt avseende ett specifikt utfall, varefter man jämför andelen utfall samt tiden till att utfallet inträffar för första gången mellan de grupper som studeras. I denna studie startade uppföljningstiden vid hemkomst från internationell insats (eller matchningsdatum för jämförelsegrupperna) och avslutades 2018-12-31, såvida inte utvandring eller död avbröt uppföljningen tidigare. För utfall som baserades på läkemedelsuthämtning från Läkemedelsregistret eller data från Patientregistret pausades också uppföljningstiden vid utfärd på ytterligare en internationell insats. Individer som någon gång under en period av 365 dagar före hemkomstdatum haft ett visst utfall uteslöts från analys av detta utfall i syfte att exkludera så kallade "prevalenta individer", det vill säga individer som sedan tidigare har problematiken ifråga.

De absoluta riskerna bland veteranerna och jämförelsegrupperna beskrevs med Kaplan-Meier-kurvor, som visar kumulativ andel fall över tid för ett visst utfall, samt incidens per 10 000 person-år. För skattning av relativa risker användes Cox-regression varvid hänsyn togs till matchningsvariablerna.

Tabell 3 Översikt av studerade utfall, registerkällor och diagnos-/läkemedelskoder, samt tidsperiod för utfallsinhämtning

Register och definition	ICD10	ICD9	ATC	Tidsperiod
DÖDLIGHET (ALLA ORSAKER)				
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen Registrerat dödsdatum				1990-01-01 till 2018-12-31
SJÄLVMORD				
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen Huvudsaklig eller bidragande dödsorsak självord	X60-X84 Y10-Y34 Y870, Y872	E950-E959 E980-E989		1990-01-01 till 2018-12-31
HJÄRT-KÄRLLÄKEMEDEL				
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen Blodtrycksläkemedel, blodfettssänkare			C07-C09 (blodtryck) C10 (blodfetter)	2005-07-01 till 2018-12-31
VÅRD FÖR YTTRE ORSAKER				
Patientregistret, Socialstyrelsen Huvudsaklig eller bidragande diagnos yttre orsaker i sjukhusbaserad öppen- eller slutenvård	Självordsförsök /självskada X60-84, Y87.0 Övergripp X85-Y09, Y87.1 Transportolycka V01-V99, Y85, Y32 Falloolycka W00-W19, Y30, Y31 Övriga olyckor W20-X39, X50-X59, Y86, Y20-Y29 Övriga skador Y33, Y34, Y87.2 Förgiftning X40-X49, Y10-Y19 Övriga orsaker Y35-Y84, Y88-Y89	Självordsförsök /självskada E950-E959 Övergripp E960-E969 Transportolycka E800-E849 Falloolycka E880-E888 Övriga olyckor E890-E929 Övriga skador E980-E989 Förgiftning E850-E869 Övriga orsaker E870-E879, E930- E949, E970-E978, E990-E999		1990-01-01 till 2018-12-31
SJÄLVMORDSFÖRSÖK/SJÄLVSKADA				
Patientregistret, Socialstyrelsen Diagnos i sjukhusbaserad öppen- eller slutenvård för självordsförsök/ självskada	X60-X84 Y87.0	950-959		1990-01-01 till 2018-12-31
PSYKIATRISK VÅRD				
Patientregistret, Socialstyrelsen Psykiatrisk diagnos i sjukhusbaserad öppen- eller slutenvård	F00-F99	290-319		1990-01-01 till 2018-12-31
PSYKIATRISKA LÄKEMEDEL				
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen Uthämtning av förskrivningsläkemedel för depression, ångest, sömnproblem			N06A (depression) N05B (ångest) N05C (sömnproblem)	2005-07-01 till 2018-12-31
SKILSMÄSSA/GIFTERMÅL				
Registret över totalbefolkningen, SCB Skilsmässa, giftermål				1990-01-01 till 2018-12-31

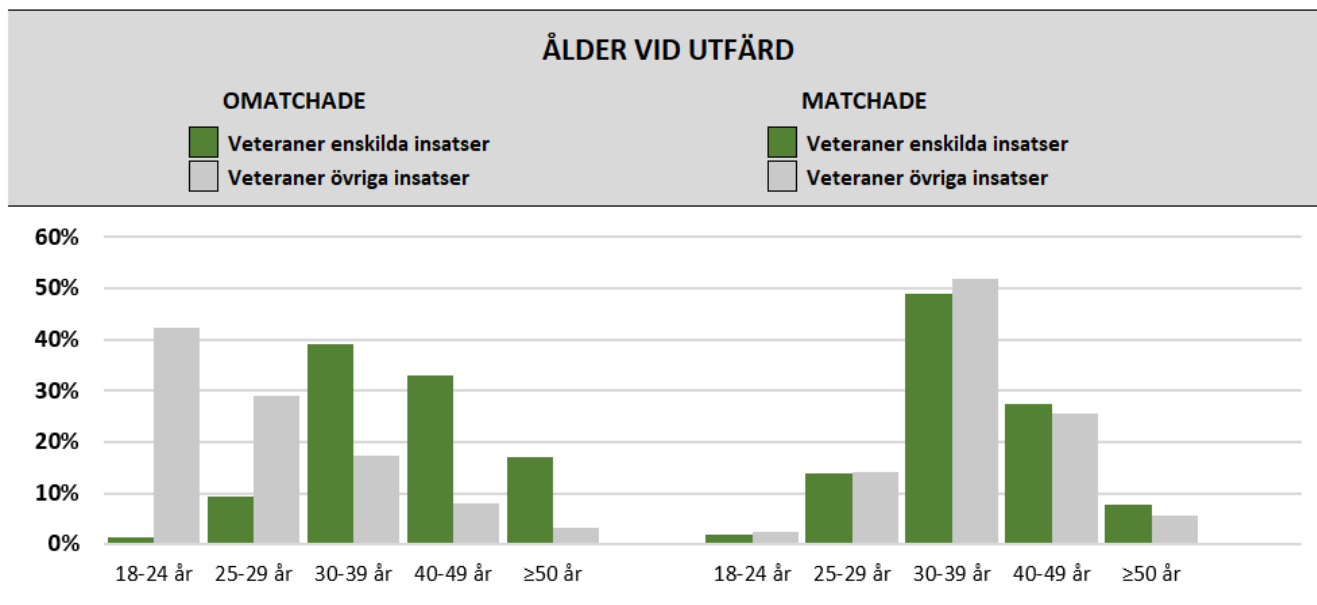
3 RESULTAT

3.1 Före utfärd: veteraner från enskilda insatser vs övriga veteraner

Totalt identifierades 1308 individer som tjänstgjort på enskilda insatser under perioden 1990-2018 i Försvarsmaktens register, där en individ kan ha tjänstgjort på mer än en enskild insats. Totalt identifierades också 26 847 individer som under samma period tjänstgjort vid "övriga insatser", det vill säga som tjänstgjort militärt utomlands men inte på en enskild insats. Efter matchning återstod 797 av veteranerna från enskilda insatser, till vilka 3307 veteraner från övriga insatser matchats. Bidragande skäl till att det inte gick att matcha veteraner från förbandsinsatser till 511 av veteranerna från enskilda insatser var de stora skillnader som observerades mellan dessa grupper, vilket beskrivs nedan.

Jämfört med veteraner från övriga insatser (före matchning) var veteranerna från enskilda insatser betydligt äldre, med en genomsnittlig ålder vid första utfärd på 40.5 år jämfört med 28.3 år bland övriga veteraner (**Tabell 4, Figur 2**). Något större andel bland veteraner från enskilda insatser var män (95.9%) jämfört med bland veteraner från övriga insatser (90.7%). Veteranerna från enskilda insatser hade också större erfarenhet av militär tjänstgöring utomlands jämfört med veteraner från övriga insatser (i genomsnitt 3.1 jämfört med 1.7 insatser per individ). Insatsernas längd var också något större i gruppen veteraner från enskilda insatser jämfört med veteraner från övriga insatser (i genomsnitt 233 dagar jämfört med 169 dagar). I båda grupper var majoriteten (omkring 98%) av veteranerna födda i Norden.

Efter matchning försvann i stort sett skillnaderna i könsfördelning och ålder mellan veteraner från enskilda insatser och veteraner från övriga insatser (Tabell 4, Figur 2). Dessa matchade grupper hade en medelålder på omkring 37 år, och bestod av 99% män. Nästan samtliga (>99%) var födda i Norden.

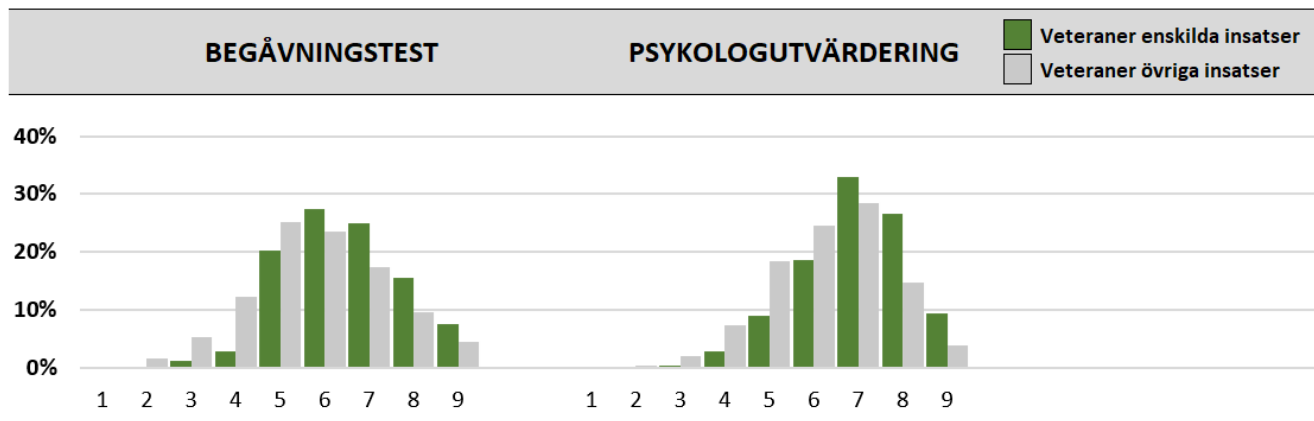


Figur 2 Åldersfördelning bland veteraner från enskilda insatser samt veteraner från övriga insatser. Vänstra staplarna: omatchade kohorter. Högra staplarna: matchade kohorter.

Tabell 4 Beskrivning av svenska militära utlandsveteraner från enskilda insatser samt veteraner från övriga insatser. Vänstra kolumnerna: omatchade kohorter. Högra kolumnerna: matchade kohorter.

	OMATCHADE		MATCHADE	
	Veteraner Enskilda insatser	Veteraner Övriga insatser	Veteraner Enskilda insatser	Veteraner Övriga insatser
Antal individer, n (%)	1308 (100%)	26 847 (100%)	797 (100%)	3307 (100%)
Kön				
Man, n (%)	1255 (95.9%)	24 338 (90.7%)	787 (98.7%)	3280 (99.2%)
Kvinna, n (%)	53 (4.1%)	2509 (9.3%)	10 (1.3%)	27 (0.8%)
Ålder vid hemkomst från första insats, år				
Medel (standardavvikelse)	40.5 (8.9)	28.3 (8.0)	37.5 (7.7)	36.7 (7.3)
Median (percentil 25-percentil 75)	40 (34-47)	26 (23-31)	37 (32-42)	36 (32-41)
Fördelning över kategorier, n (%)				
18-24 år	20 (1.5%)	11 355 (42.3%)	15 (1.9%)	81 (2.4%)
25-29 år	122 (9.3%)	7789 (29.0%)	111 (13.9%)	472 (14.3%)
30-39 år	511 (39.1%)	4673 (17.4%)	390 (48.9%)	1718 (52.0%)
40-49 år	431 (33.0%)	2173 (8.1%)	219 (27.5%)	848 (25.6%)
≥50 år	224 (17.1%)	857 (3.2%)	62 (7.8%)	188 (5.7%)
Födelseland				
Norden, n (%)	1291 (98.7%)	26 222 (97.7%)	795 (99.7%)	3304 (99.9%)
Utanför Norden, n (%)	17 (1.3%)	625 (2.3%)	2 (0.3%)	3 (0.1%)
Militära insatser				
Antal insatser, medel (standardavvikelse)	3.1 (2.1)	1.7 (1.1)	3.1 (2.0)	1.7 (1.1)
Antal insatser, median (percentil 25-percentil 75)	3 (2-4)	1 (1-2)	3 (2-4)	1 (1-2)
Antal individer med 1 insats, n (%)	306 (23.4%)	16 446 (61.3%)	160 (20.1%)	1992 (60.2%)
Antal individer med 2 insatser, n (%)	307 (23.5%)	6081 (22.7%)	198 (24.8%)	772 (23.3%)
Antal individer med 3 eller fler insatser, n (%)	695 (53.1%)	4320 (16.1%)	439 (55.1%)	543 (16.4%)
Insatslängd i dagar, medel (standardavvikelse)	233 (117)	169 (58)	235 (113)	171 (66)
Insatslängd i dagar, median (percentil 25-percentil 75)	199 (175-365)	184 (154-203)	201 (176-365)	183 (150-204)

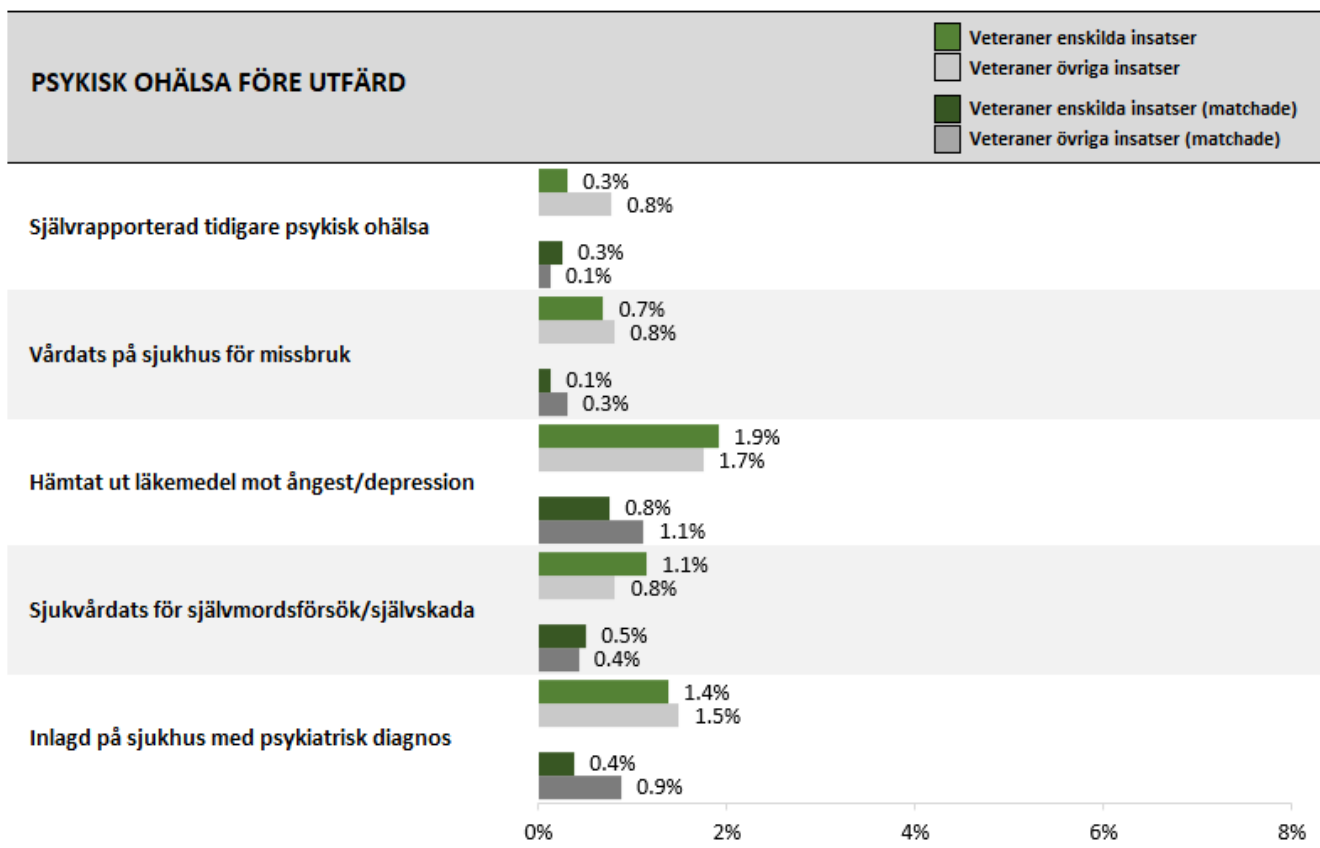
Resultat från begåvningsstest respektive psykologutvärdering vid värnpliktsmönstring för veteraner från enskilda insatser samt veteraner från övriga insatser (omatchade grupper) visas i **Figur 3**. Veteranerna från enskilda insatser hade något högre poäng på båda testen, vilket de gröna kurvornas förskjutning mot högre poäng visar i graferna. 48% av veteranerna från enskilda insatser hade 7 eller högre på begåvningsstestet, jämfört med 31% bland veteranerna från övriga insatser. Motsvarande andelar för psykologutvärderingen var 69% jämfört med 47%.



Figur 3 Resultat på begåvningsstest respektive psykologutvärdering vid värnpliktsmönstring för veteraner från enskilda insatser samt veteraner från övriga insatser.

I **Figur 4** visas psykisk ohälsa före utfärd på internationell insats. Bland de omatchade grupperna var det överlag låga andelar psykisk ohälsa före utfärd och små skillnader mellan grupperna. 1.9% av veteranerna från enskilda insatser jämfört med 1.7% av veteraner från övriga insatser hade hämtat ut läkemedel mot ångest eller depression före utfärd; 1.4% vs 1.5% hade varit inlagda på sjukhus med psykiatrisk diagnos; 1.1% vs 0.8% hade sjukvårdats för självmordsförsök/självskada; och 0.7% vs 0.8% hade vårdats på sjukhus för missbruk. Andelen som rapporterat tidigare psykisk ohälsa vid mönstring var liten i båda grupper, men något större bland veteranerna från övriga insatser (0.8%) jämfört med veteranerna från enskilda insatser (0.3%).

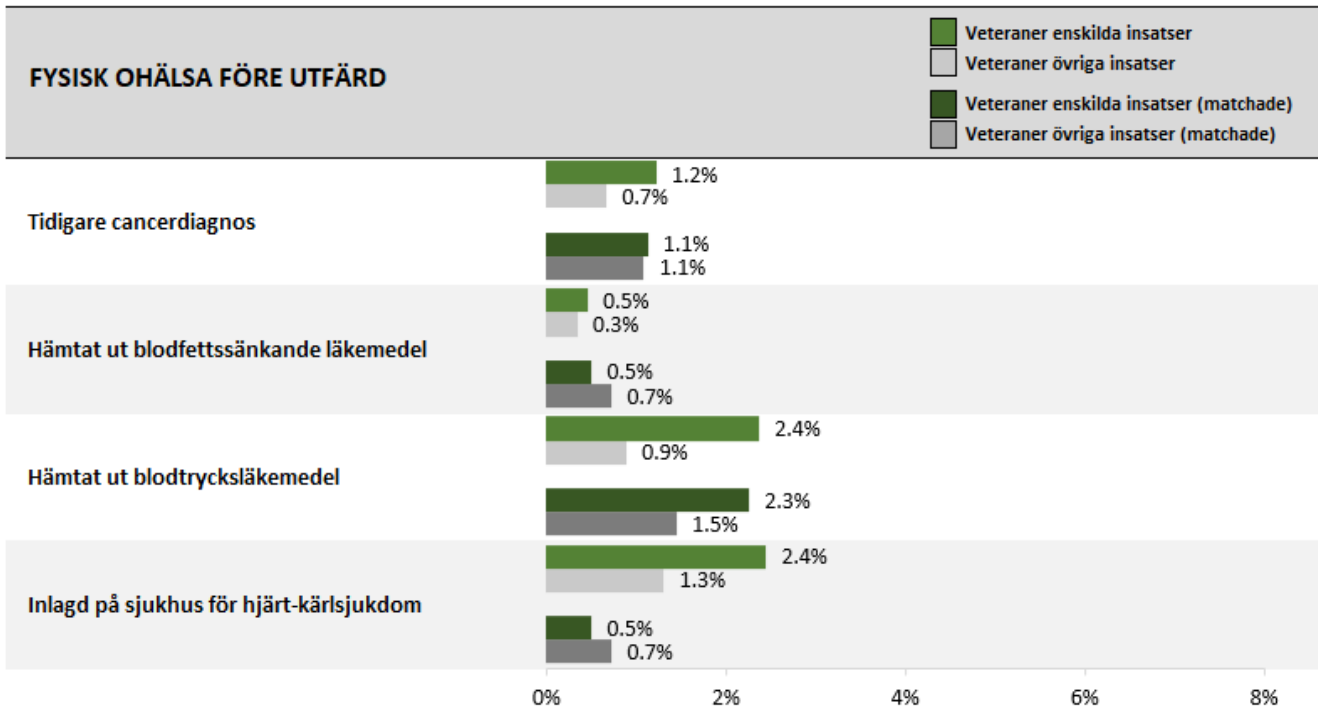
Efter matchning var det fortsatt ovanligt med psykisk ohälsa före utfärd, med små skillnader mellan grupperna. 0.3% eller färre hade vårdats på sjukhus för missbruk eller rapporterat tidigare psykisk ohälsa vid mönstring i båda grupperna, och 0.5% eller färre hade sjukvårdats för självmordsförsök/självskada. 1.1% bland de matchade veteranerna från övriga insatser hade före utfärd hämtat ut läkemedel mot ångest eller depression jämfört med 0.8% bland de matchade veteranerna från enskilda insatser. Något fler bland de matchade veteranerna från övriga insatser hade varit inlagda på sjukhus med psykiatrisk diagnos före utfärd (0.9%) jämfört med de matchade veteranerna från enskilda insatser (0.4%).



Figur 4 Psykisk ohälsa före utfärd bland veteraner från enskilda insatser samt bland veteraner från övriga insatser. Översta staplarna: omatchade kohorter. Nedersta staplarna: matchade kohorter.

I **Figur 5** visas fysisk ohälsa med avseende på hjärt-kärlsjukdom och cancer före utfärd på internationell insats. Veteranerna från enskilda insatser hade en något större förekomst av hjärt-kärlsjukdom före utfärd jämfört med veteranerna från övriga insatser (omatchade grupper), vilket inte är förvånande givet den högre åldern bland veteranerna från enskilda insatser. 2.4% bland veteranerna från enskilda insatser hade före utfärd hämtat ut blodtrycksläkemedel eller varit inlagda på sjukhus för hjärt-kärlsjukdom, medan motsvarande andelar bland veteranerna från övriga insatser var 0.9% respektive 1.3%. Andelen som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel före insats var mindre i båda grupper (0.5% eller färre). Även cancerdiagnos före utfärd var vanligare bland veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteraner från övriga insatser (1.2% vs 0.7%).

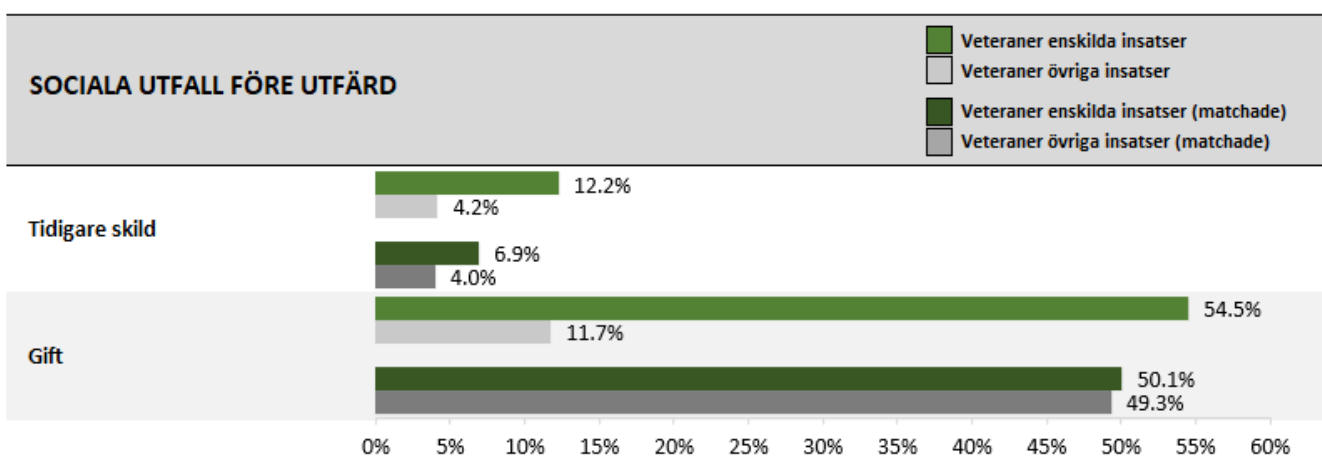
Efter matchning minskade förekomsten av hjärt-kärlsjukdom före insats men en skillnad mellan grupperna kvarstod vad gällde uthämtning av blodtrycksläkemedel före utfärd (2.3% bland veteraner från enskilda insatser jämfört med 1.5% bland veteraner från övriga insatser). Uthämtning av blodfettssänkande läkemedel och inläggning på sjukhus för hjärt-kärlsjukdom var ovanligt i båda grupper (0.5% bland veteranerna från enskilda insatser och 0.7% bland veteraner från övriga insatser, för båda utfallen). 1.1% i båda grupperna hade fått en cancerdiagnos före utfärd.



Figur 5 Fysisk ohälsa före utfärd bland veteraner från enskilda insatser samt bland veteraner från övriga insatser. Översta staplarna: omatchade kohorter. Nedersta staplarna: matchade kohorter.

I **Figur 6** visas giftermål och skilsmässor före utfärd. Mer än hälften (54.5%) av veteranerna från enskilda insatser var gifta före utfärd, jämfört med bara 11.7% bland veteranerna från övriga insatser (omatchade grupper). En större andel av veteraner från enskilda insatser hade också genomgått skilsmässa före utfärd jämfört med veteraner från övriga insatser (12.2% jämfört med 4.2%). Återigen bör man vid denna jämförelse ha i åtanke den högre åldern bland veteraner från enskilda insatser.

Efter matchning minskade dessa skillnader mellan grupperna. Omkring 50% i båda grupper var gifta vid utfärd, medan 6.9% bland de matchade veteranerna från enskilda insatser jämfört med 4.0% bland de matchade veteranerna från övriga insatser hade genomgått skilsmässa före utfärd.



Figur 6 Sociala utfall före utfärd bland veteraner från enskilda insatser samt bland veteraner från övriga insatser. Översta staplarna: omatchade kohorter. Nedersta staplarna: matchade kohorter.

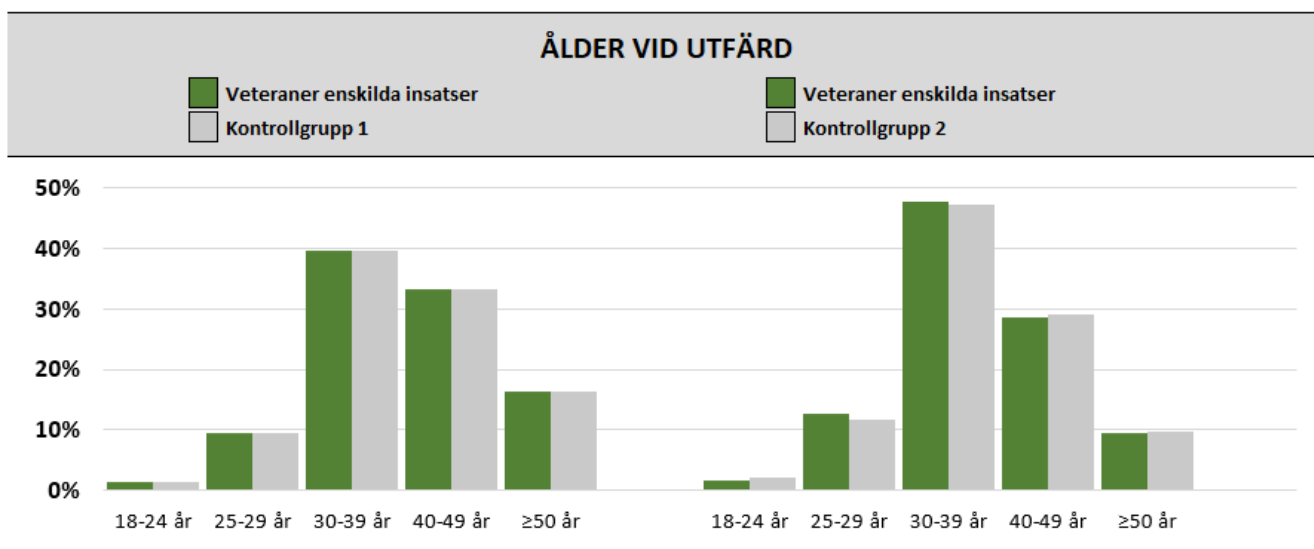
3.2 Före utfärd: veteraner från enskilda insatser vs icke-veteraner

Av de 1308 veteranerna på enskilda insatser som identifierats återstod 1294 efter matchning på kön, ålder och födelseland till vilka 6470 individer från allmänbefolkningen som genomfört mörstring men inte militär utlandstjänst matchats (kontrollgrupp 1). Efter den noggrannare matchningen som även inkluderade en mängd variabler kopplade till psykisk och fysisk hälsa återstod 930 veteraner från enskilda insatser till vilka 4588 jämförelseindivider matchats (kontrollgrupp 2).

På grund av matchningen var det inga skillnader mellan veteranerna och kontrollgrupperna ifråga om ålder- och könsfördelning (**Tabell 5** och **Figur 7**). Grupperna bestod mestadels av män (>96%) och hade en medelålder vid utfärdsdatum på omkring 40 år. Över 98% av individerna var födda i Norden. De matchade veteranerna från enskilda insatser hade i genomsnitt genomfört drygt tre insatser.

Tabell 5 Beskrivning av svenska militära utlandsveteranerna från enskilda insatser samt matchade kontrollgrupper som inte tjänstgjort militärt utomlands. Två veterankohorter presenteras, eftersom varje kontrollgrupp genererades med separat matchningsprocedur.

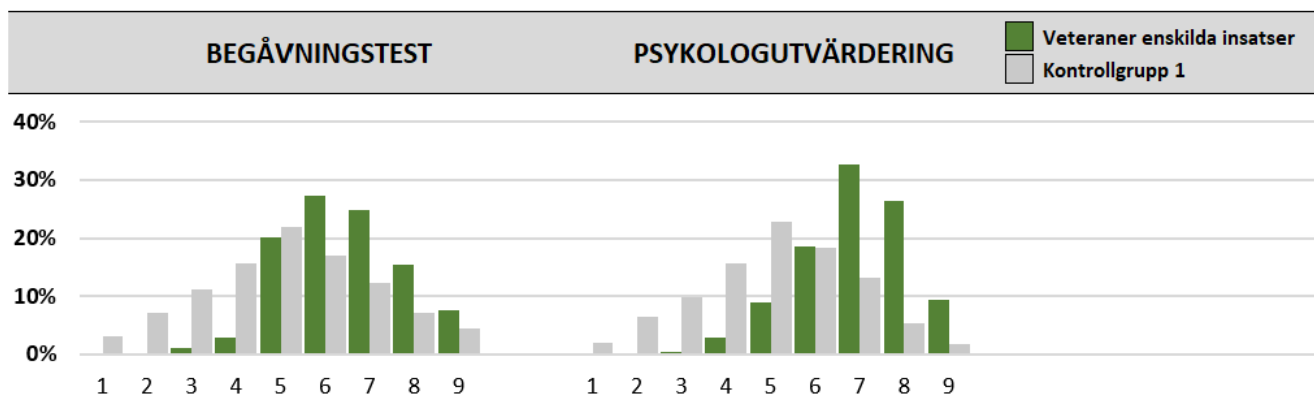
	Veteraner Enskilda insatser	Kontrollgrupp 1	Veteraner Enskilda insatser	Kontrollgrupp 2
Antal individer, n (%)	1294 (100%)	6470 (100%)	930 (100%)	4588 (100%)
Kön				
Man, n (%)	1243 (96.1%)	6215 (96.1%)	911 (98.0%)	4504 (98.2%)
Kvinna, n (%)	51 (3.9%)	255 (3.9%)	19 (2.0%)	84 (1.8%)
Ålder vid hemkomst från första insats, år				
Medel (standardavvikelse)	40.3 (8.7)	40.3 (8.7)	38.0 (7.9)	38.0 (7.9)
Median (percentil 25-percentil 75)	39 (34-47)	39 (34-47)	37 (32-43)	37 (32-43)
Fördelning över kategorier, n (%)				
18-24 år	20 (1.5%)	100 (1.5%)	16 (1.7%)	100 (2.2%)
25-29 år	122 (9.4%)	610 (9.4%)	118 (12.7%)	542 (11.8%)
30-39 år	511 (39.5%)	2555 (39.5%)	442 (47.5%)	2160 (47.1%)
40-49 år	430 (33.2%)	2150 (33.2%)	266 (28.6%)	1338 (29.2%)
≥50 år	211 (16.3%)	1055 (16.3%)	88 (9.5%)	448 (9.8%)
Födelseland				
Norden, n (%)	1277 (98.7%)	6385 (98.7%)	919 (98.8%)	4544 (99.0%)
Utanför Norden, n (%)	17 (1.3%)	85 (1.3%)	11 (1.2%)	44 (1.0%)
Militära insatser				
Antal insatser, medel (standardavvikelse)	3.1 (2.1)		3.2 (2.0)	
Antal insatser, median (percentil 25-percentil 75)	3 (2-4)		3 (2-4)	
Antal individer med 1 insats, n (%)	298 (23.0%)		184 (19.8%)	
Antal individer med 2 insatser, n (%)	303 (23.4%)		225 (24.2%)	
Antal individer med 3 eller fler insatser, n (%)	693 (53.6%)		521 (56.0%)	
Insatslängd i dagar, medel (standardavvikelse)	233 (116)		235 (113)	
Insatslängd i dagar, median (percentil 25-percentil 75)	199 (175-365)		201 (176-365)	



Figur 7 Åldersfördelning bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1 (vänstra staplarna) respektive kontrollgrupp 2 (högra staplarna).

Avseende resultat från begåvningsstest vid mönstring hade de matchade veteranerna från enskilda insatser och kontrollgrupp 2, som här visas tillsammans eftersom de matchats på denna variabel, högre poäng jämfört med individer från kontrollgrupp 1, vilket syns tydligt på de gröna staplarnas förskjutning mot högre poäng jämfört med de grå staplarna i **Figur 8**, vänstra panelen: 48% av veteranerna från enskilda insatser och kontrollgrupp 2 hade 7 eller högre på begåvningsstestet, medan motsvarande andel för kontrollgrupp 1 var 24%.

Även på mönstringens psykologutvärdering hade de matchade veteranerna från enskilda insatser och kontrollgrupp 2 högre poäng än kontrollgrupp 1, vilket illustreras med de gröna staplarnas förskjutning mot högre poäng i **Figur 8**, högra panelen: 69% av veteranerna från enskilda insatser och kontrollgrupp 2 hade 7 eller högre på psykologutvärderingen, medan motsvarande andel för kontrollgrupp 1 var 20%.



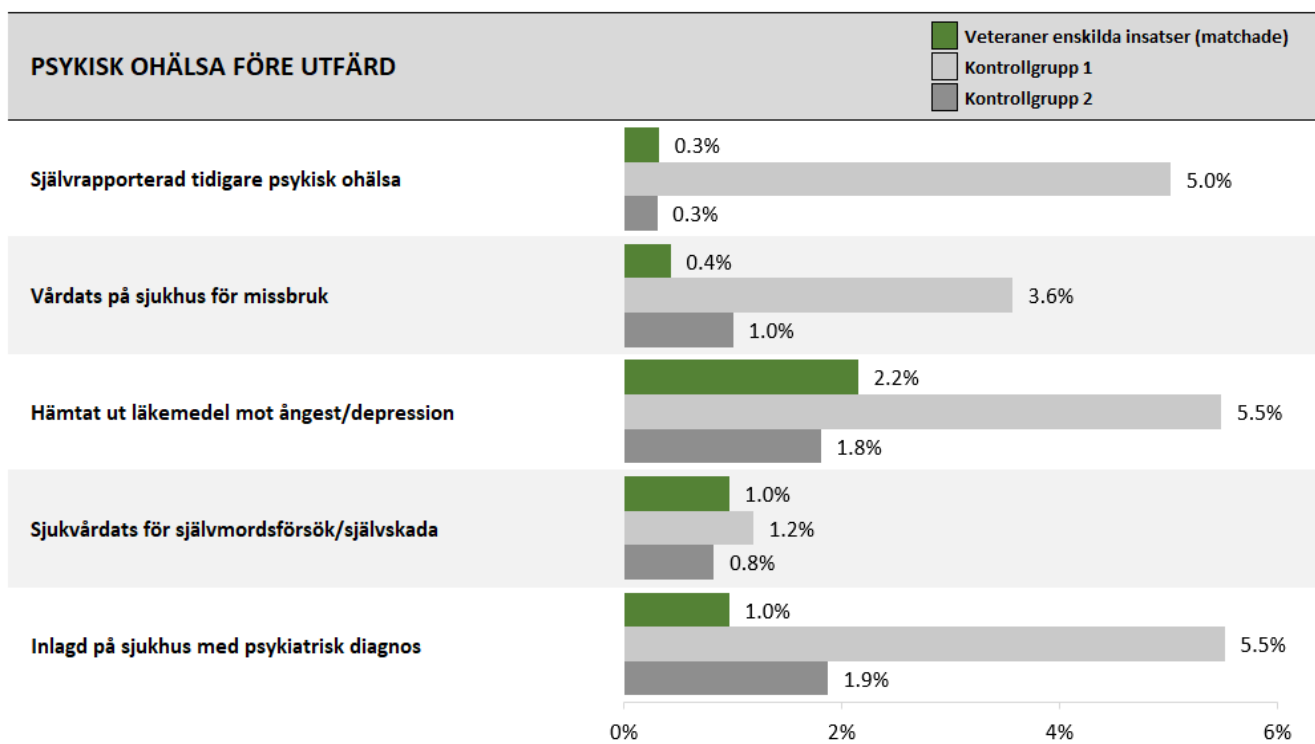
Figur 8 Resultat på begåvningsstest respektive psykologutvärdering vid värnpliktsmönstring för veteraner från enskilda insatser och kontrollgrupp 1.

I **Figur 9** visas psykisk ohälsa före utfärd på internationell insats bland de matchade veteranerna från enskilda insatser samt före matchningsdatum bland kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2.

Andelen med psykisk ohälsa före utfärd utifrån utfallen i denna studie var markant lägre bland veteranerna än bland individerna i kontrollgrupp 1. Drygt 5% bland individerna i kontrollgrupp 1 hade före utfärd/matchningsdatum rapporterat tidigare psykisk ohälsa, hämtat ut läkemedel mot ångest eller depression eller varit inlagda på sjukhus med psykiatrisk diagnos, medan motsvarande andelar bland veteranerna från enskilda insatser var

0.3% (tidigare psykisk ohälsa), 2.2% (läkemedel mot ångest/depression) samt 1.0% (inläggning med psykiatrisk diagnos). Även vad gällde vård på sjukhus för missbruk var andelen markant högre i kontrollgrupp 1 (3.6%) än bland veteranerna från enskilda insatser (0.4%). Andelen som sjukvårdats för självmordsförsök/ självskada före utfärd/matchningsdatum var 1.0% bland veteranerna från enskilda insatser jämfört med 1.2% bland individerna i kontrollgrupp 1.

Efter den noggrannare matchningen till individerna i kontrollgrupp 2 återstod en skillnad mellan grupperna ifråga om vård på sjukhus för missbruk före utfärd/matchningsdatum (0.4% bland de matchade veteranerna från enskilda insatser jämfört med 1.0% i kontrollgrupp 2) samt ifråga om inläggning på sjukhus med psykiatrisk diagnos (1.0% respektive 1.9% för veteraner från enskilda insatser och kontrollgrupp 2). Något fler bland veteranerna från enskilda insatser hade före utfärd/matchningsdatum hämtat ut läkemedel mot ångest eller depression (2.2%) jämfört med kontrollgrupp 2 (1.8%), samt sjukvårdats för självmordsförsök/självskada (1.0% vs 0.8%). Bara 0.3% i båda grupperna hade före utfärd/matchningsdatum rapporterat tidigare psykisk ohälsa.

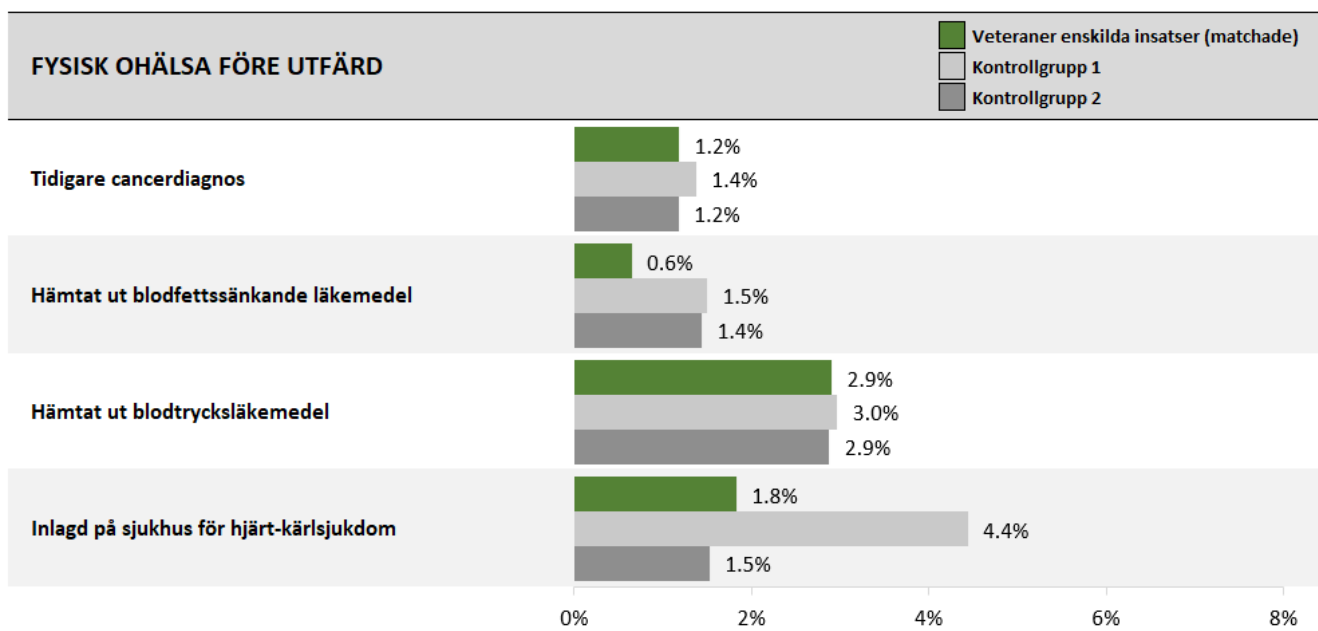


Figur 9 Psykisk ohälsa före utfärd bland veteraner från enskilda insatser samt bland matchade kontrollgrupper som inte genomfört militär utlandstjänstgöring.

I **Figur 10** visas fysisk ohälsa med avseende på hjärt-kärlsjukdom och cancer före utfärd på internationell insats bland veteranerna från enskilda insatser samt före matchningsdatum för kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2.

Jämfört med kontrollgrupp 1 uppvisade de matchade veteranerna från enskilda insatser en mindre andel med hjärt-kärlsjukdom före utfärd/matchningsdatum. 0.6% av veteranerna hade före utfärd/matchningsdatum hämtat ut blodfettssänkande läkemedel jämfört med 1.5% i kontrollgrupp 1. Motsvarande andelar ifråga om blodtrycksläkemedel var 2.9% respektive 3.0%. Vidare hade 1.8% av veteranerna blivit inlagda på sjukhus för hjärt-kärlsjukdom före utfärd, medan motsvarande andel i kontrollgrupp 1 var 4.4%. Cancerdiagnos före utfärd/matchningsdatum hade förekommit hos 1.2% bland veteranerna och 1.4% bland individerna i kontrollgrupp 1.

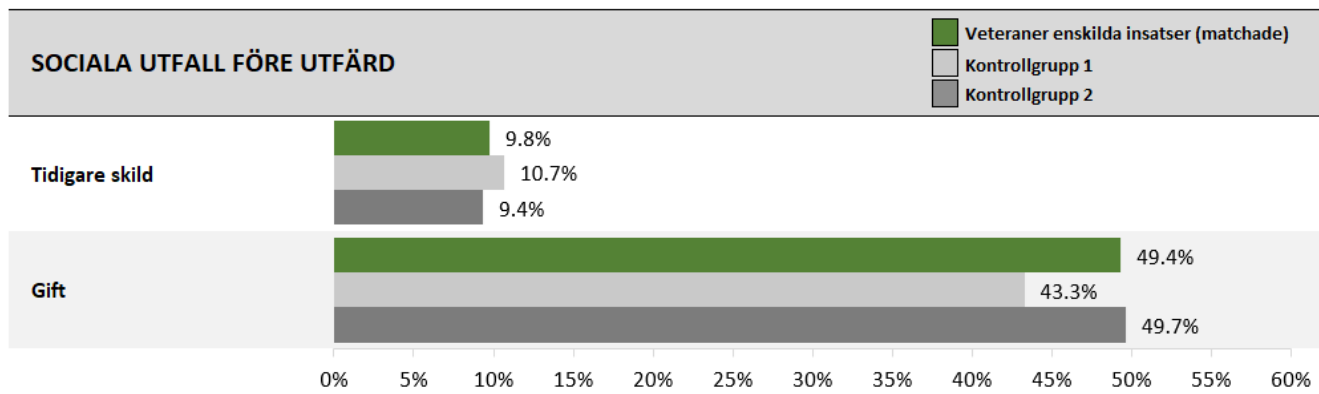
Efter den noggrannare matchningen till individerna i kontrollgrupp 2 blev skillnaderna mellan grupperna mindre. En mindre andel av veteranerna från enskilda insatser hade före utfärd/matchningsdatum hämtat ut blodfettssänkande läkemedel jämfört med individerna i kontrollgrupp 2 (0.6% jämfört med 1.4%), medan 2.9% i båda grupperna hade hämtat ut blodtrycksläkemedel. 1.8% bland veteranerna från enskilda insatser jämfört med 1.5% i kontrollgrupp 2 hade varit inlagda på sjukhus för hjärt-kärlsjukdom. Förekomsten av cancerdiagnos före utfärd/matchningsdatum var 1.2% i båda grupperna.



Figur 10 Fysisk ohälsa före utfärd bland veteraner från enskilda insatser samt bland matchade kontrollgrupper som inte genomfört militär utlandstjänstgöring.

I **Figur 11** visas giftermål och skilsmässor före utfärd på internationell insats bland veteranerna från enskilda insatser samt före matchningsdatum för kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2.

Andelen som ingått äktenskap före utfärd/matchningsdatum var högre bland de matchade veteranerna från enskilda insatser (49.4%) än i kontrollgrupp 1 (43.3%), men skilde sig inte mycket jämfört med kontrollgrupp 2 (49.7%) som matchats på denna variabel. Andelen som före utfärd genomgått skilsmässa var något lägre bland veteranerna jämfört med kontrollgrupp 1 (9.8% jämfört med 10.7%), men något högre jämfört med kontrollgrupp 2 (9.4%)



Figur 11 Sociala utfall före utfärd bland veteraner från enskilda insatser samt bland matchade kontrollgrupper som inte genomfört militär utlandstjänstgöring.

3.3 Fysisk ohälsa efter hemkomst

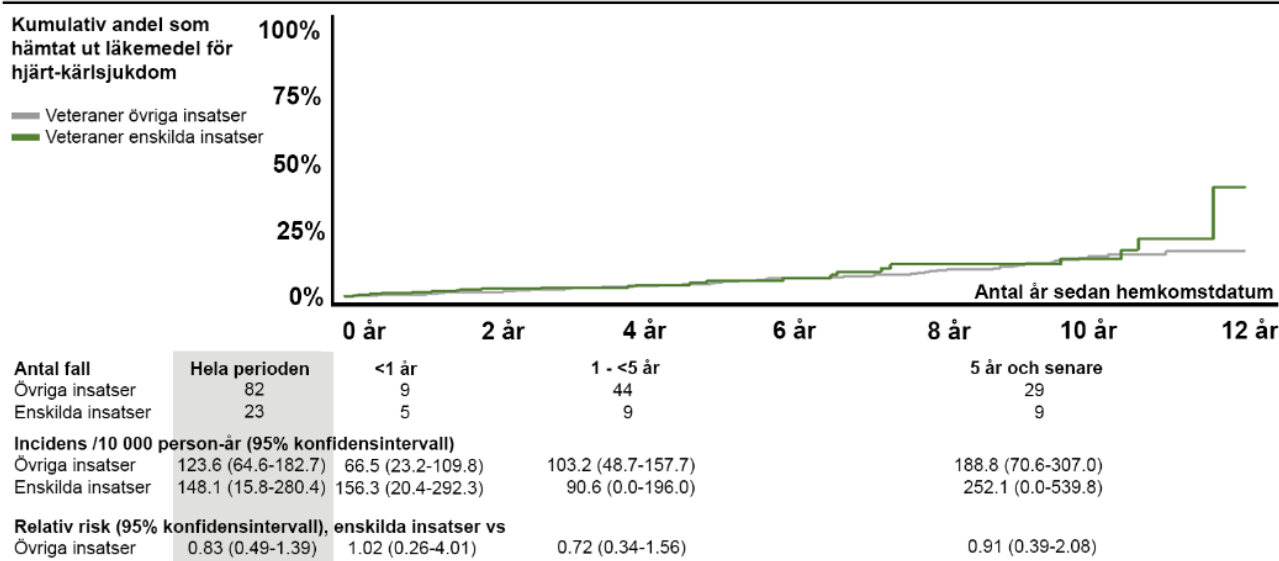
3.3.1 Hjärt-kärlläkemedel

Uthämtning av hjärt-kärl läkemedel efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 12** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 13** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 14** jämfört med kontrollgrupp 2.

Jämfört med de matchade veteranerna från övriga insatser hade veteranerna från enskilda insatser en liknande eller något lägre risk för uthämtning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdom efter hemkomst. Någon skillnad i risk mellan grupperna kunde dock inte säkerställas statistiskt (relativ risk över hela uppföljningsperioden: 0.83, 95% konfidensintervall 0.49-1.39).

Att kurvan för veteranerna från enskilda insatser i grafen skjuter i höjden 12 år efter hemkomst bör inte tolkas som att risken för uthämtning av hjärt-kärl läkemedel bland dessa veteraner plötsligt ökar vid denna tidpunkt. Det statistiska underlaget avtar nämligen ju längre ut till höger i grafen man kommer, och det sista hack som reser sig högt är i detta fall orsakat av en enda läkemedelsuthämtning. Antalet individer som analysen är baserad på minskar efterhand som uppföljningstiden blir längre, eftersom bara insatser längre bak i tiden kan ha lång uppföljning. I svansen på dessa kurvor, där uppföljningstiden är som längst, har därför slumpen stor inverkan och kurvorna bör i denna del av grafen tolkas med försiktighet.

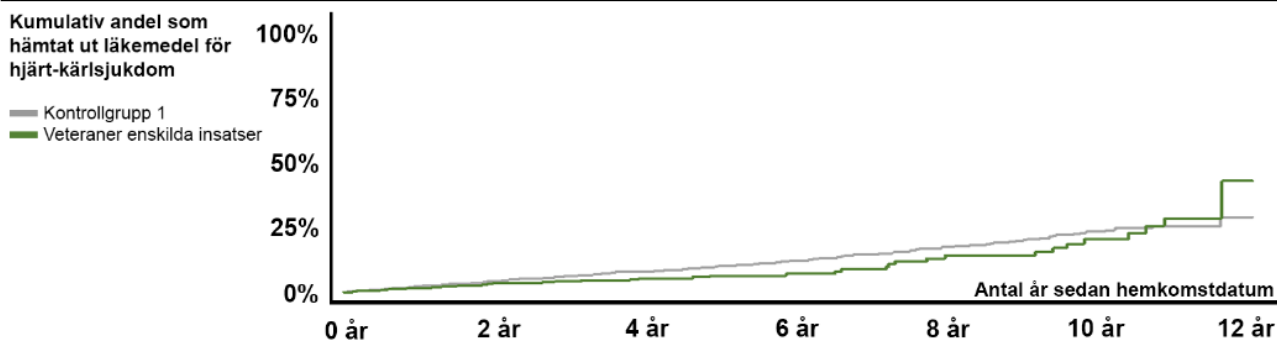
LÄKEMEDEL FÖR HJÄRT-KÄRLSJUKDOM



Figur 12 Uthämtning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdom efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel uthämtningar efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal uthämtningar, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för uthämtning efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en något lägre risk för uthämtning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdom efter hemkomst även jämfört med kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2, men inte heller i dessa fall kunde någon skillnad säkerställas statistiskt. Över hela uppföljningsperioden hade veteranerna en relativ risk för utfallet på 0.76 (95% konfidensintervall 0.53-1.08) jämfört med kontrollgrupp 1 respektive på 0.86 (95% konfidensintervall 0.57-1.29) jämfört med kontrollgrupp 2. Liksom i den tidigare figuren ska inte den plötsliga höjningen av veteranernas kurva i den högra svansen tolkas som en riskökning, eftersom den är en konsekvens av allt svagare statistiskt underlag.

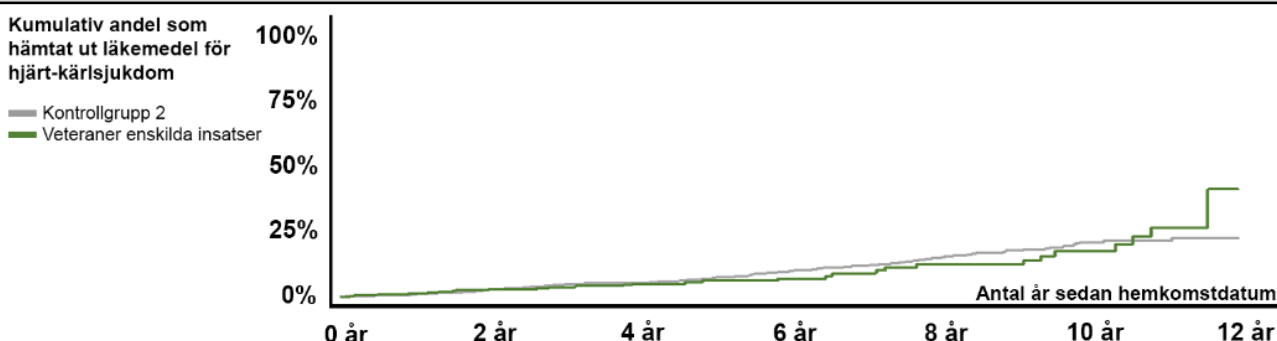
LÄKEMEDEL FÖR HJÄRT-KÄRLSJUKDOM



Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 1	224	44	115	65
Enskilda insatser	37	7	14	16
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 1	232.4 (166.1-298.6)	219.3 (154.9-283.6)	183.8 (123.8-243.8)	303.5 (180.1-426.8)
Enskilda insatser	180.8 (52.2-309.4)	169.0 (44.7-293.3)	106.1 (5.9-206.3)	336.4 (54.8-618.0)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 1	0.76 (0.53-1.08)	0.73 (0.33-1.64)	0.56 (0.32-0.98)	1.15 (0.65-2.04)

Figur 13 Uthämtning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdom efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel uthämtningar efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal uthämtningar, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för uthämtning efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

LÄKEMEDEL FÖR HJÄRT-KÄRLSJUKDOM



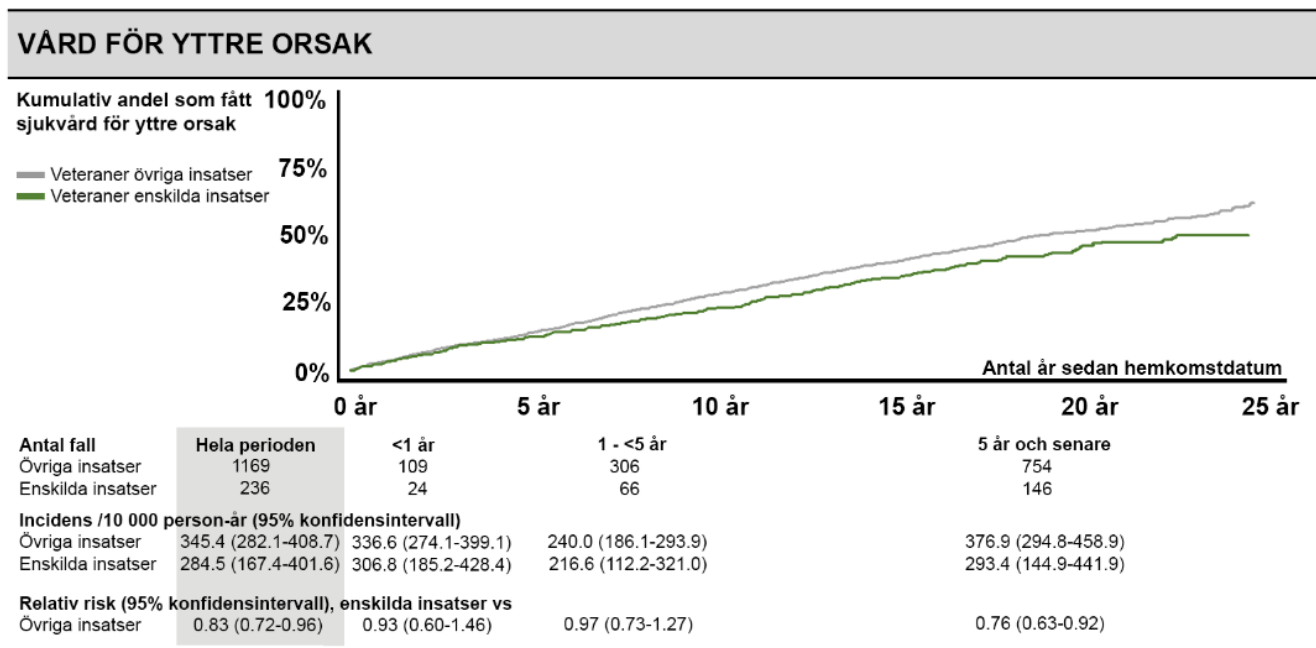
Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 2	161	19	84	58
Enskilda insatser	31	5	13	13
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 2	178.1 (117.5-238.8)	102.8 (56.8-148.9)	144.1 (88.8-199.3)	278.8 (156.9-400.6)
Enskilda insatser	165.6 (37.2-294.0)	131.3 (17.0-245.6)	107.9 (2.6-213.1)	301.0 (19.6-582.4)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 2	0.86 (0.57-1.29)	1.11 (0.40-3.08)	0.70 (0.38-1.29)	1.01 (0.53-1.91)

Figur 14 Uthämtning av läkemedel för hjärt-kärlsjukdom efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel uthämtningar efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal uthämtningar, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för uthämtning efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

3.3.2 Vård för yttre orsaker

Vård för yttre orsaker, vilket bland annat inkluderar olyckor och självmordsförsök, efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 15** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 16** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 17** jämfört med kontrollgrupp 2.

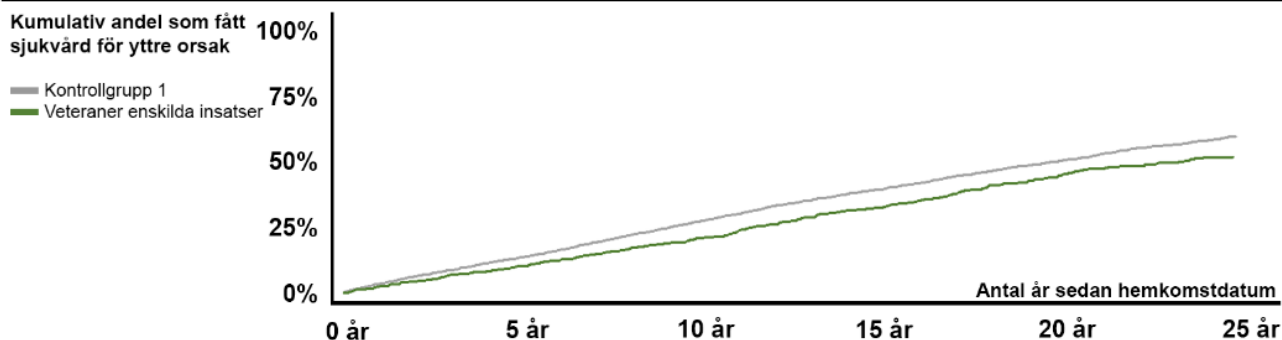
Jämfört med veteranerna från övriga insatser uppvisade veteranerna från enskilda insatser en något lägre förekomst av sjukvårdstillfällen för yttre orsak efter hemkomst. Över hela uppföljningsperioden kunde denna lägre risk för utfallet ifråga säkerställas statistiskt (relativ risk 0.83, 95% konfidensintervall 0.72-0.96)



Figur 15 Vård för yttre orsak efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård för yttre orsak efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en lägre förekomst av sjukvård för yttre orsaker efter hemkomst även jämfört med kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2. Över hela uppföljningsperioden kunde denna lägre risk för utfallet säkerställas statistiskt jämfört med kontrollgrupp 1 (relativ risk 0.80, 95% konfidensintervall 0.72-0.89), och var nära att kunna säkerställas statistiskt jämfört med kontrollgrupp 2 (relativ risk 0.91, 95% konfidensintervall 0.80-1.04).

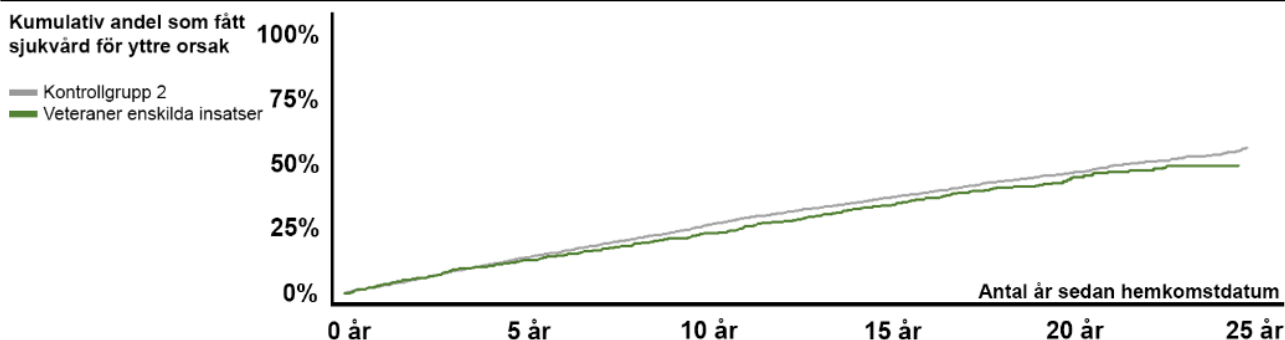
VÅRD FÖR YTTRE ORSAK



Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 1	2503	221	590	1692
Enskilda insatser	418	30	92	296
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 1	340.1 (295.2-385.1)	348.6 (303.1-394.1)	228.2 (190.6-265.8)	368.7 (312.5-424.8)
Enskilda insatser	275.4 (185.0-365.9)	235.4 (151.8-319.0)	175.5 (102.0-248.9)	309.2 (195.4-423.0)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 1	0.80 (0.72-0.89)	0.67 (0.46-0.98)	0.75 (0.60-0.93)	0.83 (0.73-0.95)

Figur 16 Vård för yttre orsak efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård för yttre orsak efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

VÅRD FÖR YTTRE ORSAK



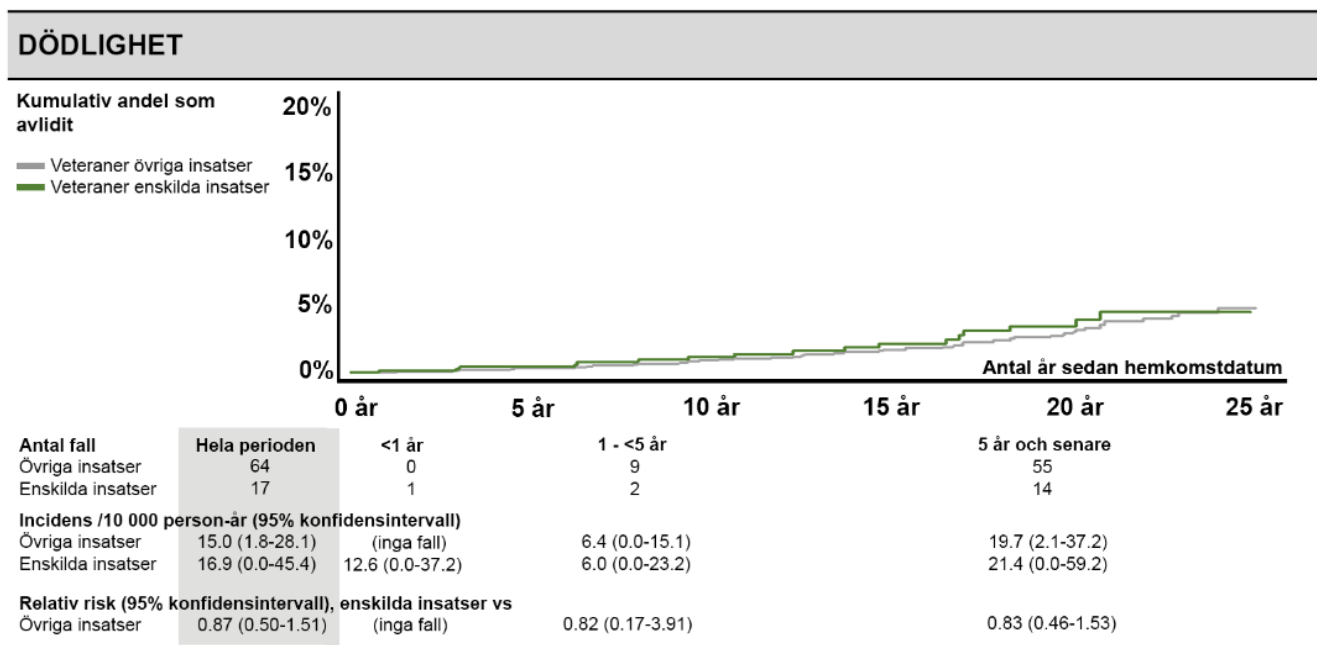
Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 2	1489	126	440	923
Enskilda insatser	271	29	79	163
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 2	307.0 (256.3-357.7)	279.4 (231.0-327.8)	247.5 (201.1-293.8)	316.1 (252.4-379.8)
Enskilda insatser	280.9 (173.2-388.6)	317.7 (203.2-432.3)	222.4 (124.4-320.4)	282.1 (147.0-417.2)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 2	0.91 (0.80-1.04)	1.13 (0.76-1.70)	0.93 (0.73-1.18)	0.88 (0.74-1.04)

Figur 17 Vård för yttre orsak efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård för yttre orsak efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

3.3.3 Dödlighet

Dödsfall efter hemkomst bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 18** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 19** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 20** jämfört med kontrollgrupp 2.

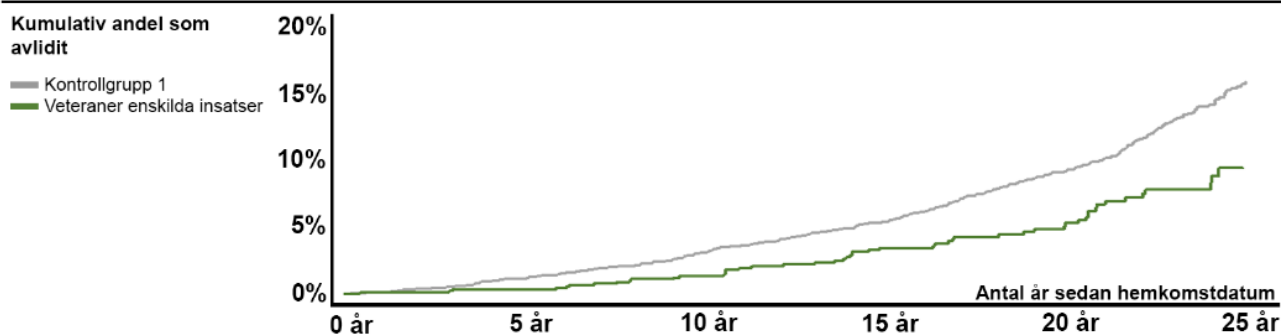
Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en likartad dödlighet efter hemkomst jämfört med veteraner från övriga insatser. Över hela uppföljningsperioden var den relativa risken för utfallet 0.87 (95% konfidensintervall 0.50-1.51) bland veteraner från enskilda insatser jämfört med veteraner från övriga insatser.



Figur 18 Dödlighet efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel dödsfall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal dödsfall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för död efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Jämfört med kontrollgrupp 1 uppvisade veteranerna från enskilda en nästan halverad dödsrisk efter hemkomst, vilket kunde säkerställas statistiskt (relativ risk 0.53, 95% konfidensintervall 0.40-0.71). Jämfört med den mer noggrant matchade kontrollgrupp 2 hade veteranerna från enskilda insatser däremot en likartad dödsrisk efter hemkomst. Över hela uppföljningsperioden var den relativa risken för dödlighet 1.09 (95% konfidensintervall 0.64-1.85) bland veteraner från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

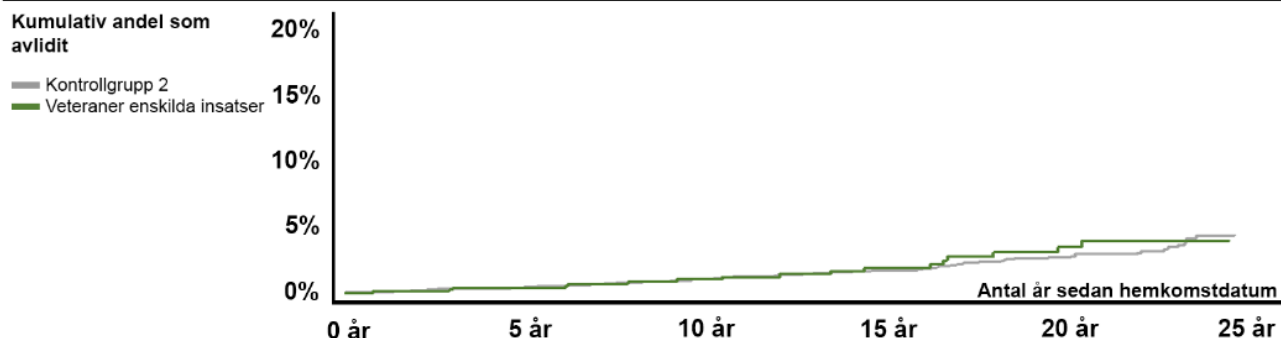
DÖDLIGHET



Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 1	472	9	57	406
Enskilda insatser	52	2	2	48
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 1	50.0 (32.8-67.3)	13.9 (4.8-23.0)	20.2 (9.2-31.2)	62.7 (41.0-84.5)
Enskilda insatser	28.0 (0.0-56.9)	15.5 (0.0-37.0)	3.6 (0.0-13.9)	37.9 (0.0-75.9)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 1	0.53 (0.40-0.71)	1.11 (0.24-5.14)	0.18 (0.04-0.73)	0.57 (0.42-0.77)

Figur 19 Dödlighet efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel dödsfall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal dödsfall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för död efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

DÖDLIGHET



Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 2	82	3	14	65
Enskilda insatser	17	1	2	14
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 2	13.6 (2.9-24.3)	6.6 (0.0-14.0)	7.2 (0.0-15.0)	16.3 (2.7-29.9)
Enskilda insatser	14.5 (0.0-39.0)	10.8 (0.0-31.9)	5.2 (0.0-19.9)	18.4 (0.0-50.9)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 2	1.09 (0.64-1.85)	1.67 (0.17-16.02)	0.71 (0.16-3.17)	1.15 (0.64-2.06)

Figur 20 Dödlighet efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel dödsfall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal dödsfall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för död efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

3.4 Psykisk ohälsa efter hemkomst

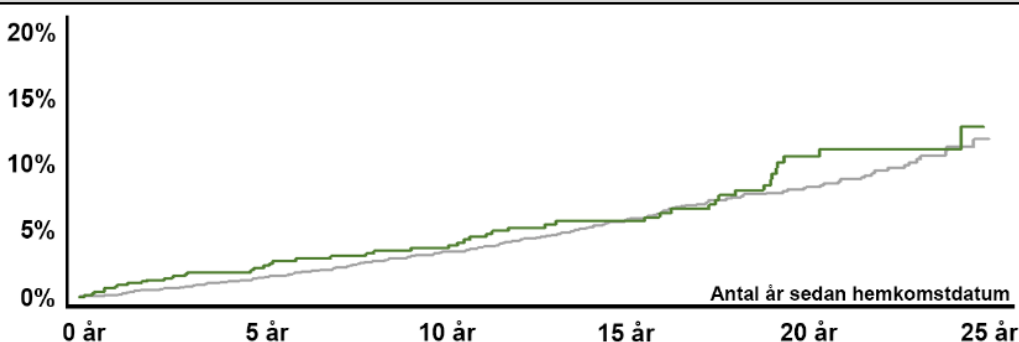
3.4.1 Psykiatrisk vård

Vårdtillfällen med psykiatrisk diagnos i såväl sluten- som specialiserad öppenvård efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 21** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 22** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 23** jämfört med kontrollgrupp 2.

Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en högre risk för psykiatrisk vård efter hemkomst jämfört med veteraner från övriga insatser. Under första året efter hemkomst uppvisade veteranerna från enskilda insatser rentav en femfaldig risk för utfallet ifråga jämfört med veteraner från övriga insatser, vilket kunde säkerställas statistiskt (relativ risk 5.17, 95% konfidensintervall 1.41-18.92). Denna uppskattning var dock baserad på endast 6 fall av psykiatrisk vård hos veteranerna från enskilda insatser och 4 fall bland veteraner från övriga insatser. Över hela uppföljningsperioden var det ingen skillnad för utfallet ifråga (relativ risk 1.20, 95% konfidensintervall 0.86-1.67).

PSYKIATRISK VÅRD

Kumulativ andel som blivit vårdad med psykiatrisk diagnos i öppen- eller slutenvård

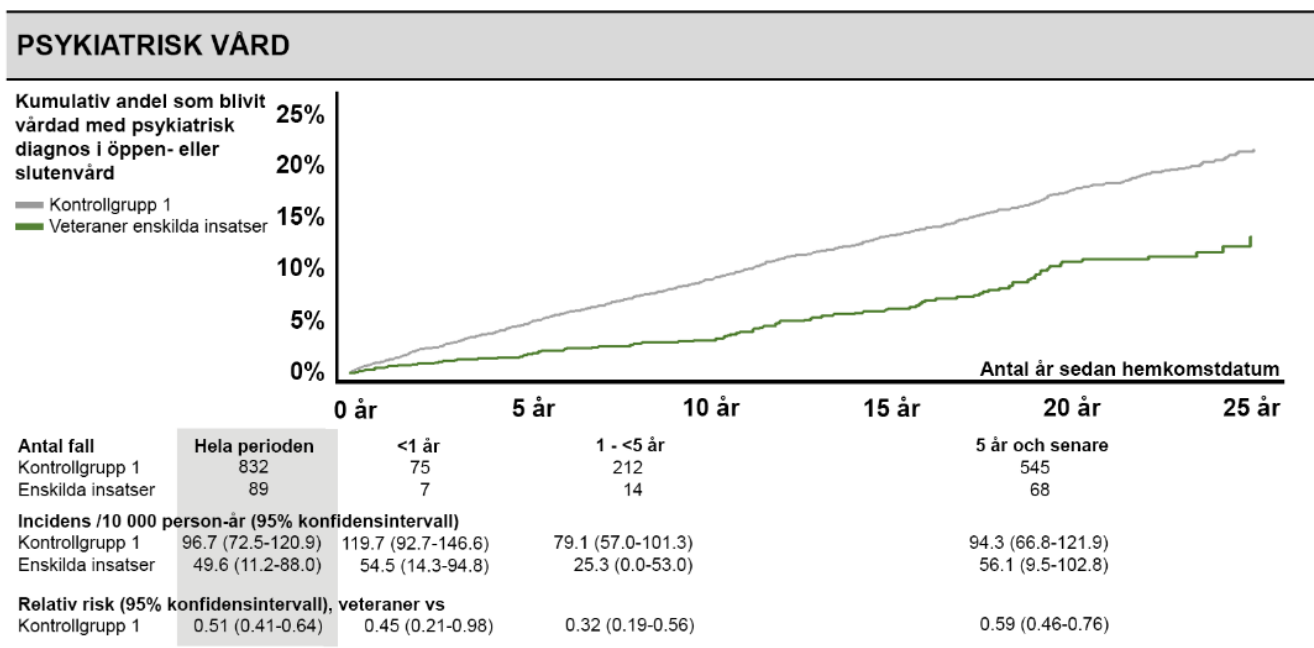


Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Övriga insatser	175	4	38	133
Enskilda insatser	49	6	10	33
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Övriga insatser	42.2 (20.0-64.3)	12.2 (0.3-24.1)	27.4 (9.5-45.4)	49.7 (21.6-77.8)
Enskilda insatser	50.1 (1.0-99.2)	75.8 (15.4-136.3)	30.6 (0.0-69.4)	52.5 (0.0-112.2)
Relativ risk (95% konfidensintervall), enskilda insatser vs Övriga insatser				
	1.20 (0.86-1.67)	5.17 (1.41-18.92)	1.10 (0.54-2.26)	1.08 (0.73-1.61)

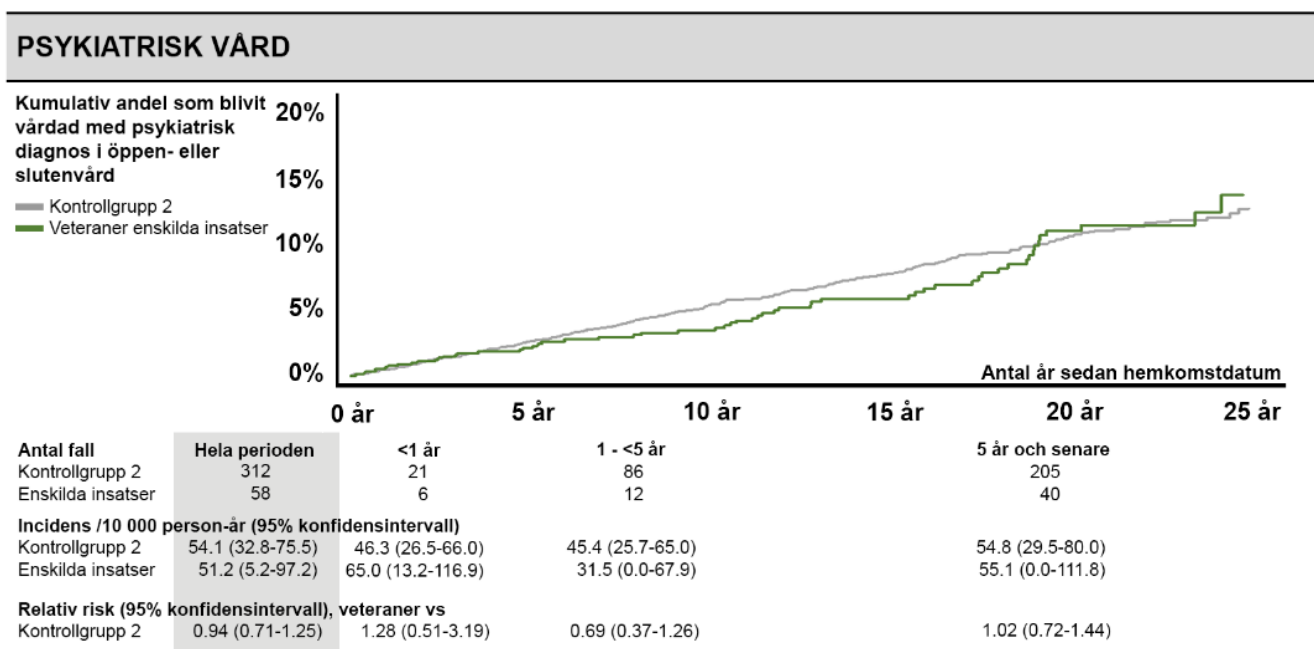
Figur 21 Vård med psykiatrisk diagnos i öppen- eller slutenvård efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård med psykiatrisk diagnos efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Jämfört med kontrollgrupp 1 hade veteranerna från enskilda insatser en lägre risk för psykiatrisk vård efter hemkomst (relativ risk 0.51, 95% konfidensintervall 0.41-0.64).

Jämfört med kontrollgrupp 2 var skillnaden mindre och kunde inte säkerställas statistiskt (relativ risk 0.94, 95% konfidensintervall 0.71-1.25).



Figur 22 Vård med psykiatrisk diagnos i öppen- eller slutenvård efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård med psykiatrisk diagnos efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

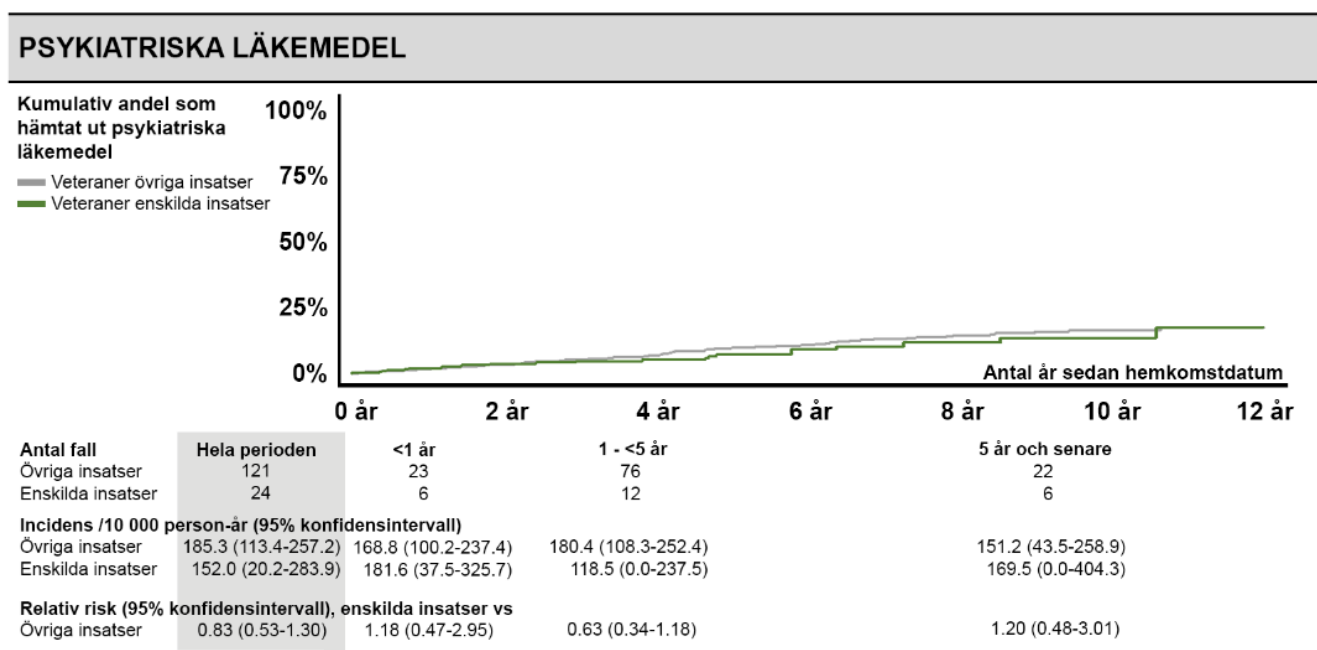


Figur 23 Vård med psykiatrisk diagnos i öppen- eller slutenvård efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård med psykiatrisk diagnos efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

3.4.2 Psykiatriska läkemedel

Uthämtning av psykiatriska läkemedel (antidepressiva-, ångest- samt sömnläkemedel) efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 24** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 25** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 26** jämfört med kontrollgrupp 2.

Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en likartad risk för uthämtning av psykiatriska läkemedel efter hemkomst jämfört med veteraner från övriga insatser. Över hela uppföljningsperioden var den relativa risken för utfallet 0.83 (95% konfidensintervall 0.53-1.30) bland veteraner från enskilda insatser jämfört med veteraner från övriga insatser, det vill säga ingen statistiskt säkerställd skillnad.

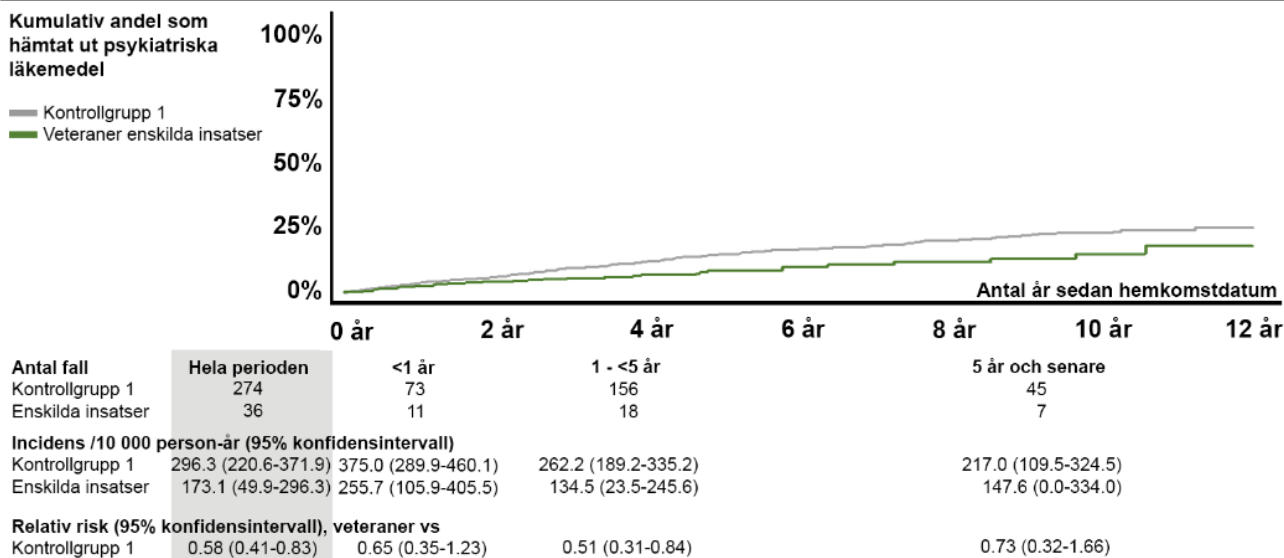


Figur 24 Uthämtning av psykiatriska läkemedel efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel uthämtningar efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal uthämtningar, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för uthämtning efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Jämfört med kontrollgrupp 1 uppvisade veteranerna från enskilda insatser en tydligt lägre risk för uthämtning av psykiatriska läkemedel efter hemkomst. Över hela uppföljningsperioden var risken för detta utfall nästan halverad bland veteranerna jämfört med kontrollgrupp 1, en skillnad som kunde säkerställas statistiskt (relativ risk 0.58, 95% konfidensintervall 0.41-0.83).

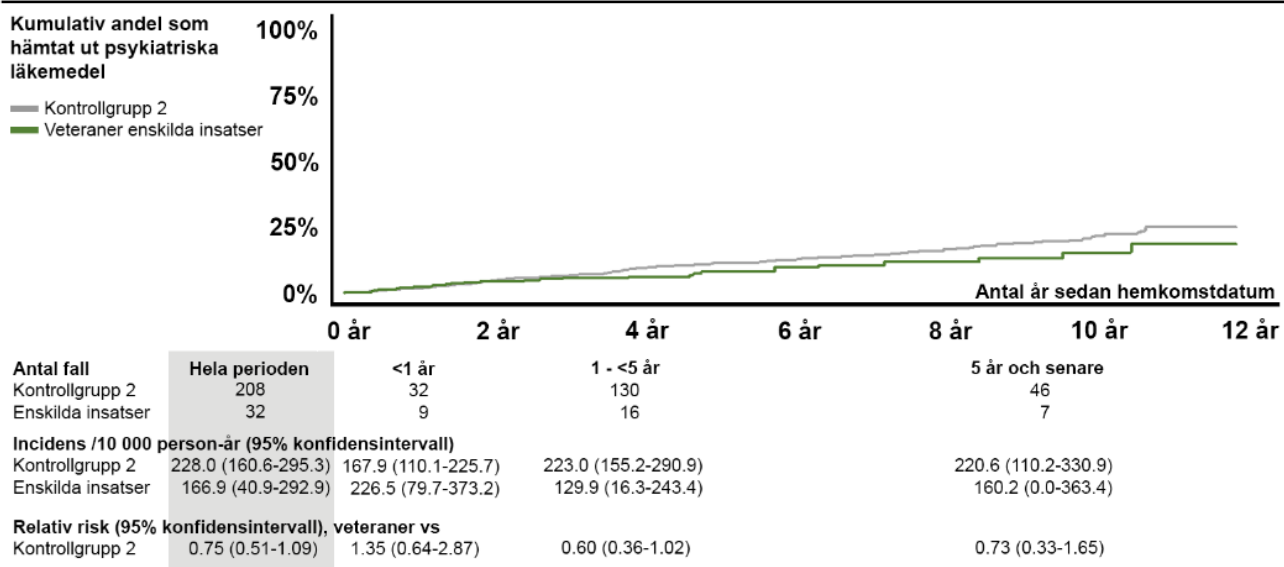
Jämfört med kontrollgrupp 2 uppvisade veteranerna en något lägre risk för uthämtning av psykiatriska läkemedel efter hemkomst, men skillnaden var mindre uttalad och kunde inte säkerställas statistiskt (relativ risk 0.75, 95% konfidensintervall 0.51-1.09).

PSYKIATRISKA LÄKEMEDEL



Figur 25 Uthämtning av psykiatriska läkemedel efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel uthämtningar efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal uthämtningar, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för uthämtning efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

PSYKIATRISKA LÄKEMEDEL

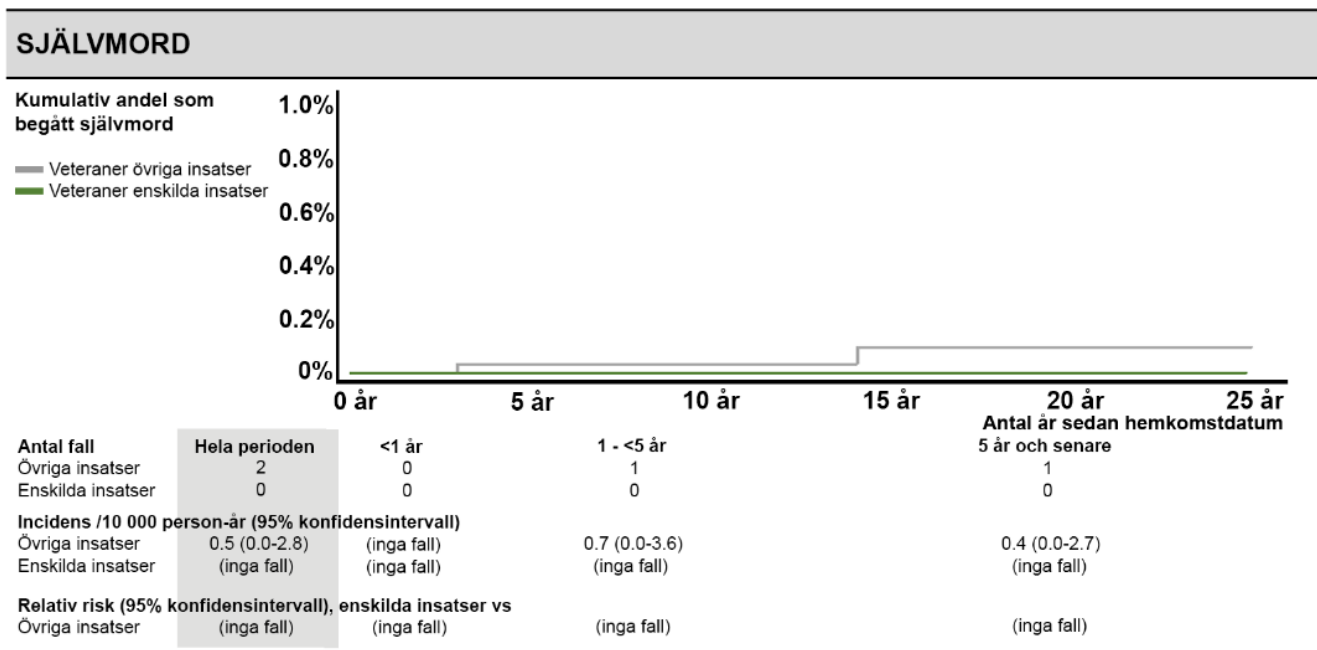


Figur 26 Uthämtning av psykiatriska läkemedel efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel uthämtningar efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal uthämtningar, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för uthämtning efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

3.4.3 Själv mord

Själv mord efter hemkomst bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 27** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 28** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 29** jämfört med kontrollgrupp 2.

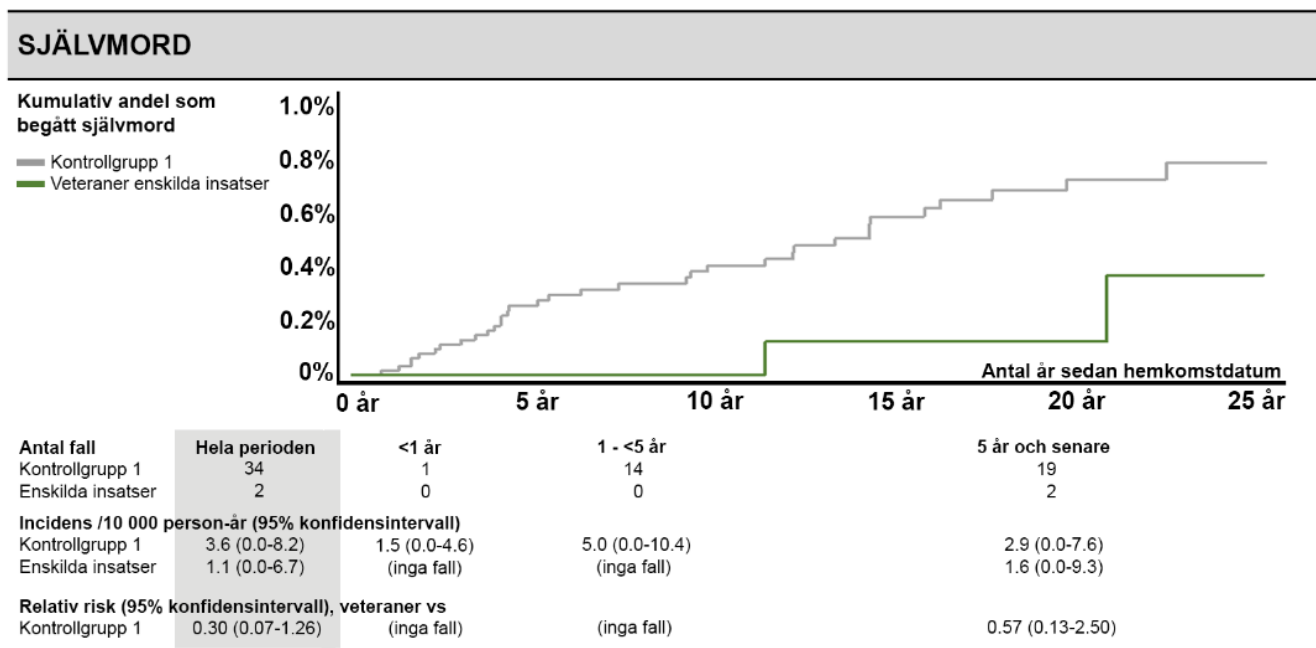
Bland veteranerna från enskilda insatser som matchats till veteraner från övriga insatser förekom inga själv mord under uppföljningstiden (bland de 3307 matchade veteranerna från övriga insatser förekom 2 själv mord). Analyser som jämför risk för själv mord mellan dessa grupper genomfördes inte på grund av det låga antalet händelser.



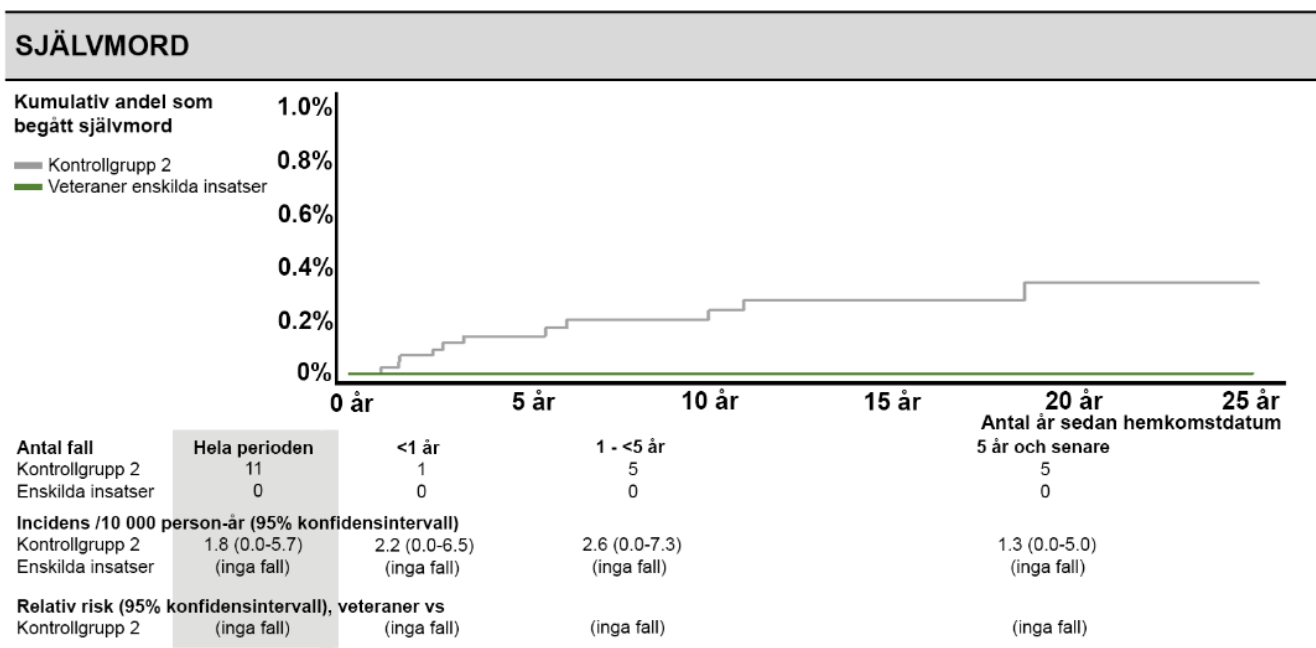
Figur 27 Själv mord efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel själv mord efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal själv mord, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för själv mord efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Bland de veteraner från enskilda insatser som matchats till kontrollgrupp 1 förekom 2 självmord under uppföljningsperioden jämfört med 34 bland kontrollerna, vilket gav ett mycket svagt statistiskt underlag och skillnaden i risk för självmord kunde inte säkerställas statistiskt.

Bland veteranerna från enskilda insatser som matchats till kontrollgrupp 2 förekom inte heller några självmord under uppföljningstiden (i kontrollgrupp 2 förekom 11 självmord). Analyser som jämför risk för självmord mellan dessa grupper genomfördes inte på grund av det låga antalet händelser.



Figur 28 Självmord efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel självmord efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal självmord, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för självmord efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

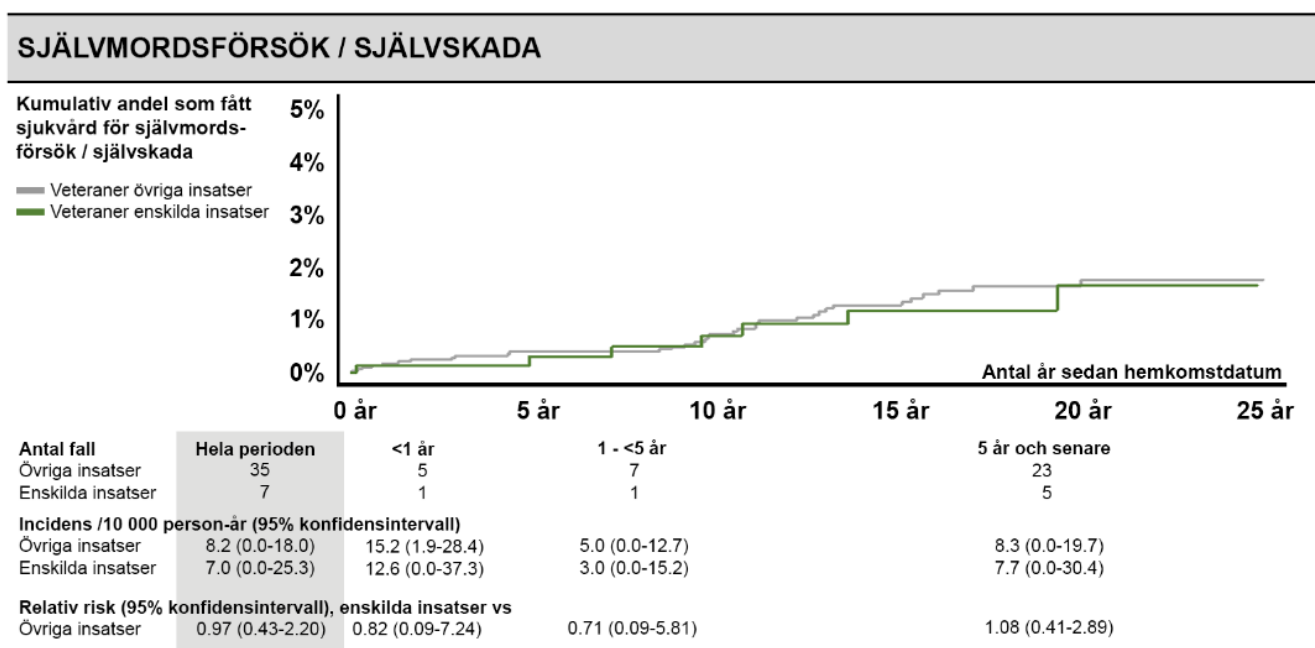


Figur 29 Självmord efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel självmord efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal dödsfall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för självmord efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

3.4.4 Självmordsförsök/självskada

Vårdtillfällen efter hemkomstdatum med diagnosen självmordsförsök/självskada bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 30** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 31** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 32** jämfört med kontrollgrupp 2.

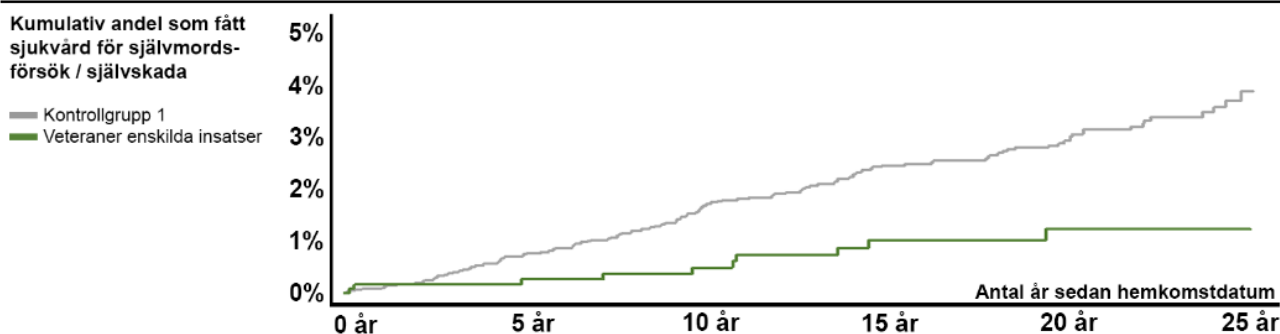
Sjukvård för självmordsförsök/självskada efter hemkomst var ovanligt bland veterangrupperna, med bara 7 fall bland veteranerna från enskilda insatser och 35 fall bland veteranerna från övriga insatser (som matchats 10 st per veteran från enskild insats) under hela uppföljningsperioden. Incidensen bland veteraner som varit på enskild insats jämfört med övriga insatser var likartad (7.0 vs 8.2 per 20 000 personår) och ingen skillnad i relativ risk för sjukvård för självmordsförsök/självskada observerades (relativ risk över hela uppföljningsperioden: 0.97, 95% konfidensintervall 0.43-2.20).



Figur 30 Vård för självmordsförsök/självskada efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård för självmordsförsök/självskada efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

Även jämfört med kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2 var det statistiska underlaget svagt avseende vård för självmordsförsök/självskada på grund av de få fallen bland veteranerna från enskilda insatser (10 vårdtillfällen efter hemkomst bland de som matchats till kontrollgrupp 1 och 7 vårdtillfällen bland de som matchats till kontrollgrupp 2). Jämfört med kontrollgrupp 1 uppvisade veteranerna från enskilda insatser dock en mer än halverad risk under uppföljningsperioden för självmordsförsök/självskada efter hemkomst (relativ risk 0.36, 95% konfidensintervall 0.19-0.68). Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en likartad risk jämfört med kontrollgrupp 2 (relativ risk 0.91, 95% konfidensintervall 0.40-2.04).

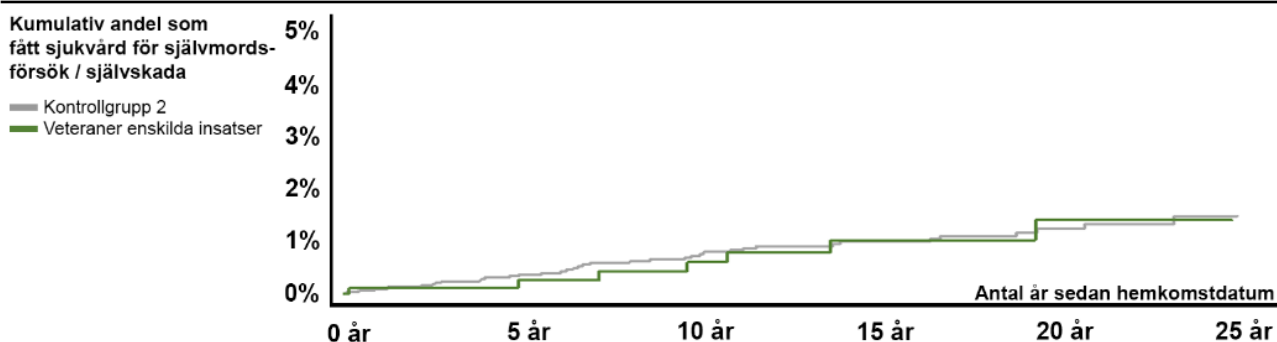
SJÄLMORDSFÖRSÖK / SJÄLVSKADA



Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 1	141	5	38	98
Enskilda insatser	10	2	1	7
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 1	15.2 (5.7-24.7)	7.8 (1.0-14.6)	13.5 (4.5-22.5)	15.4 (4.6-26.2)
Enskilda insatser	5.4 (0.0-18.1)	15.5 (0.0-37.0)	1.8 (0.0-9.1)	5.6 (0.0-20.1)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 1	0.36 (0.19-0.68)	2.00 (0.39-10.31)	0.13 (0.02-0.95)	0.36 (0.17-0.79)

Figur 31 Vård för självmordsförsök/självskada efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård för självmordsförsök/självskada efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

SJÄLMORDSFÖRSÖK / SJÄLVSKADA



Antal fall	Hela perioden	<1 år	1 - <5 år	5 år och senare
Kontrollgrupp 2	40	4	11	25
Enskilda insatser	7	1	1	5
Incidens /10 000 person-år (95% konfidensintervall)				
Kontrollgrupp 2	6.7 (0.0-14.1)	8.7 (0.2-17.3)	5.7 (0.0-12.6)	6.3 (0.0-14.8)
Enskilda insatser	6.0 (0.0-21.8)	10.8 (0.0-31.9)	2.6 (0.0-13.0)	6.6 (0.0-26.2)
Relativ risk (95% konfidensintervall), veteraner vs				
Kontrollgrupp 2	0.91 (0.40-2.04)	1.25 (0.14-11.18)	0.40 (0.05-3.13)	1.12 (0.42-2.95)

Figur 32 Vård för självmordsförsök/självskada efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ risk för vård för självmordsförsök/självskada efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

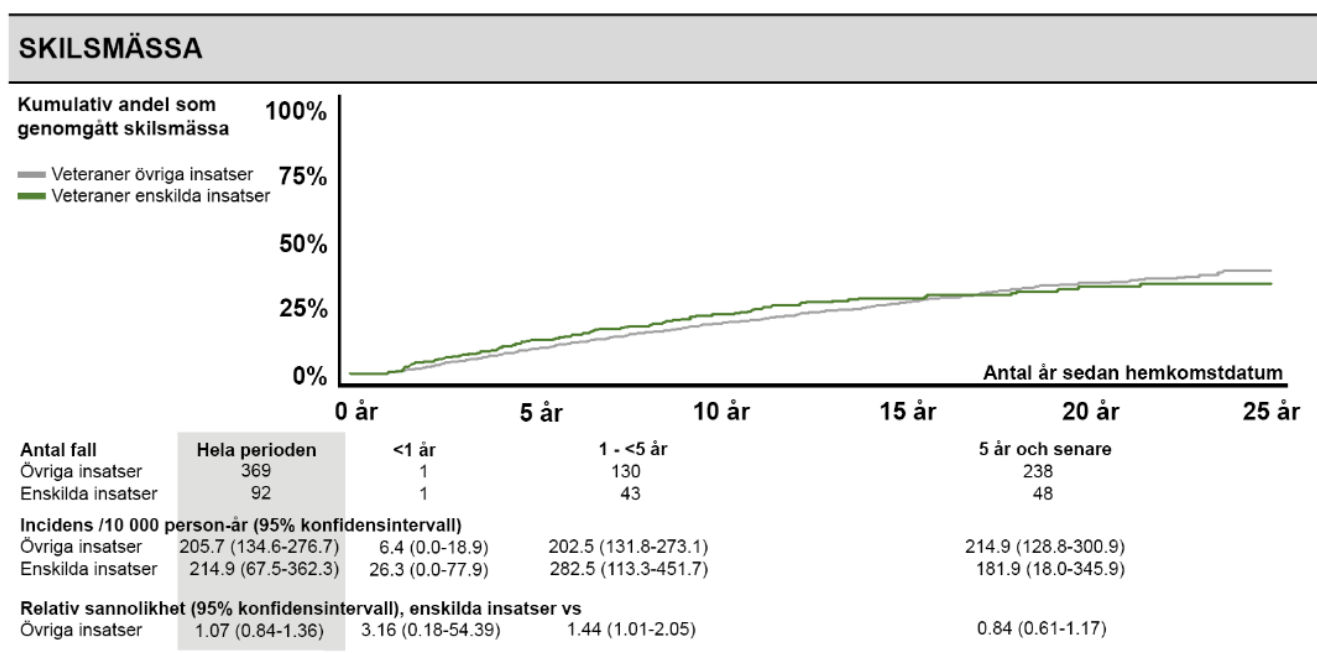
3.5 Sociala utfall efter hemkomst

3.5.1 Skilsmässa

Skilsmässa efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 33** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 34** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 35** jämfört med kontrollgrupp 2.

Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en något högre förekomst av skilsmässa under de första 15 åren efter hemkomst jämfört med veteraner från övriga insatser. Under perioden 1 till 5 år efter hemkomst var sannolikheten för skilsmässa 44% högre bland veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser, vilket kunde säkerställas statistiskt (relativ sannolikhet 1.44, 95% konfidensintervall 1.01-2.05).

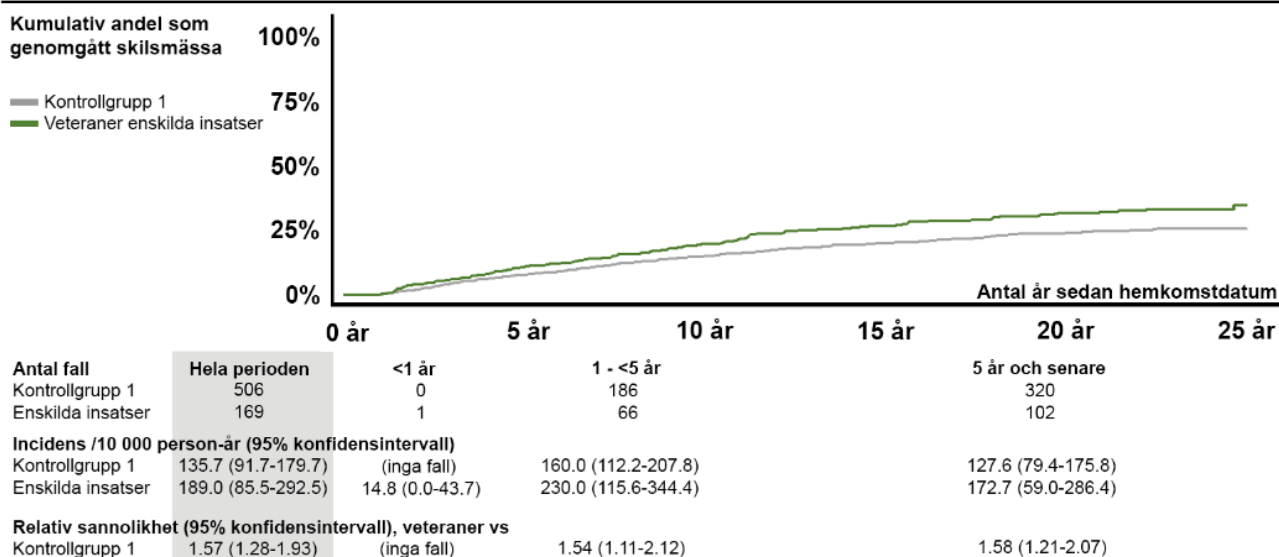
För hela uppföljningsperioden sammantaget kunde inte någon skillnad mellan veteraner från enskilda insatser och övriga veteraner ifråga om sannolikhet för skilsmässa observeras (215 vs 206 skilsmässor per 10 000 personår; relativ sannolikhet 1.07, 95% konfidensintervall 0.84-1.36).



Figur 33 Skilsmässa efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ sannolikhet för skilsmässa efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

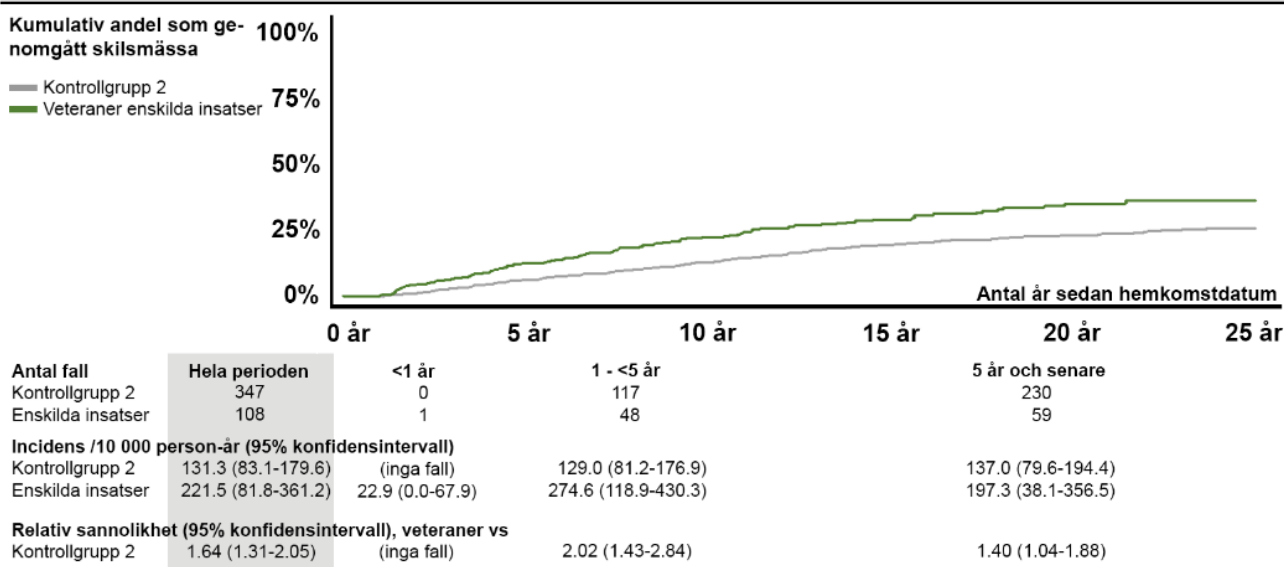
Jämfört med kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2 uppvisade veteranerna från enskilda insatser en tydligt högre förekomst av skilsmässa efter hemkomst. Sannolikheten för detta utfall var omkring 60% högre bland veteranerna än i kontrollgrupperna, vilket kunde säkerställas statistiskt (relativ sannolikhet 1.57, 95% konfidensintervall 1.28-1.93, jämfört med kontrollgrupp 1 och relativ sannolikhet 1.64, 95% konfidensintervall 1.31-2.05, jämfört med kontrollgrupp 2).

SKILSMÄSSA



Figur 34 Skilsmässa efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ sannolikhet för skilsmässa efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

SKILSMÄSSA



Figur 35 Skilsmässa efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ sannolikhet för skilsmässa efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

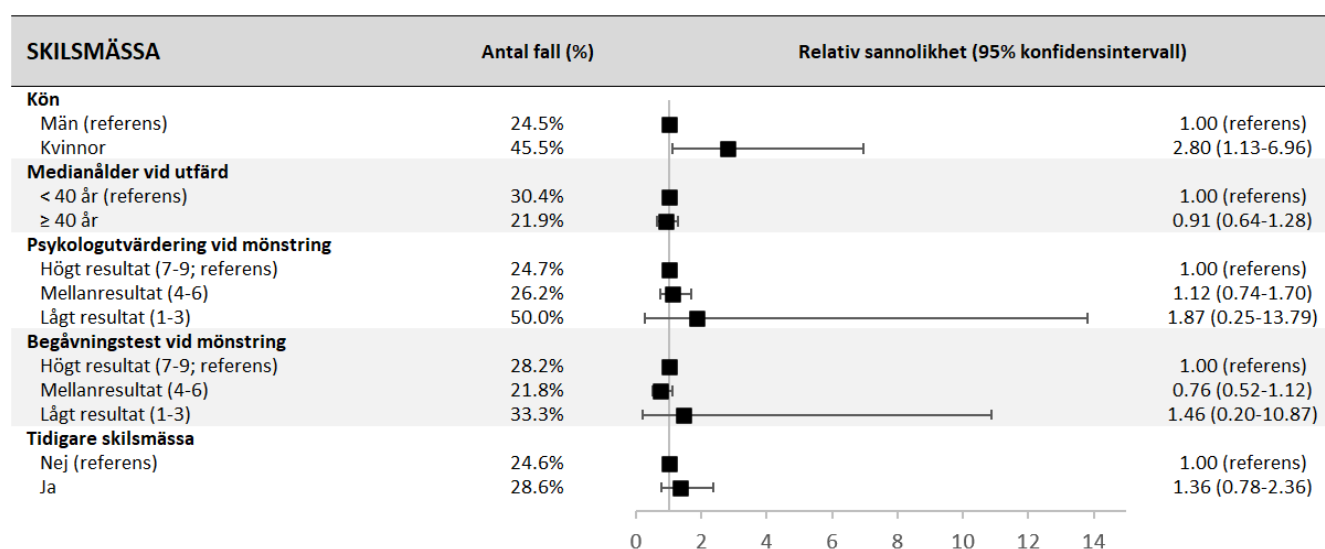
Resultat från sambandsanalys avseende skilsmässa efter hemkomst för gruppen veteraner från enskilda insatser som var gifta vid utfärd visas i **Figur 36**.

I denna veterangrupp var skilsmässa efter hemkomst vanligare bland kvinnliga veteraner (45.5% som genomgått skilsmässa) än bland manliga (24.5%), en skillnad som kunde säkerställas statistiskt (relativ sannolikhet för kvinnor jämfört med män 2.80, 95% konfidensintervall 1.13-6.96).

En högre ålder vid utfärd uppvisade ett svagt negativt samband med skilsmässa efter hemkomst (30.4% vs 21.9% skilsmässor för de <40 år vs ≥40 år vid hemkomst), men detta svaga samband kunde inte säkerställas statistiskt.

Inget tydligt samband mellan resultat på begåvningsstestet eller psykologutvärderingen vid mönstring och skilsmässa efter hemkomst från enskild insats kunde observeras. Förhöjda sannolikheter för skilsmässa uppskattades för lågt resultat (1-3) avseende begåvning och psykologutvärdering, men på grund av få veteraner med lågt resultat var dessa uppskattningar behäftade med mycket stor osäkerhet och kunde inte säkerställas statistiskt.

Att ha genomgått skilsmässa någon gång före utfärd uppvisade ett positivt samband för skilsmässa efter hemkomst, men inte heller detta samband kunde säkerställas statistiskt.

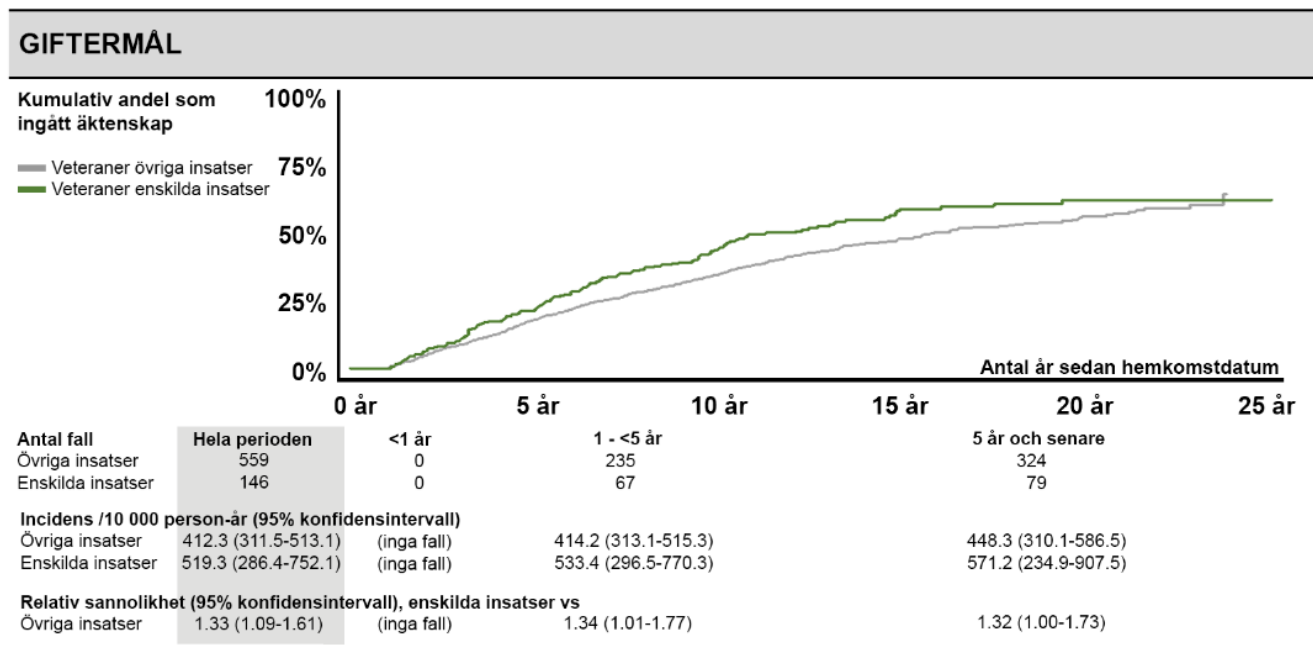


Figur 36 Sambandsanalyser av faktorer associerade med skilsmässa efter hemkomst bland de veteraner från enskilda insatser som var gifta vid utfärd.

3.5.2 Giftermål

Giftermål efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser visas i **Figur 37** jämfört med veteraner från övriga insatser, i **Figur 38** jämfört med kontrollgrupp 1 och i **Figur 39** jämfört med kontrollgrupp 2.

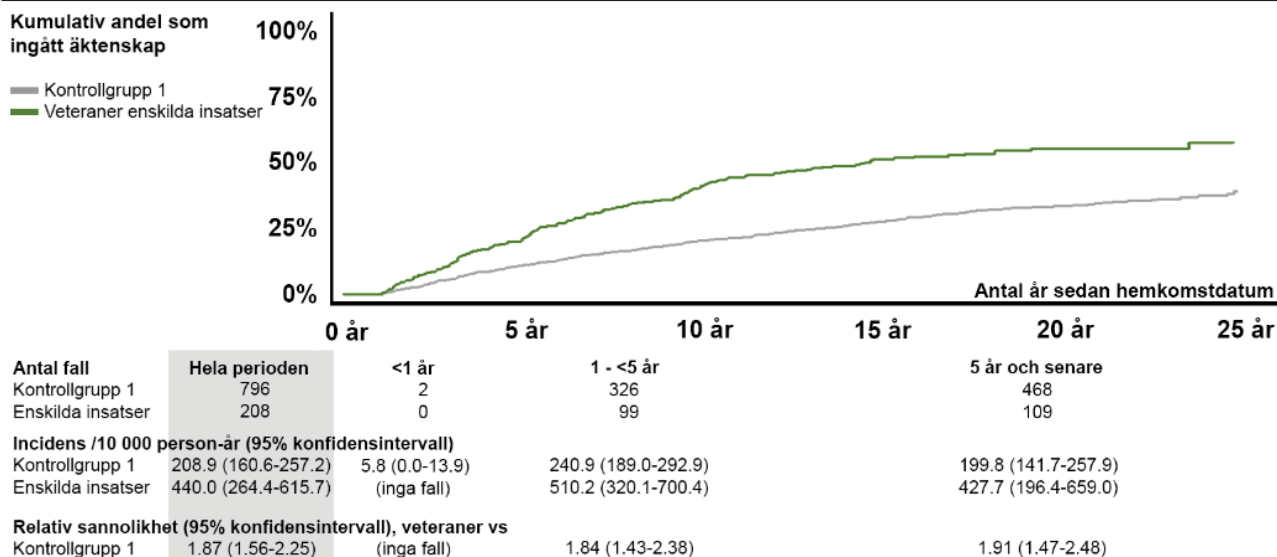
Veteranerna från enskilda insatser uppvisade en högre förekomst av giftermål efter hemkomst jämfört med veteraner från övriga insatser. Under uppföljningsperioden var sannolikheten för detta utfall 33% högre bland veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser, vilket kunde säkerställas statistiskt (relativ sannolikhet 1.33, 95% konfidensintervall 1.09-1.61).



Figur 37 Giftermål efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt matchade veteraner från övriga insatser. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ sannolikhet för giftermål efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med veteranerna från övriga insatser.

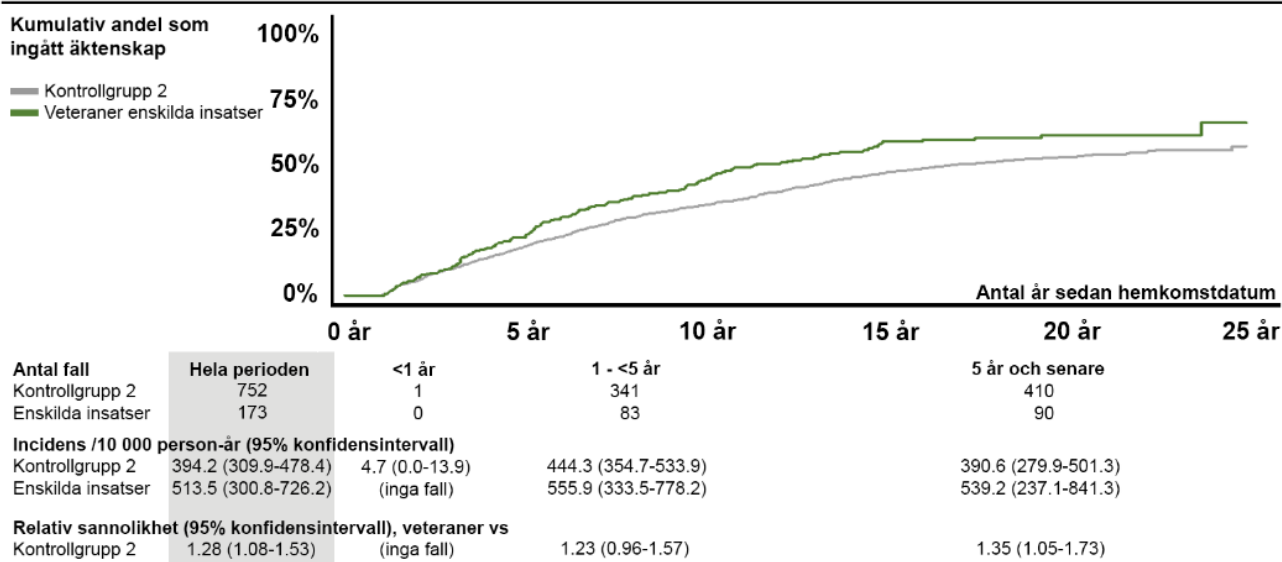
Även jämfört med kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2 var förekomsten av giftermål efter hemkomstdatum tydligt högre bland veteranerna från enskilda insatser. Jämfört med kontrollgrupp 1 var sannolikheten för detta utfall 87% högre, och jämfört med kontrollgrupp 2 28% högre, bland veteranerna. Båda dessa uppskattningar kunde säkerställas statistiskt (relativ sannolikhet 1.87, 95% konfidensintervall 1.56-2.25, jämfört med kontrollgrupp 1 och relativ sannolikhet 1.28, 95% konfidensintervall 1.08-1.53, jämfört med kontrollgrupp 2).

GIFTERMÅL



Figur 38 Giftermål efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 1. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ sannolikhet för giftermål efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 1.

GIFTERMÅL



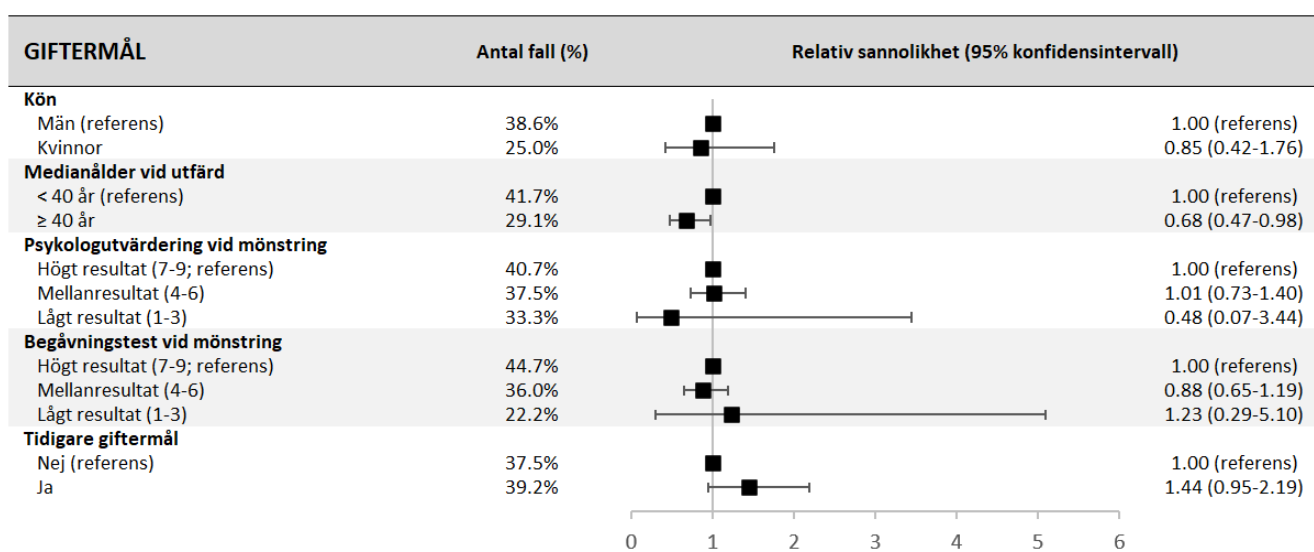
Figur 39 Giftermål efter hemkomstdatum bland veteraner från enskilda insatser samt kontrollgrupp 2. Grafen visar kumulativ andel fall efter hemkomstdatum. Tabellen ger totalt antal fall, incidens per 10 000 person-år samt relativ sannolikhet för giftermål efter hemkomstdatum för veteranerna från enskilda insatser jämfört med kontrollgrupp 2.

Resultat från sambandsanalysen med avseende på giftermål efter hemkomst för gruppen veteraner från enskilda insatser som var ogifta vid utfärd visas i **Figur 40**.

Kvinnliga veteraner samt äldre veteraner uppvisade en lägre sannolikhet för giftermål efter hemkomst jämfört med manliga veteraner och yngre veteraner, men detta samband kunde endast säkerställas statistiskt för äldre veteraner jämfört med yngre (relativ sannolikhet 0.68, 95% konfidensintervall 0.47-0.98).

Inget tydligt samband mellan resultat på begåvningsstestet eller psykologutvärderingen vid mönstring och giftermål efter hemkomst från enskild insats kunde observeras. Veteraner med lågt resultat (1-3) på psykologutvärderingen uppvisade en lägre sannolikhet för giftermål efter hemkomst, medan veteraner med ett lågt resultat på begåvningsstestet uppvisade en något förhöjd sannolikhet för detta utfall. I båda fallen var osäkerheten mycket stor i uppskattningarna och inga samband kunde säkerställas statistiskt.

Att ha ingått äktenskap någon gång före utfärd uppvisade en något ökad sannolikhet för giftermål efter hemkomst, men detta eventuella samband kunde inte säkerställas statistiskt.



Figur 40 Sambandsanalyser av faktorer associerade med giftermål efter hemkomst bland de veteraner från enskilda insatser som var ogifta vid utfärd.

4 DISKUSSION

4.1 Sammanfattning

Denna registerstudie undersökte fysiska, psykiska och sociala utfall efter hemkomst bland svenska militära utlandsveteraner som tjänstgjort inom ramen för enskilda insatser någon gång från 1990 till och med 2018.

Resultaten visade att veteraner från enskilda insatser utgjorde en betydligt äldre population än veteraner från övriga insatser. Vid mönstring hade veteraner från enskilda insatser högre poäng på begåvningsstest och psykologutvärdering samt rapporterade tidigare psykisk ohälsa i mindre utsträckning än övriga veteraner. På grund av den högre åldern så hade veteranerna från enskilda insatser före utfärd fått mer sjukvård för hjärt-kärlsjukdom och cancer än veteraner från övriga insatser, men avseende psykiatrisk sjukvård var skillnaderna små. En mycket större andel bland veteranerna från enskilda insatser hade ingått äktenskap och genomgått skilsmässa före utfärd, vilket också till stor del kunde förklaras av den högre åldern. Efter matchning på bland annat ålder försvann många av dessa olikheter. Skilsmässa och uthämtning av blodtrycksläkemedel förblev dock lite vanligare, och psykiatrisk sjukvård något ovanligare, bland veteranerna från enskilda insatser.

Efter hemkomst uppvisade veteraner från enskilda insatser generellt lika god eller något bättre fysisk och psykisk hälsa jämfört med såväl matchade veteraner från övriga insatser som matchade kontroller från allmänbefolkningen som mönstrat men inte genomfört militär utlandstjänstgöring ("icke-veteraner").

Det enda som avvek från detta mönster var en kraftigt ökad relativ risk för psykiatrisk vård under första året efter hemkomst bland veteraner från enskilda insatser jämfört med veteraner från övriga insatser. Den absoluta risken var dock låg. Riskuppskattningen var baserad på endast 6 fall av psykiatrisk vård bland veteraner från enskilda insatser och 4 sådana fall bland veteraner från övriga insatser, och bör tolkas med försiktighet även om riskuppskattningen kunde säkerställas statistiskt. Någon motsvarande högre risk bland veteraner från enskilda insatser jämfört med övriga veteraner sågs inte för uthämtning av psykiatriska läkemedel, och jämfört med kontrollgrupperna bestående av icke-veteraner uppvisade veteranerna från enskilda insatser en likartad (kontrollgrupp 2) eller lägre (kontrollgrupp 1) frekvens av psykiatrisk vård efter hemkomst.

Veteranerna från enskilda insatser ingick äktenskap efter hemkomst i större utsträckning än samtliga kontrollgrupper. De uppvisade också högre skilsmässofrekvens jämfört med icke-veteraner, men jämfört med veteraner från övriga insatser sågs en förhöjd skilsmässofrekvens bara under en inledande period efter hemkomst, inte under hela uppföljningsperioden sammantaget. I gruppen veteraner från enskilda insatser kunde ett positivt samband mellan att vara kvinnlig veteran och skilsmässa efter hemkomst detekteras.

4.2 Styrkor och svagheter

En styrka med denna studie var designen med rikstäckande och nära komplett datainsamling under lång tid via rikstäckande register över dödsfall, läkemedelskonsumtion, sjukvårdsbesök samt giftermål och skilsmässor. En nackdel med detta registerbaserade upplägg var att bara ohälsa som leder till diagnos eller behandling omfattas. Vanliga men mindre allvarliga uttryck för vissa utfall fångas inte i denna typ av registerstudie.

Ett generellt problem för studier av militära veteraner är vad som i den vetenskapliga litteraturen benämns "the healthy soldier effect". I korthet innebär detta att veteranerna, som selekterats genom ett flertal fysiska och psykiska tester, utgör en grupp som är friskare än allmänbefolkningen redan från början.¹⁹ Med hjälp av den matchade kontrollgruppen bestående av veteraner från övriga insatser i denna studie kunde detta systematiska fel kringgås i stor utsträckning, även om den stora ålderskillnaden mellan veteraner från enskilda insatser och övriga veteraner försvårade matchningen och ledde till att en del veteraner inte kunde matchas. Dessutom begränsades troligtvis inverkan av "the healthy soldier effect" kraftigt i jämförelsen med icke-veteranerna tack vare rik information på individnivå, bland annat avseende begåvning, resultat från psykologutvärdering och självrapporterad psykisk ohälsa från mönstringen, vilket möjliggjorde en noggrann matchning.

4.3 Slutsats

Svenska veteraner som tjänstgjort på enskilda insatser någon gång mellan 1990 och 2018 utgjordes av individer som hade högre poäng på begåvningsstestet och psykologutvärdering vid mönstring samt var betydligt äldre vid utfärd jämfört med övriga veteraner.

Efter hemkomst uppvisade veteraner från enskilda insatser god psykisk och fysisk hälsa jämfört med såväl matchade veteraner från övriga insatser som icke-veteraner. I fråga om sociala utfall utmärkte de sig med en högre äktenskapsfrekvens efter hemkomst jämfört med samtliga kontrollgrupper, samt en högre skilsmässofrekvens jämfört med icke-veteraner men inte jämfört med veteraner från övriga insatser.

5 REFERENSER

1. Pethrus CM, Johansson K, Neovius K, Reutfors J, Sundstrom J, Neovius M. Suicide and all-cause mortality in Swedish deployed military veterans: a population-based matched cohort study. *BMJ Open*. 2017;7(9):e014034.
2. Michel PO, Lundin T, Larsson G. Suicide rate among former Swedish peacekeeping personnel. *Military medicine*. 2007;172(3):278-282.
3. Neovius M, Johansson K, Pethrus C, Neovius K. *Uppföljning av svenska militära utlandsveteraner efter hemkomst från internationell insats. Årsrapport: psykisk ohälsa*. 2018, Aux Analysis AB (www.auxmilitary.se).
4. Neovius M, Johansson K, Pethrus C, Neovius K. *Militär utlandstjänst i Afghanistan (ISAF 2002-2014). Fysiska, psykiska och sociala utfall efter hemkomst*. 2017, Aux Analysis AB (www.auxmilitary.se).
5. Neovius M, Johansson K, Pethrus C, Neovius K. *Mental ohälsa efter militär utlandstjänst vid missioner med hög stridsexponering. Fokus: BA01-BA06 & FS17-FS19*. 2014, Aux Analysis AB (www.auxmilitary.se).
6. Neovius K, Söderling J, Neovius M. *Uppföljning av svenska militära utlandsveteraner efter hemkomst från internationell insats. Årsrapport 2018: Fysisk ohälsa*. 2018, Aux Analysis AB (www.auxmilitary.se).
7. Pethrus CM, Frisell T, Reutfors J, et al. Violent crime among Swedish military veterans after deployment to Afghanistan: a population-based matched cohort study. *Int J Epidemiol*. 2019.
8. Neovius M, Johansson K, Pethrus C, Neovius K. *Skilsmässa och giftermål efter militär utlandstjänst*. 2016, Aux Analysis AB (www.auxmilitary.se).
9. Pethrus CM, Reutfors J, Johansson K, et al. Marriage and divorce after military deployment to Afghanistan: A matched cohort study from Sweden. *PLoS One*. 2019;14(2):e0207981.
10. Ludvigsson JF, Otterblad-Olausson P, Pettersson BU, Ekblom A. The Swedish personal identity number: possibilities and pitfalls in healthcare and medical research. *European journal of epidemiology*. 2009;24(11):659-667.
11. Ludvigsson JF, Haberg SE, Knudsen GP, et al. Ethical aspects of registry-based research in the Nordic countries. *Clin Epidemiol*. 2015;7:491-508.
12. Allebeck P, Allgulander C. Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. A comparison of diagnoses at conscription and in psychiatric care in a cohort of 50,465 young men. *Br J Psychiatry*. 1990;157:339-344.
13. The Swedish Defence Recruitment Agency (Rekryteringsmyndigheten). <https://www.rekryteringsmyndigheten.se/statistik>, accessed 2019-03-15.
14. Ministry of Defence (Försvarsdepartementet). Fö2016/01252/MFI. 2017-03-02.
15. Brooke HL, Talback M, Hornblad J, et al. The Swedish cause of death register. *Eur J Epidemiol*. 2017;32(9):765-773.
16. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekblom A, et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*. 2011;11:450.
17. Wettermark B, Hammar N, Fored CM, et al. The new Swedish Prescribed Drug Register--opportunities for pharmacoepidemiological research and experience from the first six months. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(7):726-735.
18. Ludvigsson JF, Almqvist C, Bonamy AK, et al. Registers of the Swedish total population and their use in medical research. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(2):125-136.
19. McLaughlin R, Nielsen L, Waller M. An evaluation of the effect of military service on mortality: quantifying the healthy soldier effect. *Ann Epidemiol*. 2008;18(12):928-936.