



25. juni-studien

Opplevelser og reaksjoner hos de direkte rammede
etter terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022

Synne Øien Stensland, Kristin Alve Glad, Molly Carlyle, Anne Lie Andreassen,
Andrea Barsnes Undset, Eivor Indrebø Lægreid, Lise Eilin Stene, Solveig Laugerud,
Lisa Govasli Nilsen og Tore Wentzel-Larsen

25. juni-studien

Opplevelser og reaksjoner hos de direkte rammede etter terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022

Synne Øien Stensland, Kristin Alve Glad, Molly Carlyle,
Anne Lie Andreassen, Andrea Barsnes Undset,
Eivor Indrebø Lægreid, Lise Eilin Stene, Solveig Laugerud,
Lisa Govasli Nilsen og Tore Wentzel-Larsen

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet i 2003. Selskapet er en del av Norwegian Research Centre AS (NORCE).

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- vold og overgrep i nære relasjoner
- tvungen migrasjon og flyktninghelse
- katastrofer, terror og stressmestring

NKVTS har en egen seksjon for implementering og behandlingsforskning som arbeider på tvers av temaområdene våre. Senteret har også en nasjonal beredskapsfunksjon på området katastrofer og stressmestring.

Virksomheten ved senteret finansieres av flere departementer og direktorater, Norges forskningsråd, EU, frivillige organisasjoner og andre.

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

ISBN 978-82-8122-192-5 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-193-2 (PDF)

ISSN 0809-9103

Illustrasjoner, inkludert forside: designbyrået Bly

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no



Takk

Terrorangrepet 25. juni, 2022, var et angrep på samfunnet vårt og våre verdier – og et målrettet angrep på skeive. Vi vet at tiden etter angrepet har vært vanskelig for mange rammede. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ønsker å takke alle som har gjort denne studien mulig.

Først og fremst ønsker vi å rette en stor takk til Justis- og beredskapsdepartementet som har gitt oss dette viktige oppdraget. Videre ønsker vi å takke dem for finansiering av studien, samt Kultur- og likestillingsdepartementet for deres bidrag med midler til utvidelse av antall respondenter.

Videre ønsker vi å takke alle dere som har deltatt i studien – og delt av deres erfaringer. Denne kunnskapen gjør at vi kan hjelpe bedre nå, og ved fremtidig terror og katastrofer.

Takk også til Riksadvokaten, Rådet for taushetsplikt og forskning, og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), samt SIKT, for gode innspill og godt samarbeid knyttet til forskningsetiske utfordringer, til stor nytte for studien.

Takk til alle samarbeidspartnere. Vi har samarbeidet tett med Støttegruppa 25. juni – ved Espen Evjenth, Anette Romdahl og Tori Aarseth, samt Styret i utviklingen av studien. Samarbeid med de fem Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebyggig: RVTS Nord, RVTS Midt, RVTS, Vest, RVTS Sør og RVTS Øst har sikret dyktige intervjuere og god beredskap i studien. I utarbeidelsen av studien har vi også fått gode innspill fra C-REX – Senter for ekstremismeforskning, Institutt for samfunnsforskning, Nevroklinikken, FoU, Oslo universitetssykehus (OUS), Oslo politidistrikt, Oslo kommunes kriseteam (Sosial og Ambulant Akuttjeneste, SAA), Bistandsadvokat, Rosa kompetanse og FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold.

Informasjonsfilmen om studien, og bildene i rapporten, er designet av designbyrået Bly.

Takk også til våre kollegaer ved NKVTS, som har gitt oss viktige innspill og tilbakemeldinger: Siri Thoresen, Per Moum Hellevik og Sveinung Sandberg.

I 25. juni-studien er vi stolte av å ha samlet et utrolig kompetent lag av erfarne fagfolk.

Takk til intervjuerne våre:

Andrea Undset	Iselin Solerød Dibaj	Poul Jensen
Ane H. Simonsen	Jan Åge Kiran	Reidun Dybsland
Anne Lie Andreassen	Kristin Alve Glad	Rune Nilsen
Belinda Ekornås	Kristin Eide Ruud	Sidsel Fjelltun
Bente Iversen	Lene T. B. Linnemørken	Sigrid Tesli
Dag Skarstein	Linda Holmgren	Silja Nordahl
Dorte Brodersen	Linda Thomassen	Solveig Laugerud
Eir Torvik	Line Aasland Lise	Sveinung Odland
Eivor Indrebø Lægreid	Eilin Stene	Synne Stensland
Eva Lill Fossli Vassend	Maren Caroline Frogner Werner	Tonje Holt
Gry Elisabeth Juel	Maria Melås-Kvitland	Tor Hogstad
Guri Nesseemo	Marianne B. Sommerfeldt	Trude Lindø
Helga Aarnes	Molly Carlyle	Venke A. Johansen
Iren Moen	Pernille Lavoll Baade	



Innhold

DEFINISJONER	9
BAKGRUNN OG MANDAT	11
OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER	12
1 INNLEDNING	21
1.1 TERRORANGREPET 25. JUNI 2022	23
1.2 DE DIREKTE RAMMEDE	26
1.3 HELSE OG DELTAGELSE	28
1.4 SÅRBARHET OG MOTSTANDSKRAFT	32
1.5 TEORETISK RAMMEVERK	38
1.6 STUDIENS OVERORDNEDE MÅLSETTING	40
2 METODE	43
2.1 FREMGANGSMÅTE OG DELTAGERE	43
2.2 FORSKNINGSETIKK, DATASIKKERHET OG PERSONVERN	46
2.3 BEREDSKAP I STUDIEN	52
2.4 INTERVJUGUIDE OG MÅLEINSTRUMENT	55
2.5 ANALYSER	72
3 RESULTATER	77
3.1 POPULASJON OG DELTAGELSE	77
3.2 DELTAGERNES OPPLEVELSER UNDER OG ETTER ANGREPET	80
3.3 OPPLEVELSE AV TRYGGHET ETTER TERRORANGREPET	86
3.4 HELSE OG DELTAGELSE ETTER TERRORANGREPET	98
3.5 ERFARINGER AV SAMFUNNETS RESPONS	105
3.6 ERFARINGER MED SOSIAL STØTTE OG LIKEMANNSSTØTTE ETTER ANGREPET	129
3.7 TILLIT ETTER TERRORANGREPET	146
3.8 KONSEKVENSER FOR RAMMEDE OG SAMFUNNSSIKKERHETEN	148

4	DISKUSJON	156
4.1	HØY EKSPONERING UNDER ANGREPET	157
4.2	MER HAT – SÆRLIG RETTET MOT SKEIVE	158
4.3	BETYDELIGE HELSEPLAGER OG UDEKKEDE HJELPEBEHOV	162
4.4	SAMFUNNSRESPONSEN ER AV STOR BETYDNING	165
4.5	GOD SOSIAL STØTTE ER VIKTIG	174
4.6	KONSEKVENSER FOR RAMMEDE OG SAMFUNNSSIKKERHETEN	178
4.7	STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER	183
5	KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER	187
6	Referanser	189

Tabelloversikt

Tabell 1. Sosiodemografi deltagere (N=229)	79
Tabell 2. Eksponering og reaksjoner under terrorangrepet	81
Tabell 3. Eksponering for hatefulle ytringer og handlinger (hat)	83
Tabell 4. Eksponering for negative livshendelser	84
Tabell 5. Ulik eksponering for negative livshendelser	85
Tabell 6. Frykt for et nytt terrorangrep	86
Tabell 7. Opplevelse av samfunnsendringer etter terrorangrepet	87
Tabell 8. Åpenhet om skeiv identitet	97
Tabell 9. Synlighet skeiv identitet	97
Tabell 10. Forekomst av helseplager	99
Tabell 11. Fungering i hverdagen	102
Tabell 12. Deltagelse i arbeidsliv	103
Tabell 13. Tilfredshet med livet	104
Tabell 14. Betydningen av at angrepet ble definert som terror	106
Tabell 15. Tilfredshet med samfunnets håndtering av terrorangrepet	106
Tabell 16. Kontakt med hjelpetjenester i tilknytning til terrorangrepet	107
Tabell 17. Mottatt helsehjelp og tilrettelegging i arbeidslivet	108
Tabell 18. Erfaringer med offentlig helsehjelp	109
Tabell 19. Kontakt med politiet	118
Tabell 20. Opplevelse av kontakt med politiet	118
Tabell 21. Betydning av voldserstatningen	128
Tabell 22. Sosial støtte og omsorg	132
Tabell 23. Funksjoner Støttegruppa har hatt for de rammede	141
Tabell 24. Tillit til andre mennesker	147
Tabell 25. Institusjonell tillit – til tjenester, myndigheter og media	148
Tabell 26. Sammenhenger mellom terror, hat og psykisk helse (Modell 1)	149
Tabell 27. Eksplorative korrelasjoner mellom terror, hat, PTSD med andre helseplager	150
Tabell 28. Sammenhenger mellom terror, hat, trygghet og tillit (Modell 1)	151
Tabell 29. Sammenhenger mellom individuelle konsekvenser, dekning av hjelpebehov og institusjonell tillitt (Modell 2)	153
Tabell 30. Sammenhenger mellom individuelle konsekvenser, fungering og deltagelse i arbeidsliv (Modell 2)	154
Tabell 31. Vedleggstabell – Modell 1 – inkludert skeiv-identitet	201
Tabell 32. Vedleggstabell – Modell 2 – inkludert skeiv-identitet	202

Figuroversikt

Figur 1. Terror, hat, konsekvenser for rammede og samfunnssikkerhet – mulige sammenhenger	41
Figur 2. Modell 1–3; Eksplorative multiple regresjonsanalyser	73
Figur 3. Flytskjema over deltagere i 25. juni-studien	78
Figur 4. Et mindre trygt samfunn – særlig for skeive	88
Figur 5. Bekymring for deltagelse på skeive møteplasser	96
Figur 6. Fungering etter angrepet	102
Figur 7. Tilfredshet med livet	103
Figur 8. Tillit til andre mennesker (generalisert tillit)	147

DEFINISJONER

- Med **diskriminerende eller hatefulle ytringer** menes det å true eller håne (forhåne) noen, eller fremme hat, forfølgelse eller forakt (ringeakt) overfor noen på grunn av deres: hudfarge eller nasjonale eller etniske opprinnelse, religion eller livssyn, seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk, eller nedsatte funksjonsevne (Straffeloven, 2005, § 185).
- **Potensielt traumatiserende hendelse** omfatter eksponering for en eller flere ekstremt truende hendelse(r) – enten opplevd direkte, gjennom en nærstående person, eller som vitne – som fører til, eller har høy sannsynlighet for å føre til død, fysisk skade, eller betydelig psykisk belastning, skjevutvikling eller deprivasjon. Definisjonene varierer noe mellom ulike diagnostiske systemer, som DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ICD-11 (World Health Organization, 2019) og WHO's definisjon av vold (World Health Organization, 2002). **Barndomstraume** viser til slik eksponering i barne- eller ungdomsårene, det vil si før fylte 18 år.
- **Skeive** brukes i denne rapporten, i likhet med i dommen (Oslo Tingrett, 2024), som en samlebetegnelse for mennesker som identifiserer seg som lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønn og queer (LHBTIQ+). LHBTIQ er her, i tråd med dommen og vanlig praksis, forenklet til LHBT+.
- **Terrorhandlinger** eller **angrep** kan defineres som ulovlig bruk av, eller trussel om bruk av, makt eller vold mot personer eller eiendom, i et forsøk på å legge press på landets myndigheter, befolkning eller samfunnet for øvrig for å oppnå politiske, religiøse eller ideologiske mål.
- **Vold** defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som villet bruk av fysisk kraft eller makt – enten i form av trusler eller faktiske handlinger – rettet mot en selv (selvskade), mot en annen person (interpersonlig vold), eller mot en gruppe eller et samfunn (kollektiv eller strukturell vold), som resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk skade, helseplager (fysiske eller psykiske), forstyrret atferd, utvikling eller deprivasjon (World Health Organization, 2002).

Vold kan være av fysisk, psykisk eller seksuell art, eller innebære deprivasjon – det vil si handlinger som medfører vedvarende mangel på nødvendige ressurser, stimuli eller omsorg som er avgjørende for utvikling, helse og velferd. Interpersonlig vold omfatter både vold i nære relasjoner og vold utøvd av bekjente eller fremmede. Slike voldshandlinger involverer ofte flere voldsformer samtidig – som ved barnemishandling og omsorgssvikt, mobbing eller voldtekt.

BAKGRUNN OG MANDAT

«Samfunnssikkerhet handler om samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og setter liv og helse i fare» (NOU 2023:17, s. 17). For å styrke samfunnssikkerheten etter terror, er det avgjørende å innhente kunnskap om hvordan overlevende og etterlatte opplever samfunnets respons. Ekstremismekommisjonen (NOU 2024:3) fremhever at slike erfaringer gir verdifull innsikt for utvikling av målrettede tiltak og for å styrke samfunnets motstandskraft.

25. juni-studien er forankret i et oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet. Kultur- og likestillingsdepartementet har bidratt med midler til utvidelse av antall respondenter. På bakgrunn av Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2024 og anmodningsvedtak nr. 645 (Innst. 280 S (2023–2024)), har Justis- og beredskapsdepartementet gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en forskningsstudie med personer som var direkte rammet av terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022. Dette omfatter både dem som var til stede under angrepet og etterlatte. (Jf. Justis- og beredskapsdepartementets brev til NKVTS, ref. 24/3723 – ESO, 24.06.2024 og ref. CD 24/3723 – MAB, 21.02.2025).

I oppdragsbrevet presiseres det at studien skal gjennomføres i samarbeid med Støttegruppa 25. juni. Hensikten er at kunnskapen som genereres, skal bidra til å styrke beredskap og sikre mer målrettet og tilpasset respons ved fremtidige terrorhandlinger og katastrofer.

Studien skal særlig belyse:

- utfordringer knyttet til helse, tillit og deltagelse blant rammede, og
- sammenhenger mellom samfunnsrespons, konsekvenser og samfunnssikkerhet over tid etter terror.

Studien ble planlagt og gjennomført i andre halvdel av 2024 og første halvdel av 2025. Studien inngår i Justis- og beredskapsdepartementets prioriterte innsats på kontraterrorfeltet, og skal bidra til kunnskapsutvikling som styrker nasjonal beredskap, forebygger ekstremisme og gir bedre støtte til dem som rammes.

OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER

BAKGUNN OG METODE

Terrorangrepet under Pride 25. juni, 2022, var et angrep på samfunnet vårt og våre verdier – og et målrettet angrep på skeive. Den overordnede målsettingen med studien var å belyse utfordringer knyttet til helse, tillit, og samfunnsdeltagelse blant rammede, samt sammenhenger mellom samfunnsrespons, konsekvenser for de rammede og samfunnssikkerheten.

Kort om mandatet

25. juni-studien er forankret i et oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet. Kultur- og likestillingsdepartementet har bidratt med midler til utvidelse av antall respondenter. På bakgrunn av Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2024 og anmodningsvedtak nr. 645 (Innst. 280 S (2023–2024)), har Justis- og beredskapsdepartementet gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en forskningsstudie med personer som var direkte rammet av terrorangrepet i Oslo 25. juni, 2022. I oppdragsbrevet presiseres det at studien skal gjennomføres i samarbeid med Støttegruppa 25. juni. Hensikten er at kunnskapen skal bidra til å styrke beredskap og sikre mer målrettet og tilpasset respons ved fremtidige terrorhandlinger og katastrofer. Studien skal særlig belyse utfordringer knyttet til helse, tillit og samfunnsdeltagelse blant de rammede, samt sammenhenger mellom samfunnsrespons, konsekvenser for individet og samfunnssikkerheten etter terror.

Design, godkjenninger og gjennomføring

25. juni-studien ble gjennomført som en tverrsnittstudie nesten tre år etter terroren. Mange rammede var sterkt motivert til å bidra med sin stemme, blant annet for å bedre oppfølging av rammede etter katastrofer i fremtiden, vise motstand mot angrepet, eller få snakket om egne reaksjoner og få hjelp. Rekruttering til studien har imidlertid vært krevende, blant annet fordi det har gått lang tid siden angrepet, og noen ikke ønsket å rippe opp i erfaringene igjen. Beredskapen i studien synes å ha fungert godt og har bidratt til at mange har kunnet (re-)kontakte helsetjenestene med en mer spesifikk

beskrivelse av egne hjelpebehov. Det er imidlertid tydelig at vi mangler en rigg for kunnskapsinnhenting fra direkte rammede fra tidlig fase etter kriser og katastrofer, hvilket er avgjørende for å sikre en behovsbasert katastroferespons, inkludert gode hjelpetiltak og oppfølging over tid.

Nettside: <https://www.nkvts.no/25junistudien/>

Design: 25. juni-studien er en tverrsnittstudie, gjennomført nesten tre år etter terrorangrepet i 2022. Studien er utarbeidet og gjennomført i samarbeid med Støttegruppa 25. juni. NKVTS har også en samarbeidsavtale med de Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), som har bidratt med intervjuere i studien. En betydelig andel (n=193, 84 %) av deltagerne har samtykket til fremtidig kobling av egne data til blant annet helseregistre. Dette gir tilgang til helserelaterte data fra tiden før og etter angrepet, samt mulighet for gjennomføring av longitudinelle analyser, men dette er utenfor rammene av denne rapporten.

Finansiering: Studien er finansiert av Justis- og beredskapsdepartementet og Kultur- og likestillingsdepartementet.

Godkjenninger: Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), jf. helseforskningsloven (REK ref: 807887), med Data Protection Impact Assessment (DPIA) godkjent av NKVTS' personvernombud Markus Celiussen i samarbeid med Sikt (ref: 606224). Riksadvokaten har innvilget begjæring om fritak fra taushetsplikt for tilgang til kontaktinformasjon til de direkte rammede etter terrorangrepet på politiets liste (ref: 24/2770–2 / PEO009). Politiets liste ble overlevert NKVTS fra politiet etter godkjenning av begjæring fra Rådet for taushetsplikt og forskning (sak 2024/4, ref: 24/2770–2 / PEO009). Tilgang til folkeregisteropplysninger for personer på politiets liste ble gitt NKVTS (org.nr. 986304096) til forskningsformål fra Skatteetaten (ref: 2024/5453558), samt Kontakt- og reservasjonsregisteret (sak: 2503 0399, CRM:0154754). Det tok åtte måneder å få på plass samtlige godkjenninger for gjennomføring av studien. Alle godkjenninger var på plass februar 2025.

Datainnsamling: Alle på politiets liste over direkte rammede ble invitert til å delta i studien. Datainnsamlingen ble gjennomført fra februar–juni 2025.

Deltagelse var basert på frivillig, informert samtykke og deltagere kunne selv velge om de ville bli intervjuet eller fylle ut et elektronisk spørreskjema på nett.

Deltagelse: Omtrent 40 % (N=229) av alle som ifølge politiets liste var til stede under terrorangrepet har deltatt i studien. Det er en stor styrke ved studien at så mange av de direkte rammede har deltatt. Ca. 60 % av de inviterte deltok ikke i studien, til tross for omfattende rekrutteringstiltak. Vi vet ikke hvordan det går med disse, og kan ikke utelukke at det er systematiske skjevheter i utvalget.

Analyser: I rapporten presenteres foreløpige resultater fra studien, basert på kvantitative og kvalitative analyser hovedsakelig gjennomført i perioden 16.5.2025 – 30.5.2025, grunnet rammene i studien. Dette er svært kort tid.

Beredskapen i studien fungerte: Deltagere i studien med udekkede hjelpebehov fikk tilbud om å få tilsendt egne svar (en individuell tilbakemelding), til bruk i kontakt med tjenestene. Et fåtall hadde behov for tilrettelegging ved RVTS for å finne frem til egnet hjelpetiltak (RVTS-los funksjon). Intervjuerne ga tilbakemelding om at beredskapen fungerte godt.

HOVEDFUNN

Deltagerne: Blant de 229 deltagerne i studien var det både personer som identifiserer seg som skeive (62 %), og ikke-skeive. Majoriteten av deltagerne var menn (66 %), og majoriteten var i aldersgruppen 31–50 år (62 %).

Høy eksponering under angrepet: Funnene tyder på at de fleste rammedes eksponering for livsfare under angrepet var høy. Dette er i tråd med forhold beskrevet i dommen fra juli 2024. Et stort flertall av deltagerne rapporterte sterke sanseinntrykk fra hendelsen, inkludert lyden av skudd, og sa at de flyktet fra gjerningspersonen ved å forsøke å gjemme seg eller løpe. Over halvparten rapporterte at de var vitne til at noen ble skadet eller drept. De aller fleste rapporterte at de var bekymret for sikkerheten til en nær (f.eks., venn eller familiemedlem), og omtrent to tredjedeler var redde for å dø, bli alvorlig skadet, eller følte seg fanget eller uten mulighet for å flykte. Enkelte deltagere i studien ble fysisk skadet under terrorangrepet, eller satte seg selv i livsfare ved å overmanne gjerningsmannen.

Mer hat og utrygghet i samfunnet – særlig rettet mot skeive: Majoriteten av deltagerne (ca. 70 %) opplevde negative samfunnsendringer etter terrorangrepet – særlig i form av økte motsetninger mellom grupper, redusert opplevelse av trygghet, mer frykt, og en tydeligere tilstedeværelse av hat i samfunnet. Mange beskrev negative reaksjoner mot det skeive miljøet, inkludert en økt forekomst av hets og hat. Flere uttrykte også at de opplevde at det var mer aksept for å uttrykke hat mot skeive nå, sammenlignet med før terrorangrepet. En av tre skeive deltagere har opplevd hat direkte rettet mot egen identitet eller gruppetilhørighet etter angrepet. Skeive var nesten ti ganger mer utsatt for hatytringer eller handlinger enn ikke-skeive etter angrepet.

Deltagerne beskrev at disse samfunnsendringene først og fremst hadde vekket frykt og utrygghet, men det var også flere som beskrev andre negative følelser, inkludert apati, håpløshet og tristhet. To tredjedeler av deltagerne som noen gang hadde deltatt på skeive arrangementer eller møteplasser, rapporterte at de var bekymret for å bli utsatt for trakassering, hatefulle ytringer, annen hatkriminalitet eller terror, dersom de deltar på slike arrangementer eller møteplasser igjen. Ca. 40 % sa at de har unngått skeive arrangementer eller møteplasser i tiden etter angrepet, av frykt for slike hendelser.

Betydelige helseplager og udekkede hjelpebehov: Mange klarer seg godt nærmere tre år etter terroren, og majoriteten er tilbake i normal fungering fra forut for angrepet. Samtidig har nesten halvparten fortsatt behov for hjelp og støtte, og en av fire har udekkede hjelpebehov, særlig knyttet til symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD) og relaterte plager som angst, depresjon, søvnvansker og smerter eller rusproblematikk. Alle deltagerne i studien ble spurt om sin nåværende psykiske og fysiske helse, samt bruk av rusmidler. Resultatene viser overordnet at mange rammede har betydelige helseplager ca. tre år etter terrorangrepet.

Posttraumatiske stress reaksjoner: Omtrent 20 % av deltagerne har plager tilsvarende PTSD. I tillegg har rundt 25 % betydelige PTSD symptomer, uten at de oppfyller alle kriteriene for PTSD. Det var en klar sammenheng mellom grad av eksponering for livsfare under hendelsen og symptomer på PTSD tre år senere.

Angst, depresjon og problematisk sinne: Én av tre (33 %) rapporterte høye symptomer på angst og depresjon, og et betydelig mindretall (18 %) rapporterte problematisk sinne.

Søvnproblemer, hodepine og muskel- og leddsmerter: Et flertall (59 %) rapporterte at de i tiden etter terrorangrepet hadde opplevd vedvarende eller tilbakevendende fysiske plager – som hodepine, muskel- eller leddsmerter, eller søvnproblemer – over en periode på minst tre måneder. Mange rapporterte også om nåværende helseplager, av minst tre måneders varighet: En av fem (22 %) har hodepine. En av tre (31 %) har muskel- eller leddsmerter (lokalisert til korsrygg, øvre del av rygg, nakke, kjeve, bryst, armer eller bein). Nær halvparten (47 %) oppgir betydelig søvnproblemer (svarende til insomni).

Problematisk bruk av rusmidler: På spørsmål om problematisk rusmiddelbruk, rapporterte 22 % av deltagerne risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol, 21 % risikofyllt eller skadelig bruk av medikamenter (for eksempel reseptbelagte smertestillende, beroligende midler og sovemedisiner), og 10 % risikofyllt eller skadelig bruk av andre rusmidler (for eksempel, cannabis, kokain).

Samfunnsresponsen er av stor betydning for rammede: Deltagerne i studien rapporterte om mangelfull katastroferespons og psykososial oppfølging etter terrorangrepet; 'kritikk av et system'. Terrorangrepet 25. juni ble ikke definert som en nasjonal krise, noe som medførte at nasjonal beredskap og katastroferespons ikke ble mobilisert. Denne beslutningen kan ha hindret tilstrekkelig mobilisering for en effektiv krisehåndtering. Overordnet opplevde de aller fleste rammede rettsvesenet og politiets håndtering som god, mens omtrent en tredjedel var fornøyd med helsevesenet, og en av fem med PST. Mange savnet en helhetlig proaktiv tilnærming fra politi og helse, som eksempelvis sikrer god informasjon om hva de kan forvente i forhold til rettsprosessen, samt tilgang til hjelp og oppfølging ved traume og stress-relaterte helseplager.

Rammedes erfaringer med helsetjenestene: En av fire deltagere (25 %) hadde udekkede hjelpebehov, hovedsakelig knyttet til PTSD-symptomer og relaterte helseplager. Mange beskrev hva de hadde savnet av helsehjelp, hvorav de fleste sa at de hadde savnet en proaktiv oppfølging fra helsetjenestene. Til sammen oppga over halvparten (54 %) av deltagerne høyere grad av behov for hjelp enn mottatt hjelp for psykiske helseplager. Mens en av fire opplevde

at de hadde høyere behov for hjelp for fysiske helseplager enn mottatt hjelp. Flere deltagere beskrev oppfølging fra helsevesenet som de opplevde at ikke hadde fungert. Dette handlet først om fremst om at hjelpen de hadde mottatt ikke hadde vært god nok. En del sa at de ikke hadde fått nok hjelp, samt fremhevet organisatoriske utfordringer, knyttet til for lang ventetid og dårlig kommunikasjon mellom ulike instanser (politi og helsevesen). Majoriteten (62 %) opplevde at helsehjelpen var lite eller ikke tilfredsstillende. Samtidig tyder funnene i retning av at rammede med høyere symptomnivå av PTSD hadde noe høyere tillit til myndighetene – hvilket kan være et tegn på at denne gruppen også har hatt gode erfaringer i kontakt med tjenestene.

Rammedes erfaringer med politi og rettsvesen: Nesten alle som deltok i studien, rapporterte at de hadde vært i kontakt med politiet i forbindelse med terrorangrepet. For eksempel hadde nær halvparten snakket med politiet på åstedet, mens over 90 % hadde vært inne til avhør, og i overkant av en tredjedel oppga at de hadde blitt fulgt opp av politiet i ettertid. De fleste deltagerne uttrykte at de var fornøyde med hvordan politiet hadde møtt dem. De opplevde for eksempel at politiet hadde vist forståelse, og sa at de følte seg trygge, ble tatt på alvor og respektert. 1/3 av deltagerne hadde savnet noe i oppfølgingen fra politiet i tiden etter angrepet. Disse trakk spesielt frem at de hadde savnet å få (mer) informasjon, særlig etter avhøret og i forbindelse med rettssaken. Dette var hovedsakelig knyttet til hvilke rettigheter de hadde, inkludert rett til bistandsadvokat, samt informasjon om/forklaring på hvilken status de hadde i rettssaken. Nesten 60 % av deltagerne hadde krevd og fått innvilget oppreisning i tingretten. Dette hadde en stor betydning for dem. Over 70 % opplevde for eksempel at voldserstatningen var en anerkjennelse av det de hadde opplevd, litt over 40 % sa at den gjenoppretter en form for rettferdighet, og 40 % sa at den dekket ekstra utgifter knyttet til angrepet. Rettsprosessen og dommen, inkludert definisjon av hendelsen som grov terror, samt voldsoffererstatning synes å ha en betydelig anerkjennende funksjon for rammede. Samtidig kan voldserstatningen spille en viktig økonomisk rolle, ved å dekke utgifter for dem som er rammet.

Samfunnssikkerhet: Betydningen av terrorangrepet for samfunnssikkerheten, forstått som «samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og setter liv og helse i fare» (NOU 2023:17, s. 17), er i studien utforsket i form av dekningsgrad av hjelpebehov, institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse. Foreløpige analyser tyder på at

manglende dekning av rammedes behov for hjelp til håndtering av PTSD-symptomer etter terrorangrepet, kan true grunnleggende forutsetninger for samfunnssikkerhet. Det samme gjelder manglende vern mot hat og interpersonlig vold.

Institusjonell tillit:

Deltagerne oppga, i gjennomsnitt, relativt høy tillit til rettsvesenet, politiet, og helsevesenet. Noe lavere nivåer ble rapportert for Stortinget, PST, og media, men det er viktig å nevne at disse forskjellene ikke er testet for statistisk signifikans. Vi fant ingen uttalte forskjeller mellom skeive og ikke-skeive deltagere i forhold til deres tillit til ulike institusjoner, med unntak av tilliten til PST, der skeive deltagere oppga et signifikant lavere tillitsnivå. Institusjonell tillit var høyere hos rammede med mer tillit til andre mennesker generelt, som i større grad opplever samfunnet som trygt, og som i mindre grad har vært utsatt for interpersonlig vold.

God sosial støtte er viktig: Som antatt tyder funnene på at de rammede sin tilgang til sosial anerkjennelse og støtte fra nære er av stor betydning for psykisk helse, trygghet og tillit tre år etter terroren.

Resultatene viser at de fleste (ca. 80 %) har tilgang til god sosial støtte nå.

Mer sosial støtte var forbundet med mindre PTSD- symptomer, samt høyere grad av fungering, trygghet og tillit til andre mennesker.

Rammede trakk særlig frem betydningen av tilstedeværelse og anerkjennelse fra sine nære.

Støttegruppa har viktige funksjoner: Omlag 40% av deltagerne i studien har deltatt i Støttegruppa 25. juni sine aktiviteter. Mange opplever at Støttegruppa 25. juni har hatt viktige funksjoner, inkludert at Støttegruppa er en interesseorganisasjon som arbeider på vegne av de berørte, samt bidrar til forskning på konsekvensene av terrorangrepet. Enkelte deltagere opplevde at Støttegruppa kun var for de rammede som var skeive. Dette er en viktig lærdom å ta med seg i fremtidig støttegruppevirksomhet etter katastrofer; selv om et angrep er rettet mot én gruppe, blir gjerne flere rammet, og det bør etterstrebes at alle føler seg inkludert og anerkjent. Å lede en støttegruppe etter en katastrofe kan oppleves som meningsfullt, men også krevende og

slitsomt. Fremtidige støttegrupper bør få ekstern bistand, slik at ansvaret og belastningen knyttet til å aktivt engasjere seg i slike grupper ikke blir for stor.

ANBEFALINGER

Studien gir et innblikk i direkte rammedes opplevelser og reaksjoner under og etter terrorangrepet 25. juni, 2022. Mange klarer seg godt nærmere tre år etter terroren, og majoriteten er tilbake til fungeringsnivået de hadde før angrepet. Samtidig har nesten halvparten fortsatt behov for hjelp og støtte, og en av fire har udekkede hjelpebehov, særlig knyttet til PTSD og relaterte plager, som angst, depresjon, søvnvansker og smerter, eller rusproblematikk. Et annet viktig funn gjelder omfattende eksponering for hat blant rammede – særlig rettet mot skeive. Erfaringer av hat rettet mot egen eller kjentes identitet eller gruppetilhørighet synes å være kilde til økt utrygghet og psykisk uhelse blant rammede. Hatet kan forstås som voldshandlinger med stort skadepotensiale.

Store, udekkede hjelpebehov og eksponering for hat utgjør ikke bare en psykososial belastning for den enkelte, men en alvorlig utfordring for samfunnssikkerheten. Selv om terrorangrepet 25. juni er en unik hendelse har alle katastrofer noen fellestrekk. Særlig fremtredende er det at vi som samfunn ofte ikke klarer å møte rammedes hjelpebehov eller verne mot ytterligere vold og belastninger.

Basert på funn fra 25. juni-studien ser vi nå tre hovedutfordringer knyttet til totalberedskap og samfunnssikkerhet som krever målrettede tiltak:

1) Sikre rammede hjelp ved udekkede hjelpebehov nå

Høye nivå av udekkede hjelpebehov blant direkte rammede nesten tre år etter terrorangrepet, er en stor utfordring for den enkelte, helsetjenesten og samfunnssikkerheten. Funn fra studien kan tyde på at mange har betydelige PTSD-symptomer og relaterte helseplager. Dette kan gi en pekepinn på at mange kan ha nytte av traumebehandling. Det er behov for å sikre rammede med udekkede hjelpebehov tilgang til nødvendige helsetjenester nå.

2) Styrke skeive og andre minoriteters vern mot hat

Etter angrepet har om lag én av tre skeive opplevd hatytringer eller handlinger direkte rettet mot egen identitet. Skeive er nesten ti ganger mer

utsatt enn ikke-skeive. Hatet skaper utrygghet og må anses som voldshandlinger med alvorlig skadepotensial. Det er avgjørende å iverksette tiltak som beskytter særlig skeive og andre minoriteter mot videre hat og vold – for å ivareta helse, trygghet og tillit. Samtidig bør det vurderes tiltak for å ansvarliggjøre aktører som sprer hat og vold.

3) Sikre psykososial oppfølging integrert i samordnet beredskap og respons

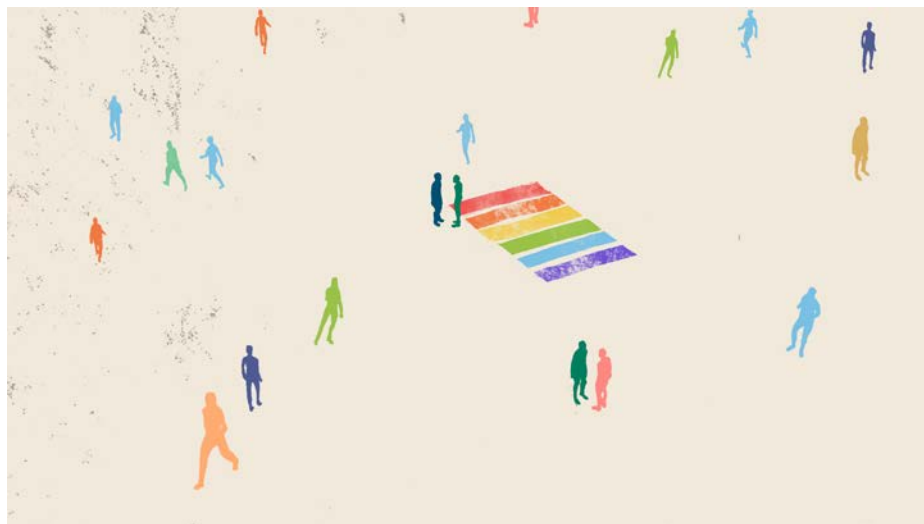
Psykososial oppfølging etter katastrofer må prioriteres høyere, og psykososiale tiltak bør sikres gjennom lovverket og implementeres i nasjonale og lokale beredskapsplaner og praksis. Det anbefales å:

- Etablere systemer for tidlig identifisering av direkte rammede for å muliggjøre proaktiv og behovsbasert oppfølging fra tidlig fase. Erfaringer viser at rammede særlig etterspør tidlig kontakt og oppfølging over tid, noe som forutsetter en systematisk og koordinert innsats fra start.
- Utvikle og implementere en fleksibel «screen-and-treat»-modell for behovsbasert psykososial oppfølging etter alvorlige hendelser. En slik modell muliggjør tidlig identifisering av rammedes reaksjoner og hjelpebehov, og legger til rette for målrettet innsats og effektiv ressursbruk. Integrering av sanntidskunnskap i beredskapssystemet kan styrke skalerbarheten i responsen, og en familiebasert tilnærming – også for voksne – kan bidra til bedre informasjonsflyt og sosial motstandskraft.



1 INNLEDNING

Terrorangrepet 25. juni i Oslo var et angrep på samfunnet vårt og våre felles verdier – og et målrettet angrep på skeive.



Masseskytingen i Oslo 25. juni, 2022, ble av retten vurdert som en grov terrorhandling – et målrettet angrep med hensikt å skade og drepe flest mulig personer tilknyttet LHBT+-miljøet, samt å skape omfattende frykt både i denne gruppen og i samfunnet ellers (Oslo Tingrett, 2024; Politiets sikkerhetstjeneste, 2022). Etter terrorangrep og andre potensielt traumatiserende hendelser, har overlevende og etterlatte behov for anerkjennelse, varierende grad av hjelp og støtte fra sitt sosiale nettverk, samt beskyttelse mot ytterligere belastning, for å gjenvinne trygghet og gjenoppta daglige rutiner (Hobfoll et al., 2007). For noen er ikke dette tilstrekkelig for å forebygge langvarige reaksjoner som posttraumatisk stress, angst og depresjon (Diamond et al., 2022; Tucker et al., 2016), komplisert sorg (Kristensen et al., 2020), søvnproblemer (Porcheret et al., 2022), problematisk sinne (Forbes et al., 2024), rusmiddelbruk (Maël & Daniel, 2022), eller smerteproblematikk og andre kroniske helseplager (Scott et al., 2013; Severs et al., 2023). I slike tilfeller kan tilgang til traume-fokuserte tiltak og behandling bidra til å redusere risikoen for vedvarende helseplager,

funksjonstap, og frafall fra arbeids- og samfunnsliv (BMJ Best Practice, 2023; Forbes et al., 2020; Helsedirektoratet, 2016b). Dessverre vet vi fra tidligere terrorangrep og katastrofer at de hardest rammede ofte rapporterer om vedvarende plager og udekkede hjelpebehov (Bækkelund, et al., 2024; Dyb et al., 2021; Thoresen et al., 2017; Tucker et al., 2021). Samlet sett kan dette tyde på svakheter i deler av samfunnets katastrofeberedskap og respons (NOU 2023:17).

Terrorangrep, større ulykker og katastrofer utløser en samfunnsrespons der den overordnede målsettingen – ideelt sett – er å håndtere sikkerhetstrusselen og samtidig begrense helsemessige, rettslige, økonomiske, og sosiale, skadevirkninger for både de hardest rammede og samfunnet som helhet (Forbes et al., 2020; NOU 2023:17). Samfunnsresponsen kan overordnet forstås som de reaksjoner, tiltak og handlinger utløst i ulike deler av samfunnet – både i formelle og uformelle kontekster – som svar på hendelsen og dens konsekvenser. Slike responser bringer som regel de direkte rammede i kontakt med en rekke aktører og institusjoner, som helse- og sosialtjenester, politi, og rettsvesen. Rammede vil også oppleve ulike reaksjoner fra sine nærmeste, offentligheten, media og myndigheter, samt i sosiale og digitale nettverk. Samtidig har vi begrenset kunnskap om hvordan direkte rammede opplever samfunnets respons – herunder hva som oppleves som fremmede eller hemmende i møte med støtteapparat, tjenester og sosiale omgivelser, og hvilke forhold som påvirker både hjelpesøkende atferd og risiko for forverrede konsekvenser over tid.

For å styrke hjelpen – både nå og ved fremtidige terrorhendelser – ga Justis- og beredskapsdepartementet den 24.6.2024 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre 25. juni-studien. Kultur- og likestillingsdepartementet har også bidratt til finansieringen av studien (fra 21.2.2025). Formålet er å løfte frem de rammede sine egne stemmer og gi innsikt i konsekvensene av terroren for deres helse og fungering, tillit og trygghet, samt deres erfaringer med samfunnsresponsen. Datagrunnlaget bygger på svar fra 219 (38 %) av de 577 direkte rammede identifisert av politiet som fornærmede eller vitner i saken, med kontaktinformasjon, samt ytterligere ti rekruttert via bistandsadvokater og andre kilder. Disse 229 har etter eget ønske deltatt ved intervju eller selvutfylling av spørreskjema. Deltagelsen i denne studien er en tillitserklæring – og et tydelig uttrykk for en forventning om at erfaringene deres tas på alvor, inngår

i samfunnets kollektive læring etter terror, og brukes aktivt i utviklingen av en bedre og mer treffsikker respons ved fremtidige kriser og katastrofer.

1.1 TERRORANGREPET 25. JUNI 2022

Under Pride-festivalen i Oslo sentrum, natt til 25. juni, 2022, ble en sentral arena for det skeive miljøet åsted for en masseskyting. To personer ble drept i angrepet, ni personer påført skuddskader, og ytterligere 25 ble fysisk skadet i kaoset som oppstod. Etter i underkant av to minutter, avvæpnet sivile gjerningsmannen på stedet, før politiet ankom hvorpå han ble pågrepet like etter. I sin rapport fra juni 2023, fastslo 25.juni-utvalget, oppnevnt av Politidirektoratet og Politiets Sikkerhetstjeneste (PST), at fordi 'våpenet [som ble brukt] kan skyte flere skudd per sekund, kunne situasjonen i løpet av få minutter ha utviklet seg til ett av de dødeligste angrepene på sivile i Europa på mange år' (25. juni-utvalget, 2023). Dommen gir mer detaljert kunnskap om selve hendelsen 25. juni 2022 (Oslo Tingrett, 2024):

«Lørdag 25. juni 2022 kl. 01.13, etter å ha avlagt troskapsed til Den islamske staten samme natt kl. 00.25, ankom [gjerningsmannen] C. J. Hambros plass i Oslo bevæpnet med en Luger pistol og en Erma MP40 maskinpistol. Det var Oslo Pride og mye folk i området. Ved serveringsstedene Per på Hjørnet på C. J. Hambros plass og London Pub i Rosenkrantz gate, og i umiddelbar nærhet til disse, oppholdt det seg minst 560 personer. Han skjøt med våpnene mot personer som befant seg utenfor nevnte serveringssteder, og mot personer som forsøkte å flykte eller gjemme seg. Flere skudd gikk gjennom vinduene til London Pub. Etter å ha avfyrt i alt 10 skudd med maskinpistolen og 8 skudd med pistolen, løp han sydover på Rosenkrantz gate til krysset ved Kristian IVs gate, hvor han ble overmannet av sivile personer. I basketaket avfyrte han et siste skudd med pistolen» (Oslo Tingrett, 2024, s. 2).

«Under skytingen sto [gjerningsmannen] bare noen få meter fra menneskene han skjøt på. Han gikk frem og tilbake i gaten utenfor ute-stedene, og skytingen fremsto som rene henrettelser og forsøk på henrettelser. Mange fornærmede har beskrevet at de først trodde lyden kom fra fyrverkeri, før de skjønnte at det pågikk skyting. Da brøt det ut panikk både utenfor og inne på utestedene. Blant de som var utendørs var det flere som kastet seg ned bak bordene de hadde sittet ved, noen løp,

noen lå på bakken fordi de var skadet, noen spilte døde. Inne på utestedene forsøkte folk å flykte inn på andre rom. Flere har beskrevet at de bare ventet på at gjerningsmannen skulle komme og finne dem for å skyte dem også. Noen har beskrevet at de trodde det var en «Breivik-situasjon» da politiet kom, altså at gjerningspersonen eller –personene var utkledd som politi og ville drepe dem. Nede i underetasjen på London Pub forsøkte også en stor mengde mennesker å komme ut gjennom dører som viste seg å være låst, og panikken og trengselen var i seg selv åpenbart svært farlig» (Oslo Tingrett, 2024, s. 9).

1.1.1 GROV TERROR

Gjerningsmannen som utførte terrorhandlingene, ble i Oslo tingrett funnet tilregnelig på handlingstidspunktet, og dømt til 30 års forvaring for grov terror den 4. juli 2024. Under rettssaken var det totalt 25 fornærmede som vitnet. Retten la stor vekt på disse vitneforklaringene i sin vurdering av tiltaltes skyld og straffeutmåling.

Etter straffeloven, krever anvendelse av bestemmelsen om grov terror-handling et betydelig voldspotensial, stort skadeomfang og et klart formål om å skape alvorlig frykt i en identifiserbar del av befolkningen, jf. § 132 første ledd bokstav a, jf. § 131 (Oslo Tingrett, 2024, s. 26–29).

1.1.2 RETTET MOT SKEIVE

Dommen fastslår at vilkåret om betydelig voldspotensial er oppfylt: «Retten er ikke i tvil om at det dreide seg om overlagte drap og drapsforsøk, og at inngangsvilkåret i strl. § 131 første ledd jf. § 275 er oppfylt.» Videre understrekes det at gjerningspersonens formål var: «[...] både å drepe så mange skeive som mulig og å skape alvorlig frykt hos skeive for øvrig» (Oslo Tingrett, 2024, s. 27), og viser blant annet til sosiale medier-poster knyttet til antatt hovedmann, der regnbueflagg ble brent og ledsaget av koran-vers. Ifølge sakkyndig Anne Likuskis er slike ytringer brukt av militante islamister for å legitimere drap på homofile og spre budskap om at "Allah vil straffe de homofile" – en type propaganda også kjent fra (terrororganisasjonen) IS (Oslo Tingrett, 2024, s. 27).

Når det gjelder spørsmålet om skeive utgjør «en befolkning» i lovens forstand, viser retten til forarbeidene til § 131. Der fremgår det at både etniske og sosiale minoriteter kan omfattes av begrepet. Retten legger til grunn at: «Et

angrep mot den skeive delen av befolkningen også vil omfattes av bestemmelsen.». Retten konkluderer dermed med at LHBT+-personer – omtalt som «den skeive delen av befolkningen» – er en klart definert minoritet og kan anses som «en befolkning» etter § 131 (Oslo Tingrett, 2024, s. 26.).

Basert på vitneforklaringer fra overlevende og nåværende, og tidligere leder i Oslo Pride, fastslår retten at: «[...] det er åpenbart at handlingene har skapt alvorlig frykt hos svært mange skeive.» Flere vitner fortalte at trygghetsfølelsen forsvant etter angrepet, at færre skeive våger å vise kjærlighet i offentligheten, at flere vegrer seg for å stå frem med sin identitet, samt at deltagelsen på skeive arrangementer har gått ned, fordi mange ikke tør å delta (Oslo Tingrett, 2024, s. 28).

1.1.3 ET ANGREP PÅ SAMFUNNET VÅRT

Samtidig påpeker retten at frykten som angrepet har skapt, ikke er begrenset til skeive som gruppe: «Selv om retten mener at angrepet var rettet mot det skeive miljøet, [...] er det ikke grunnlag for å begrense kretsen av mennesker som handlingen skulle skape alvorlig frykt hos, og faktisk har skapt frykt hos, til kun det skeive miljøet.» (Oslo Tingrett, 2024, s. 28).

1.1.4 PÅGÅENDE RETTSPROSESS

Etter at dommen falt i Oslo tingrett, anket Zaniar Matapour dommen på alle punkter. Anken ble imidlertid trukket 30. januar 2025, fem dager før saken skulle behandles i Borgarting lagmannsrett 4. februar 2025. Dommen om grov terror ble dermed rettskraftig fra januar 2025. Etter domsavsigelsen har ytterligere 81 fornærmede fremmet sivile krav. Etterforskningen pågår fortsatt, ettersom rettsprosessen omfatter flere mistenkte og tiltalte. Rettssak mot Arfan Bhatti, som er tiltalt for medvirkning som hovedmann, er planlagt høsten 2025. Aisha Shezadi Kausar, som er siktet for medvirkning, befinner seg i en interneringsleir i Syria, og det er foreløpig ikke tatt ut tiltale mot henne. Sakene mot to andre menn som var siktet ble henlagt etter bevisets stilling.

1.1.5 KRITIKK AV MYNDIGHETENES HÅNDTERING

Myndighetenes håndtering av terrorangrepet 25. juni, 2022, er omtalt i dommen fra 4. juli 2024, samt i 25. juni-rapporten, og har vært gjenstand for kritikk (25. juni-utvalget, 2023; Oslo Tingrett, 2024). Kritikken har blant annet omhandlet hva slags informasjon PST og politiet hadde før angrepet, og om angrepet kunne ha vært avverget. Videre har det blitt reist spørsmål om Oslo-

politiets beredskap for håndtering av alvorlige kriser og hendelser, samt deres anbefaling om å utsette den planlagte solidaritetsmarkeringen 27. juni, 2022.

Når det gjelder den psykososiale helseoppfølgingen etter angrepet, har det blitt reist spørsmål ved hvorvidt politiets og kommunens beslutning om å ikke etablere et evakuerte- og pårørendesenter (EPS) var tilstrekkelig begrunnet (25. juni-utvalget, 2023). Ifølge utvalget kunne politiet i større grad ha forutsett behovet for koordinert oppfølging, gitt hendelsens alvor og det tydelige målrettede angrepet mot en sårbar gruppe. Utvalget (2023) understreker samtidig at det formelle ansvaret for oppfølging av rammede tilligger den enkelte hjemkommune, i tråd med gjeldende prinsipper for psykososial beredskap (Helsedirektoratet, 2016b).

Det har imidlertid i liten grad vært drøftet hvorvidt det desentraliserte ansvarsprinsippet for psykososial oppfølging er egnet ved terrorangrep rettet mot en stigmatisert minoritet – særlig når mange rammede under angrepet oppholdt seg i en annen kommune enn der de er folkeregistrert. Heller ikke beslutningen om å unnlate å erklære nasjonal krise etter hendelsen, og hvilke konsekvenser dette kan ha hatt for mobilisering av ressurser, koordinering og tilgang til nødvendige tjenester, inkludert helsehjelp, synes å være nærmere vurdert.

1.2 DE DIREKTE RAMMEDE

Etter et terrorangrep, en katastrofe eller stor ulykke, vil de som oppholdt seg nærmest hendelsen, samt etterlatte, være særlig utsatt for langvarige skadevirkninger, inkludert fysiske og psykiske helsekonsekvenser (Lowe & Galea, 2017; Paz García-Vera et al., 2016). Denne gruppen kan kalles de direkte rammede. For å kunne minimere de negative konsekvensene for de direkte rammede, er det avgjørende å identifisere hvem disse menneskene er. Hvordan man velger å avgrense gruppen direkte rammede varierer i feltet (BMJ Best Practice, 2023), så vel som i ulike diagnostiske systemer (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). I praksis er det også ofte en utfordring å identifisere personene som har vært direkte rammet etter større ulykker og katastrofer, slik som for eksempel etter bombingene av Regjeringskvartalet 22. juli 2011. I denne studien har vi valgt å avgrense gruppen til de som selv var til stede på stedet under masseskytingen, samt de etterlatte.

Terrorangrepet i Oslo natt til 25. juni rammet gjester på utestedene London Pub, Per på Hjørnet og Herr Nilsen, samt Hjørnets Grill Kebab og naboliggende utesteder som César, Eilifs Landhandleri, i tillegg til forbipasserende i området under feiringen av Oslo Pride. London Pub er kjent som et skeivt utested, med røtter tilbake til 1970-tallet. Herr Nilsen er primært profilert som en musikk- og jazzklubb, mens Per på Hjørnet har et variert publikum. Samlet sett har området utviklet seg til et naturlig møtested for mange skeive – særlig i helger og under Pride – både på grunn av den fysiske nærheten til London Pub, Elsker og områdets generelle rykte som inkluderende og trygt for alle.

1.2.1 FORNÆRMEDE

I rettsapparatet har fornærmede rett til bistandsadvokat og til å fremme krav om oppreisningserstatning. Etter terrorangrepet i Oslo 25. juni, 2022, har politiet og rettsvesenet, som del av etterforskningen og den pågående rettsprosessen, arbeidet med å identifisere og avgrense hvem som kan anses som fornærmede i saken. Dette arbeidet er avgjørende for å sikre at rettighetene til berørte personer blir ivaretatt i tråd med straffeprosesslovens bestemmelser.

Totalt fremmet 312 fornærmede krav om oppreisningserstatning i straffesaken mot hovedgjerningsmannen, behandlet av Oslo tingrett i juli 2024. Kravene var basert på skadeserstatningsloven § 3–5, som gir adgang til å tilkjenne oppreisning ved forsettlig eller grovt uaktsom personskade, samt til etterlatte ved dødsfall, som kompensasjon for ikke-økonomisk skade. Retten besluttet, i henhold til straffeprosessloven § 428 tredje ledd, å begrense behandlingen til oppreisningskrav (Oslo Tingrett, 2024, s. 93).

For å sikre et håndterbart oppgjør og mest mulig likebehandling, ble fornærmede – i samråd med bistandsadvokatene – delt inn i fire grupper.

Gruppe 1 omfattet personer som ble påført skudd- eller fragmentrelaterte skader, og som ifølge retten «var åpenbart i livsfare» og med rette opplevde å ha blitt forsøkt drept. Gruppe 2 besto av dem som aktivt overmannet gjerningspersonen mens han fortsatt var bevæpnet, og dermed utsatte seg selv for betydelig livsfare. Gruppe 3 inkluderte øvrige personer som befant seg på åstedet under angrepet. Retten konstaterte at graden av eksponering varierte innenfor denne gruppen, men at alle var potensielle mål for

skytingen, og at det i hovedsak var tilfældigheter som gjorde at de ikke ble truffet. Gruppe 4 besto av etterlatte etter de to drepte (Oslo Tingrett, 2024, s. 94–95).

Denne gruppeinndelingen og tilhørende risikovurdering dannet grunnlaget for rettens utmåling av oppreisningserstatning.

1.2.2 POLITIETS LISTE

I forbindelse med pågående rettsprosess hadde politiet per januar 2025 identifisert, registrert og avhørt 588 personer som befant seg i umiddelbar nærhet under angrepet. Denne gruppen omtales som 'politiets liste' fra tingrettens dom (Oslo Tingrett, 2024). I denne undersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i politiets liste for invitasjon til studien, samt kontaktet bistandsadvokatene og tilgjengeliggjort informasjon via Støttegruppa 25.juni og studiens nettside, (<https://www.nkvts.no/25junistudien/>) for å sikre at så mange som mulig av de direkte rammede som ønsker det skal få mulighet til å delta.

1.3 HELSE OG DELTAGELSE

Informasjon fra dommen, basert på vitnemål fra 25 fornærmede som forklarte seg i retten, samt de 312 innvilgede oppreisningskravene, tyder på at terrorangrepet har hatt betydelige negative helsekonsekvenser for de direkte rammede.

1.3.1 FYSISK SKADE

Av dommen kan vi lese at 12 personer ble påført skudd- eller fragmentrelaterte skader som direkte konsekvens av skytingen. To av dem, Kåre Arvid Hesvik og Jon Erik Isachsen, døde på stedet. De øvrige ti ble skadet i varierende grad – fra livstruende skader som krevde avansert kirurgisk behandling og langvarig rehabilitering, til mer overfladiske skader. Retten bemerker videre at «en rekke av de øvrige personene som oppholdt seg på og utenfor Per på Hjørnet og London Pub fikk fysiske skader som kuttskader, forstuelser og lignende i sine forsøk på å redde seg selv og andre» (Oslo Tingrett, 2024, s. 2–4).

1.3.2 PTSD OG ANDRE TRAUMERELATERTE HELSEPLAGER

I tillegg til de fysiske skadene, rapporterte vitnene om flere helsemessige ettervirkninger. Disse omfattet posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon, søvnproblemer, utmattelse og ulike fysiske helseplager. Flere beskrev også redusert sosialt liv og vanskeligheter med å vende tilbake til arbeidslivet (Oslo Tingrett, 2024, s. 95–96).

Det foreligger ingen systematisk kartlegging av de helsemessige konsekvensene, og det er dermed uklart hvor mange som fortsatt er preget tre år etter hendelsen, samt i hvilken grad de rammede har udekkede hjelpebehov. Tidligere forskning belyser hvilke vedvarende psykiske og somatiske plager, samt problematisk rusmiddelbruk, vi kan forvente blant rammede etter et terrorangrep:

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE

De vanligste psykiske helseplagene etter traumatiske hendelser er PTSD, angst og depresjon, hvorav PTSD er den mest studerte (Breslau et al., 1998; Neria et al., 2011; Norris et al., 2002; Pat-Horenczyk et al., 2007; Shalev et al., 2017). I en systematisk gjennomgang av internasjonal litteratur om PTSD blant overlevende etter terrorangrep, fant Paz García-Vera et al. (2016) at 33 % til 39 % av direkte rammede utsatt for livsfare utviklet PTSD i løpet av det første året. Etter 6–7 år hadde 15 % til 26 % fortsatt PTSD.

De som får diagnosen PTSD er ofte plaget av: i) gjenopplevelse av traumet gjennom flashbacks, mareritt eller påtrengende minner, ofte ledsaget av sterke emosjonelle og kroppslige reaksjoner, ii) unngåelse av tanker, følelser, steder eller situasjoner som assosieres med hendelsen, samt iii) vedvarende fysiologisk aktivering, som kan komme til uttrykk gjennom søvnvansker, økt irritabilitet, skvettenhet eller konsentrasjonsproblemer. Kompleks PTSD (K-PTSD) krever i tillegg opplevelse av å være: i) opprørt eller følelsesmessig nummen (affektiv dysregulering), ii) verdiløs eller mislykket (negativ selvoppfattelse), samt iii) fjern eller avskåret fra andre mennesker (relasjonsforstyrrelse). Disse tilleggssymptomene ved K-PTSD kalles ihht. diagnosesystemet ICD-11 samlet sett for forstyrrelser i selvorganisering, forkortet DSO (disturbance of self organization) (World Health Organization, 2019). I diagnosesystemet DSM-5 klassifiseres disse inn under PTSD (American Psychiatric Association, 2013).

PTSD er forbundet med traumatisk sorg etter tap av nære, samt en rekke langvarige psykiske og somatiske helseplager, som depresjon, problematisk sinne, søvnproblemer, smertetilstander og rusproblemer (Ferner et al., 2020; Forbes et al., 2024; Glad et al., 2022; Liedl et al., 2010; Porcheret et al., 2024; Roer et al., 2023; Scott et al., 2013; Spinhoven et al., 2014). En ny meta-analyse viser at slik komorbiditet er forbundet med dårligere respons på konvensjonell traumefokusert behandling (Keyan et al., 2024). Kartlegging av denne typen komorbiditet kan derfor være vesentlig, da det kan gi en pekepinn på behovet for forsterkede eller tilpassede tiltak.

FORLENGET SORGLIDELSE

Tap av nære i forbindelse med et terrorangrep, katastrofer eller andre traumatiske hendelser, kan føre til alvorlige, intense og vedvarende psykologiske reaksjoner som vanskeliggjør og forverrer sorgen. Sorg preget av sterk lengsel og savn etter den døde, i kombinasjon med bitterhet, unngåelse av det som minner om tapet, samt vansker med å akseptere dødsfallet og med å gå videre i livet, er inkludert som en ny diagnose i den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer under betegnelsen *forlenget sorglidelse* (Prigerson et al., 2009). Etter brå død av en nær, rapporterer nærmere 50 % av etterlatte voksne symptomer på forlenget sorglidelse av klinisk betydning (Djelantik et al., 2020). Fra tidligere studier etter terrorangrep er tap av nære forbundet med en økt risiko for PTSD symptomer blant de som overlevde, fra tidlig fase (Dyb et al., 2014), og høyt nivå av PTSD-symptomer synes å øke risiko for utvikling av forlenget sorglidelse (Glad et al., 2022; Kristensen et al., 2020). Basert på kunnskapen som foreligger på feltet, er det sannsynlig at noen av de etterlatte etter terrorangrepet 25. juni opplever symptomer på forlenget sorglidelse.

ANGST, DEPRESJON OG SINNE

Angst og depresjon er også vanlig blant rammede av et terrorangrep. En gjennomgang av internasjonale forskningsstudier på feltet tyder på at om lag 20–30 % av direkte rammede har høye symptomer på depresjon de første månedene etter et terrorangrep (Salguero et al., 2011). Direkte rammede av et terrorangrep, særlig fysisk skadde, rapporterer også høyere nivå av angstlidelser enn den generelle befolkningen (Tucker et al., 2016). En mindre utforsket, men klinisk betydningsfull konsekvens av potensielt traumatiserende hendelser, er problematisk sinne, som er tett forbundet med PTSD, depresjon, aggresjon og relasjonskonflikter (Forbes et al., 2024).

I studier av militært personell, har problematisk sinne vist seg å være en selvstendig risikofaktor for vold, selvskading og redusert livskvalitet – også når det kontrolleres for andre psykiske lidelser (Forbes et al., 2024). Likevel er problematisk sinne ofte underbelyst som konsekvens av traumatiske erfaringer.

SØVNVANSKER, HODEPINE OG MUSKEL- OG LEDDSMERTER

Tidligere forskning viser at mange rammede kan utvikle søvnproblemer, hodepine, muskel- og leddsmarter, utmattelse, eller forverring av somatisk sykdom (Greger et al., 2023; Lieb et al., 2002; North et al., 2004; Slone & Mann, 2016; Zhang et al., 2015). Funn fra en studie med de som overlevde terroren på Utøya viser eksempelvis betydelig økt risiko for hyppig forekommende migræne, tensjonshodepine, samt insomni (Porcheret et al., 2024; Stensland et al., 2018).

MEDIKAMENT- ALKOHOL OG ANDRE RUSPROBLEMER

Bruk av sterke smertestillende, beroligende, eller sovemedisiner, er vanligere blant personer utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, sammenlignet med befolkningen for øvrig (Baumann-Larsen et al., 2024; López-Martínez et al., 2019). Funn fra tidligere forskning indikerer at barndomstraumer øker risikoen for problematisk bruk av eksempelvis alkohol (Stangeland et al., 2023). Mange studier finner at rammede av terrorangrep (DiMaggio et al., 2009; Eliashar et al., 2024), og andre potensielt traumatiserende hendelser (Basedow et al., 2020; Blakey et al., 2021; Carlyle et al., 2021; Leung et al., 2022; Paltell et al., 2020) bruker alkohol og andre rusmidler oftere. Andre studier finner at rammede synes å redusere bruken av rusmidler i tiden etter (Layman et al., 2022). Det er enn så lenge uvisst hvorvidt et terrorangrep medfører økt problematisk bruk av rusmidler (Sanz et al., 2023).

1.3.3 FUNGERING OG DELTAGELSE

Fysiske og psykiske helseplager som kan oppstå i etterkant av et terrorangrep vil for mange få konsekvenser for hvordan de fungerer i hverdagen. Dette kan arte seg som vansker med å mestre daglige aktiviteter, utfordringer i relasjoner med familie og venner, samt nedsatt kapasitet og evne til å delta i utdanning, arbeidsliv og sosiale fellesskap (James et al., 2018; Strøm et al., 2023). På bakgrunn av tilgjengelig kunnskap på feltet, er det sannsynlig at flere av de direkte rammede etter terrorangrepet 25. juni står i fare for betydelig funksjonstap og marginalisering.

1.4 SÅRBARHET OG MOTSTANDSKRAFT

Forskning gjennomført i løpet av de siste 30 årene, har ført til store fremskritt – særlig innen vår forståelse av individuelle faktorer og forhold av betydning for hvorvidt helseplager og funksjonstap debuterer, forverres og vedvarer over tid etter potensielt traumatiserende hendelser (Burbach et al., 2024). Faktorer som bidrar til økt motstandskraft (resiliensfaktorer), eller som tvert imot øker risiko for sykdom og funksjonstap (risikofaktorer), kan kategoriseres basert på hvorvidt de er knyttet til faktorer i) forut for hendelsen (pretraumatiske faktorer); ii) under selve hendelsen (peritraumatiske faktorer), eller iii) tiden etter hendelsen (posttraumatiske faktorer) (for en systematisk gjennomgang, se: Tortella-Feliu et al., 2019).

1.4.1 HVA KAN ØKE SÅRBARHET BLANT RAMMEDE?

Traumehistorikk (særlig barndomstraumer) (Tortella-Feliu et al., 2019), og lavere sosioøkonomisk status (f.eks. dårlig økonomi og lav utdanning) (Brewin et al., 2000; Tortella-Feliu et al., 2019), er forbundet med økt risiko for negative helsekonsekvenser. Direkte rammede som er kvinner (Brewin et al., 2000; Tortella-Feliu et al., 2019), har tilhørighet til en minoritetsgruppe (Brewin et al., 2000; Tortella-Feliu et al., 2019), med kronisk eller alvorlig sykdom i sykehistorien, eller psykiatrisk sykdom i familien, har også økt risiko for negative helseutfall (Tortella-Feliu et al., 2019).

Tidligere studier tyder på at skeive oftere rapporterer om psykiske helseplager og lavere livskvalitet enn befolkningen for øvrig (Anderssen et al., 2020, 2021; Gram, 2021). Basert på dette er det mulig at skeive kan være særlig utsatt for negative konsekvenser etter terrorangrepet 25. juni.

1.4.2 HVA GJØR EN HENDELSE SÆRLIG BELASTENDE?

Tidligere studier tyder på at tap av nære, fysisk skade, direkte eksponering for livstruende hendelser, grufulle vitneopplevelser, samt subjektiv opplevelse av livsfare, hjelpeløshet og intens frykt, er forbundet med økt risiko for psykiske helseplager (Bonanno et al., 2010; Ozer et al., 2003; Tortella-Feliu et al., 2019).

Vi vet imidlertid lite om de psykologiske konsekvensene av å være et uttalt mål for et terrorangrep. Det vil si at man rammes på grunn av sin identitet eller gruppetilhørighet. Å bli målrettet rammet, slik som skeive ble under

angrepet i Oslo 25. juni 2022, kan innebære en særlig sårbarhet for negative psykiske og sosiale konsekvenser.

1.4.3 HVA ER VIKTIG ETTER KATASTROFEN?

Høye nivå av psykiske og somatiske stressreaksjoner i den tidlige fasen etter traumatiske hendelser, er blant de sterkeste prediktorene for utvikling av PTSD (Stensland et al., 2020; Tortella-Feliu et al., 2019). Videre er PTSD i seg selv en betydelig risikofaktor for utvikling av langvarige psykiske og somatiske helseplager (Yehuda et al., 2015).

Tradisjonelt har forskning på PTSD vektlagt betydningen av vedvarende frykt og mangelfull nedregulering av kroppens psykologiske og biologiske stressresponser etter at faren er over (fryktbetingingsmodellen) (Burback et al., 2024). Vedvarende opplevelse av fare og relatert fysiologisk (over)aktivering medfører over tid overbelastning av kroppens nevrobiologiske mekanismer knyttet til frykt og relaterte stressreguleringssystemer (allostatisk load), økt risiko for PTSD og en rekke andre helseproblemer (Burback et al., 2024; Yehuda et al., 2015).

Nyere forskning understreker også betydningen av kognitive og sosiale faktorer i utviklingen av PTSD (Burback et al., 2024). En rådende forståelse innen traumepsykologi legger vekt på hvordan individet fortolker traumat og dets implikasjoner for egen identitet, relasjoner og opplevelse av trygghet (Brewin et al., 1996; Dalgleish, 2004). Ifølge Ehlers og Clark (2000) opprettholdes PTSD blant annet gjennom negative, fastlåste tanker om selvet og verden, som for eksempel: *"Ingen steder er trygge"*, *"Jeg er ødelagt"*, eller *"Folk ville ikke likt meg hvis de visste hva som har skjedd"*. Slike tankemønstre kalles *maladaptive kognisjoner* og er assosiert med økt risiko for langvarige posttraumatiske symptomer (Brown et al., 2019; Gómez de La Cuesta et al., 2019; Keyan et al., 2024). Dette antyder at individets fortolkning av den traumatiske hendelsen og dens betydning ofte er avgjørende for risikoen for utvikling av helseplager.

Samtidig peker dette på at også andre faktorer, særlig sosial kontekst, kan spille en sentral rolle, både i utviklingen av slike *maladaptive kognisjoner*, samt (re)etablering av trygghet og tillit etter traumer. Per i dag er det uklart hvilken rolle sosiale forhold spiller for utvikling av ulike typer PTSD-symptomer og relaterte helseplager. Det er mulig at klassiske PTSD-

symptomer i større grad er direkte knyttet til opplevelsen av livsfare under den traumatiske hendelsen, mens symptomer på kompleks PTSD (DSO) (f.eks. vansker med å regulere egne følelser, opplevelse av å være ødelagt, verdiløs eller mislykket, fjern eller avskåret fra andre mennesker) kanskje i større grad kan forstås som forstyrret tilknytning, ensomhet, eller en sosial smerte (Bryant, 2023; Stensland et al., 2014) – knyttet til negative sosiale erfaringer (før, under eller) etter selve hendelsen.

Det er også uklart hvordan disse ulike symptomprofilene eventuelt relaterer seg til andre helseplager (f.eks. angst og depresjon), opplevelse av tillit, og deltagelse i samfunnsliv, etter terror. En bedre forståelse av sammenhenger mellom opplevelser under terrorangrepet, sosiale forhold og symptomer på PTSD (inkludert tilleggssymptomene ved K-PTSD) vil være viktig for å utvikle målrettede og effektive tiltak.

1.4.4 SOSIALE REAKSJONER

Sosial støtte kan bredt defineres som et individs følelse av å bli tatt vare på, elsket, verdsatt, og tilhøre en gruppe (Cobb, 1976). Ifølge Santini og kolleger (2015) refererer sosial støtte til det *funksjonelle innholdet* i de sosiale relasjonene våre. Sosial støtte kan påvirke den traumeutsattes kognitive prosessering og tolkning av hendelsen og dens etterspill. For eksempel kan støttende andre hjelpe traumeutsatte gjenopprette et positivt selvbilde ved å validere reaksjonene deres (Albrecht & Adelman, 1987). Flere empiriske studier har funnet at sosial støtte beskytter mot negative psykiske helsekonsekvenser etter traumer (Cohen & Wills, 1985; Wang et al., 2021).

Inntil nå har forskning særlig fokusert på, og fremhevet viktigheten av, tilgang til sosial støtte (Bonanno et al., 2010; Ozer et al., 2003; Thoresen et al., 2017). Likemannsstøtte gjennom støttegrupper kan også spille en viktig rolle i tiden etter større ulykker, kriser og katastrofer. Støttegruppa 25. juni ble stiftet 6. mars, 2023, og jobber for å formidle rammedes erfaringer og behov i møte med myndighetene, tjenestetilbydere og andre relevante instanser. Det finnes svært lite evidensbasert kunnskap om støttegrupper for berørte etter større ulykker, kriser og katastrofer, men i litteraturen som foreligger blir slike grupper beskrevet å fylle viktige funksjoner ikke bare på individ- (f.eks., rammede kan gi og få sosial støtte og praktisk hjelp) og gruppenivå (f.eks. initiere samlinger og markeringer), men også på et samfunnsnivå (f.eks., fungere som et bindeledd og en dialogpartner, samt inneha en

pressgruppefunksjon) (Fiskerstrand, 2002; Meyer, 2008). Videre har undersøkelser funnet at en del rammede velger å delta i støttegrupper, ofte i flere år etter hendelsen (Bækkelund et al., 2024; Rew, 2021; Thoresen et al., 2017). Vi har imidlertid begrenset kunnskap om betydningen av støttegrupper for rammede etter katastrofer, inkludert eventuelle negative erfaringer.

Folks reaksjoner på traumeerfaringer varierer i stor grad. Mange studier har funnet en sterk sammenheng mellom negative sosiale reaksjoner og psykiske plager hos traumeutsatte, som PTSD og depresjon. I en systematisk analyse har Dworkin et al. (2019) sett på hvor skadelig det kan være å bli møtt av negative sosiale reaksjoner. Funn fra studien tyder på at det å ikke bli trodd, å bli avvist, stigmatisert, kritisert eller klandret (f.eks., at de selv får skylden for det som skjedde), kan øke risiko for psykisk uhelse hos rammede. Dworkin et al. (2019) fant at visse former for negative sosiale reaksjoner så ut til å være mer skadelige enn andre. Særlig forsøk på å kontrollere eller distrahere den utsatte, eller det å behandle vedkommende annerledes, var assosiert med mer psykiske plager.

De siste årene har vi også fått mer kunnskap om betydningen av negative sosiale responser, formidlet direkte eller indirekte til rammede via (sosiale) medier, inkludert konspirasjonsteorier, trusler og hat (Glad et al., 2023). Etter terroren 25. juni, 2022, ble det rapportert om en økning av slike hatytringer rettet mot skeive (Politidirektoratet & Oslo Politidistrikt, 2023). Internasjonalt har skeive i løpet av de siste årene vært et mål for økende propaganda, diskriminering, samt gjennomførte og avvergede terrorangrep fra ekstreme islamister og høyreekstreme miljøer i Vesten (Politiets sikkerhetstjeneste, 2025). Samlet sett kan dette ha bidratt til økt frykt og forverret situasjonen, kanskje særlig for skeive. Hvordan dette arter seg blant rammede av terroren i Oslo 25. juni, 2022, og i hvilken grad skeiv tilhørighet har påvirket rammedes helse, fungering og tilgang til helsehjelp etter terroren, vet vi lite om.

1.4.5 SAMFUNNSRESPONS

Terrorangrep og andre katastrofer bringer direkte rammede i kontakt med en rekke samfunnsinstitusjoner, inkludert politi, retts- og helsevesen, samt media. Tillit til samfunnsinstitusjoner (institusjonell tillit) utgjør sammen med tillit til andre mennesker (generalisert tillit), viktige faktorer for å sikre et velfungerende samfunn (Fukuyama, 1995). Disse formene for tillit er også forbundet med faktorer på individnivå, som psykisk helse og sosial støtte

(Hudson, 2006; Lindstrom & Mohseni, 2009). Etter katastrofer er samfunnsinstitusjoner avgjørende for å gjenoppbygge tillit og trygghet blant de direkte rammede, men også befolkningen som helhet. Totalberedskapskommisjonen slår fast at nettopp «Tillitssamfunnet og rettsstaten er de viktigste rammene for befolkningens trygghet og sikkerhet» (NOU 2023:17). Eksempelvis ligger tillit til grunn for effektiv krisekommunikasjon og -håndtering, samt befolkningens etterfølgelse av sentrale råd i forbindelse med kriser (Seyd & Bu, 2022). Samtidig vet man at terrorangrep kan bidra til endringer i tillitsnivå (Dinesen & Jæger, 2013; Wollebæk et al., 2012). For direkte berørte kan dette være knyttet til reaksjoner i etterkant av hendelsene, samt erfaringer de har gjort seg med offentlige institusjoner i tilknytning til det som har skjedd (Nilsen et al., 2019; Thoresen et al., 2018). Dersom grupper i befolkningen får manglende tiltro til at storsamfunnet og myndighetene vil bidra med beskyttelse når krisen rammer, kan dette påvirke deres tillitsnivå, noe som også kan true samfunnets sosiale kapital (Rothstein & Stolle, 2008).

Vi har lite kunnskap om hvordan de direkte rammede faktisk opplever møtene med tjenester, og hvilke deler av samfunnsresponsen som oppleves som støttende eller belastende.

HELSEVESEN

Etter et terrorangrep har direkte rammede ofte behov for omfattende hjelp fra både primær – og spesialisthelsetjenesten (Stene et al., 2022; Stuber et al., 2006; Weisaeth, 2001). Forskning fra tidligere terrorhendelser og katastrofer – både nasjonalt og internasjonalt – viser at mange ikke mottar tilstrekkelig hjelp (Bosmans et al., 2022; Pirard et al., 2023; Stene et al., 2016; Van Overmeire et al., 2021). En utfordring er at mange med behov ikke selv oppsøker hjelpeapparatet (Weisaeth, 2001), til tross for at tidlige symptomer er blant de sterkeste prediktorene for langvarige helseplager.

Tidlig innsats antas å kunne forebygge alvorlige og vedvarende belastninger, ved å sikre tilgang til praktisk og psykososial støtte, systematisk oppfølging, og behovsbaserte helsetjenester fra tidlig fase (Call & Pfefferbaum, 1999). Selv om det finnes begrenset dokumentasjon på effekten av psykososiale tiltak etter katastrofer (Bisson et al., 2010), har faglig konsensus dannet grunnlaget for nasjonale og internasjonale retningslinjer (BMJ Best Practice, 2023; Forbes et al., 2020; Helsedirektoratet, 2016b). Disse anbefaler tidlig, proaktiv

oppfølging – der det tas initiativ til å kartlegge behov og tilby individuelt tilpasset støtte (Brewin et al., 2010). Målet er å (re)etablere trygghet og fungering, samt sikre tidlig tilgang til lavterskeltiltak eller behandling ved behov – i tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå).

I Norge har kommunene, i samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenestene, ansvaret for den psykososiale beredskapen etter kriser. De fleste kommuner har i dag psykososiale kriseteam, men det finnes ingen nasjonal standard for hvordan disse tjenestene skal organiseres (Helsedirektoratet, 2016b). Erfaringer fra 22. juli-terroren viste betydelig lokal variasjon i tilbudene, samt utfordringer knyttet til tverrsektorielt samarbeid og koordinering (Helsedirektoratet, 2016a).

På denne bakgrunn er det rimelig å forvente høye nivåer av udekkede hjelpebehov blant rammede etter terrorangrepet 25. juni – særlig blant dem med høyt symptomnivå og økt sårbarhet for langvarige psykiske helseplager.

POLITIET OG RETTSVESENET

I en rettsstat utløser et terrorangrep en omfattende strafferettslig prosess som omfatter etterforskning, tiltale, rettssak og domsavsigelse. Dette ble også tydelig demonstrert i forbindelse med 25. juni-terrorangrepet, der rettsoppgjøret ble gjennomført i tråd med gjeldende rettsprinsipper og prosedyrer, som beskrevet tidligere. Høsten 2025 er det planlagt oppstart av rettssaken mot Arfan Bhatti, som er tiltalt for medvirkning som hovedmann. Det kan også komme flere rettssaker i kjølvannet av denne, blant annet mot Aisha Shezadi Kausar, som er siktet for medvirkning i saken. Vi kan derfor forvente at rettsprosessen, og den endelige avslutningen av saken, ligger flere år frem i tid. For de direkte rammede, kan rettsprosessen innebære politiforklaringer, vitneavhør i retten, og gjentatt eksponering for det de har opplevd. Slike rettsprosesser strekker seg ofte over lang tid, og kan oppleves som en belastende påminnelse om hendelsen. Etter terrorangrep og tilsvarende hendelser der rettssakene ofte får stor offentlig oppmerksomhet og mye fokus på gjerningspersonen, inkludert omfattende mediadekning, kan det da være særlig vanskelig for rammede å beskytte seg fra gjentatte påminnelser om hendelsen.

Rettslige prosesser og mediadekningen kan tenkes å ha både positive og negative konsekvenser for de rammede. På den ene siden kan fokuset på

hendelsen over lang tid oppleves belastende, på den andre siden kan det fungere som en viktig bekreftelse på at samfunnet tar hendelsen på alvor. Professor og psykiater Judith Herman har i sitt grunnleggende arbeid innenfor psykotraumatologi – *Trauma and Recovery* (1992) – og senere *Truth and Repair* (2023) – understreket at rettsstaten kan ha et stort potensial i helingsprosessen etter traumer både for individ og samfunn.

1.5 TEORETISK RAMMEVERK

Til tross for økende oppmerksomhet på konsekvensene av terror, vet vi fortsatt lite om sammenhengen mellom rammedes erfaringer under og etter slike hendelser og deres helse, tillit, trygghet og deltagelse. Det er også begrenset kunnskap om hvordan slike individuelle erfaringer og reaksjoner henger sammen med sentrale elementer i vår felles samfunnssikkerhet, forstått som «samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og setter liv og helse i fare» (NOU 2023:17, s. 17).

Dette utgjør et viktig kunnskapshull. Økt innsikt i hvordan sosiale og strukturelle forhold – som støtte, anerkjennelse og rettferdighet – virker inn på både individuell tilheling og tillit til samfunnet, kan gi verdifull kunnskap om hvilke faktorer som fremmer motstandskraft (resiliens), både på individ- og systemnivå. Slik kunnskap er avgjørende for å styrke beredskapen og målrette tiltak etter fremtidige kriser og angrep.

I 25. juni-studien benyttes derfor et sosial-psykotraumatologisk perspektiv, slik det er etablert og videreutviklet av professor Judith Herman i verkene *Trauma and Recovery* (1992) og *Truth and Repair* (2023), og med støtte i nyere forskning (Bryant, 2023; Burbach et al., 2024). Herman fremhever at traumer er både psykologiske og sosiale hendelser, og at tilheling forutsetter både individuell bearbeiding og sosial anerkjennelse. Hun beskriver tre faser i helingsprosessen: (i) etablering av trygghet, (ii) bearbeiding av minner, og (iii) gjenoppbygging av relasjoner og tillit. Sosiale responser – som anerkjennelse, rettferdighet, inkludering og medvirkning – er ifølge Herman avgjørende for å gjenopprette tillit og tilhørighet.

Dette perspektivet støttes av samfunnsvitenskapelige teorier som belyser hvordan sosiale relasjoner, ressurser og maktforhold påvirker individets tillit,

tilknytning og deltagelse. Sosial kapital-teori vektlegger betydningen av både *bonding*-relasjoner (nære, støttende nettverk) og *bridging*-relasjoner (nettverk som gir tilgang til nye ressurser og muligheter, som tilgang til ulike sentrale samfunnsarenaer inkludert deltagelse i arbeidsliv) for sosial integrasjon (Coleman, 1988; Putnam, 2000). Redusert tilgang til slik kapital – slik mange minoritetsgrupper kan erfare – kan føre til økt sårbarhet i møte med kriser.

Social Defeat-modellen utdyper dette ved å vise hvordan gjentatt eksponering for sosial avvisning, diskriminering og strukturell vold kan bidra til makteløshet, utrygghet og psykiske helseplager – særlig når sosial støtte og anerkjennelse uteblir (Farmer, 2003; Selten & Cantor-Graae, 2005). Selv om disse teoriene i liten grad er utviklet med tanke på terrorangrep, kan de gi verdifull innsikt i hvordan slike hendelser rammer ulikt – og hvorfor enkelte grupper, som skeive, kan være særlig utsatt.

I studien ønsker vi derfor å undersøke hvordan opplevelsen av angrepet – og de sosiale reaksjonene i etterkant, inkludert hat, vold, overgrep og støtte – har betydning for deltagerens helse, generalisert tillit og opplevelse av trygghet og fellesskap i samfunnet (Figur 1, modell 1).

På samfunnsnivå gir sosial kontrakt-teori et rammeverk for å forstå forholdet mellom stat og borger som gjensidig forpliktende (Rawls, 1999). Staten forplikter seg til å beskytte og ivareta sine innbyggere, mens borgerne svarer med tillit, deltagelse og lojalitet. Etter et terrorangrep kan myndighetenes respons – gjennom politi, rettsvesen og helsetjenester – være avgjørende for å gjenopprette denne tilliten.

Dersom rammede erfarer å ikke få hjelp for posttraumatiske helseplager, opplever redusert tillit til andre mennesker, vedvarende frykt og utrygghet, eller økt polarisering og utenforskap i samfunnet, kan dette tolkes som et mulig brudd på den sosiale kontrakten – en svikt i myndighetenes evne til å gjenopprette helse, trygghet og et inkluderende fellesskap for alle. Motsatt kan en god respons bidra til økt tillit, tilhørighet og motstandskraft.

I forlengelsen av dette, utforsker studien hvorvidt manglende ivaretagelse – målt gjennom udekkede hjelpebehov, redusert institusjonell tillit, og lav samfunnsdeltagelse – kan indikere en slik svekkelse (Figur 1, modell 2). Disse

tre utfallsvariablene er valgt fordi de kan fungere som mål på samfunnssikkerhet (NOU 2023:17, s. 17).

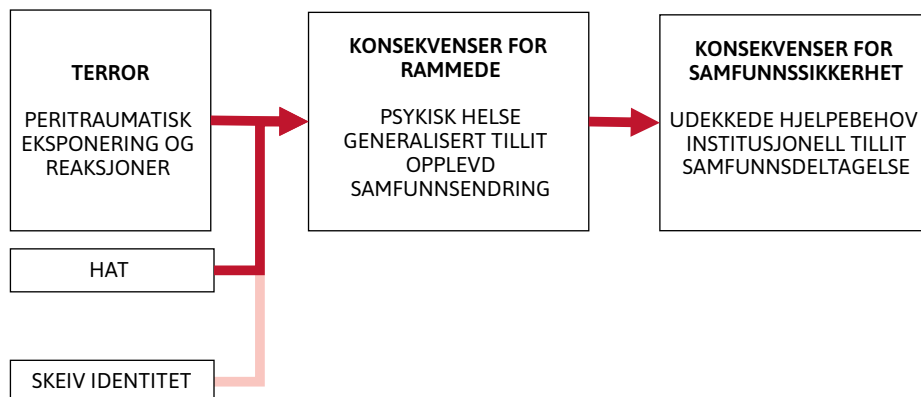
Avslutningsvis undersøker vi i hvilken grad det å være skeiv i seg selv har betydning for rammedes psykiske helse, tillit, trygghet og deltagelse etter terrorangrepet – også når det tas høyde for sentrale bakgrunnsvariabler som kjønn, alder og utdanning, sosial støtte, eksponering for interpersonlig vold, peritraumatiske forhold og hat.

1.6 STUDIENS OVERORDNEDE MÅLSETTING

Studien har som mål å belyse hvilke konsekvenser terrorangrepet 25. juni har hatt for både individ og samfunnssikkerhet, nær tre år etter hendelsen. Med utgangspunkt i erfaringene til både skeive og ikke-skeive rammede, undersøkes sammenhenger mellom opplevelser under angrepet og eksponering for hat, og utfallene psykisk helse, opplevd samfunnsendring, tillit, samfunnsdeltagelse, og udekkede hjelpebehov. Erfaringen med samfunnsresponsen belyses særlig gjennom presentasjon av rammedes beskrivelser av møte med helsevesenet, politi, og rettsvesen. I tråd med studiens teoretiske rammeverk, er samfunnssikkerhet operasjonalisert gjennom tre sentrale indikatorer: tjenestenes evne til å møte rammedes behov over tid (udekkede hjelpebehov), institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse (Figur 1).

1.6.1 FORVENTNING OG HYPOTESER

Vi forventer at høyere grad av peritraumatisk eksponering og peritraumatiske reaksjoner, samt eksponering for hat, er assosiert med negative konsekvenser for rammede, inkludert høyere nivå av helseplager, lavere grad av generalisert tillit, og en opplevelse av mer negative samfunnsendringer, nesten tre år etter terrorangrepet (Figur 1). PTSD er forventet assosiert med øvrige studerte helseplager, inkludert angst og depresjon, sinne, søvnvansker, hodepine, muskel- og leddsmerter, samt problematisk bruk av rusmidler. Videre forventer vi at helseplager, lavere grad av generalisert tillit, og opplevelse av mer negative samfunnsendringer, er assosiert med udekkede hjelpebehov, lav institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse, som indikatorer på svekket samfunnssikkerhet, nesten tre år etter terrorangrepet. Avslutningsvis utforsket vi betydningen av skeiv identitet for utfallsmål.



Figur 1. Terror, hat, konsekvenser for rammede og samfunnssikkerhet – mulige sammenhenger

1.6.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG TEMAOMRÅDER

For å oppfylle studiens mandat og nå den overordnede målsettingen, vil følgende forskningsspørsmål og temaområder bli undersøkt:

DELTAGERNES OPPLEVELSER UNDER OG ETTER ANGREPET

- **Opplevelser under angrepet:** Hva kjennetegner de direkte rammedes erfaringer under selve angrepet?
- **Erfaringer med hat og vold:** Hvilke erfaringer har de direkte rammede hatt med eksponering for hat, vold og overgrep før og etter angrepet?

OPPLEVELSE AV TRYGGHET ETTER TERRORANGREPET

- I hvilken grad opplever de direkte rammede at det har vært endringer i samfunnet etter angrepet (f.eks., mer eller mindre motsetninger, samhold, frykt, ytringsfrihet, trygghet eller hat)?

HELSE OG FUNGERING ETTER TERRORANGREPET

- I hvilken grad rapporterer de direkte rammede om symptomer på PTSD og relaterte helseplager, samt funksjonstap, og hjelpebehov, nær tre år etter angrepet?

ERFARINGER MED SAMFUNNETS RESPONS

- Hvilke erfaringer har de direkte rammede hatt i møte med sentrale samfunnsinstitusjoner – inkludert helsevesenet, politiet, rettsvesenet, i tiden etter angrepet?

ERFARINGER MED SOSIAL STØTTE OG LIKEMANNSSTØTTE

- Hvilke erfaringer har de direkte rammede hatt i kontakt med sine nærmeste og Støttegruppa 25. juni (likemannsstøtte) i tiden etter angrepet?

TILLIT ETTER TERRORANGREPET

- I hvilken grad har de direkte rammede tillit til andre mennesker (generalisert tillit) og til sentrale institusjoner, som politi, helsevesen og rettsapparat (institusjonell tillit)?

KONSEKVENSER FOR INDIVID OG SAMFUNN

- Hvordan henger rammedes opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet, samt eksponering for hat, sammen med psykisk helse, generaliserte tillit, og opplevelse av samfunnsendringer, nær tre år etter terrorangrepet? I forlengelsen av dette, utforsket vi også sammenhengene mellom opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet, eksponering for hat, og symptomer på PTSD og K-PTSD, med andre helseplager og problematisk bruk av rusmidler.
- Hvordan henger psykisk helse, generalisert tillit, og opplevelse av samfunnsendringer, sammen med sentrale indikatorer for samfunnssikkerhet (f.eks., rammedes udekkede hjelpebehov, institusjonell tillit, og samfunnsdeltagelse) nær tre år etter terrorangrepet?
- Utgjør skeiv identitet en selvstendig prediktor for psykisk helse, tillit, opplevd samfunnsendring, samt samfunnsdeltagelse, blant de direkte rammede?

2 METODE



2.1 FREMGANGSMÅTE OG DELTAGERE

25. juni-studien er en tverrsnittstudie, gjennomført nesten tre år etter terrorangrepet i 2022. Datainnsamlingen ble gjennomført fra februar–juni 2025, og deltagerne kunne selv velge om de ville delta ved intervju, eller fylle ut et elektronisk spørreskjema på nett. For denne rapporten, avsluttet vi inklusjon av deltagere den 16. mai 2025, for å muliggjøre analyser, fortolkning og presentasjon av foreløpige resultater innen rapporteringsfristen 10.6.2025.

2.1.1 UTVALGET

Terrorangrepet i Oslo sentrum natt til 25. juni, 2022, rammet et stort antall mennesker. Med utgangspunkt i vårt mandat fra Justis- og beredskapsdepartementet, avgrenset vi utvalget til overlevende og etterlatte med norsk personnummer, samt tilgjengelig kontaktinformasjon (folkeregistrert adresse), på politiets liste.

Politiets liste er unntatt offentlighet, og utgjør ingen liste i tradisjonell forstand. Kontaktinformasjonen – inkludert navn og personnummer – er lagret individuelt i politiets datasystemer, tilknyttet hver enkelt sak. For å

sammenstille en liste for rekruttering til studien kreves det særskilte tillatelser. I 25. juni-studien, startet arbeidet med prosjektutvikling og tilgang til kontaktinformasjon ved oppstart 24. juni 2024. Den 21. januar 2025, var nødvendige godkjenninger på plass for at politiet i samarbeid med NKVTS kunne sammenstille listen og overføre denne til NKVTS til bruk i forskningsøyemed. I dialog med Politidirektoratet og Oslo politidistrikt, representert ved politiadvokat Ingvild Myrold (Påtaleavsnitt for drap og seksuallovbrudd), mottok NKVTS en oversikt over 591 personer (navn) identifisert og registrert av politiet som fornærmede eller vitner, hvorav 588 hadde norsk personnummer. Basert på disse personnumrene, ble kontaktopplysninger – inkludert adresse, telefonnummer og e-postadresse – hentet fra Folkeregisteret, under strenge forutsetninger knyttet til forskningsetikk, personvern og datasikkerhet. Antall vitner og fornærmede registrert av politiet per januar 2025 var nær det dobbelte av antallet fornærmet registrert i dommen per juli 2024 (Ref. 24/3723 – MAB). Dette nødvendiggjorde nye avklaringer med oppdragsgiver, Justis- og beredskapsdepartementet, for å tydeliggjøre prosjektets mandat og videre rammer. I den forbindelse ble også Kultur- og likestillingsdepartementet innlemmet som oppdragsgiver. Den 21. februar 2025 (Ref. 24/3723 – MAB), ble det besluttet at studien skulle gjennomføres i tråd med sitt opprinnelige formål: å undersøke oppfølgingen av samtlige direkte rammede etter terroren 25. juni, 2022, hvilket nå inkluderte nær 600 personer.

Direkte rammede som av ulike grunner ikke var på politiets liste fikk mulighet til å bli med via selvrekruttering.

2.1.2 PROSEDYRE: REKRUTTERING OG DATAINNSAMLING

For å muliggjøre deltagelse for så mange direkte rammede som mulig, la vi opp til en proaktiv rekrutteringsstrategi. Direkte rammede vi hadde kontaktinformasjon til, fra *politiets liste*, ble invitert personlig via brev pr post (invitasjonsbrev). I tillegg tilgjengeliggjorde prosjektet informasjon om studien og mulighet for deltagelse via selvrekruttering til direkte rammede – formidlet gjennom bistandsadvokatene, Støttegruppa 25.juni, samt studiens nettside, (<https://www.nkvts.no/25junistudien/>). Gjennom hele data-innsamlingsperioden har det vært mulig for direkte rammede å selv ta direkte kontakt med prosjektledelsen ved NKVTS for å motta invitasjon via brev, e-post eller SMS, og dermed samtykke til deltagelse i studien.

Videre fikk alle på politiets liste, samt selvrekrutterte, tilsendt invitasjon til deltagelse i studien pr SMS. Invitasjonsbrev og SMS inneholdt lenke til 25. juni-studiens landingsside, med utfyllende informasjon om studien, hvor de kunne henvende seg for å få hjelp ved behov, samt hvordan de kunne delta. De som samtykket til deltagelse, kunne velge mellom selvutfylling av spørreskjema på nett eller intervju.

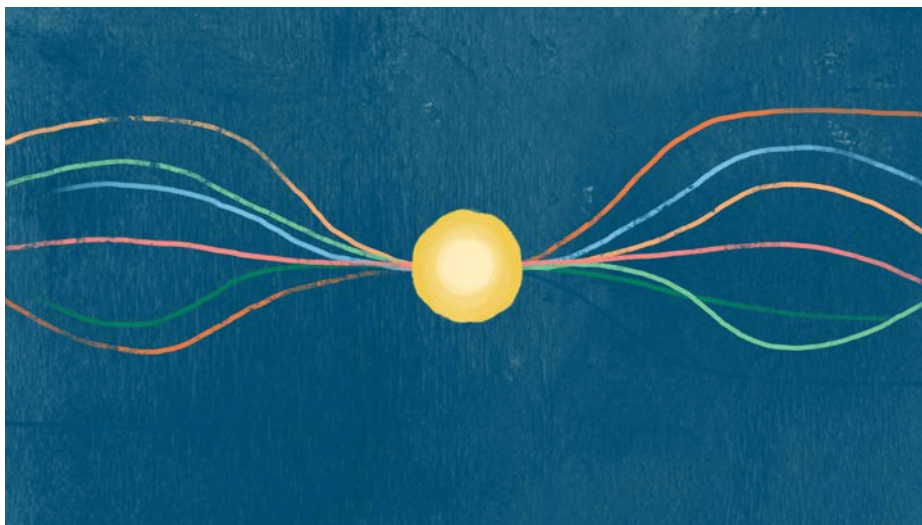
INTERVJUERE OG GJENNOMFØRING

I 25. juni-studien, ble det rekruttert et kompetent team på 41 intervjuere, hovedsakelig med helsefaglig bakgrunn, som psykologer, leger og sykepleiere. Intervjuerne ble rekruttert fra de fem Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene), fra prosjektgruppen, samt blant fagpersoner med tidligere erfaring fra lignende studier ved NKVTS, som Utøya-studien og Scandinavian Star.

Samtlige intervjuere deltok på et heldags opplæringsseminar i forkant av datainnsamlingen. I tillegg var det ukentlige oppfølgingsmøter og personlig konsultasjon med prosjektgruppen ved behov, gjennom hele datainnsamlingen. Opplæringsseminaret dekket sentrale temaer, inkludert informasjon om terrorangrepet, PTSD-symptomer, samt relaterte psykiske og fysiske helseplager etter traumer, studieprosedyrer og beredskapsplan, forsknings-etisk tilnærming, taushetsplikten, og opplæring i bruk av kartleggings-instrumenter. Det ble også gitt teknisk opplæring i bruk av Nettskjema via PC og mobilapplikasjon for lydopptak, samt den digitale intervjuløsningen via Norsk helsenett (nhn.no) sin sikre videotjeneste, som også benyttes i spesialisthelsetjenesten. Løsningen ble valgt fordi den muliggjør et trygt digitalt møte mellom deltager og intervjuer, og gir bedre forutsetninger for ivaretagelse enn telefonintervju. Videoløsningen åpner for skjermdeling, slik at deltagerne kunne se spørsmål og svaralternativer underveis, for å bidra til økt forståelse, samt oversikt, opplevd kontroll og aktiv deltagelse i intervjusituasjonen.

Hver intervjuer fikk ansvar for å følge opp en liste på 7–15 deltagere. De som samtykket til intervju, ble kontaktet via telefon eller SMS for å avtale tidspunkt. De aller fleste intervjuene ble gjennomført digitalt. Ved noen få anledninger ble intervjuene gjennomført via telefon grunnet tekniske problemer. Et begrenset antall deltagere foretrakk fysisk oppmøte og ble intervjuet i NKVTS' lokaler i Nydalen, Oslo.

2.2 FORSKNINGSETIKK, DATASIKKERHET OG PERSONVERN



2.2.1 RETTSLIG FORANKRING

Opplevelser og reaksjoner hos direkte rammede etter terroren i Oslo 25. juni – er et forskningsprosjekt som omfattes av helseforskningsloven. Studien behandler helse- og personopplysninger, og all databehandling skjer i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen (GDPR).

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), jf. helseforskningsloven (REK ref: 807887). Det er også gjennomført en vurdering av personvernkonsekvenser (Data Protection Impact Assessment, DPIA), godkjent av NKVTS' personvernombud i samarbeid med Sikt (DPIA-ref: 606224). Personvernombud Markus Celiussen vurderte at personopplysningene som behandles i studien er adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for å oppnå formålet med forskningen.

For å sikre at samtlige direkte rammede fikk mulighet til å delta i studien, ble det søkt om dispensasjon fra taushetsplikt for tilgang til kontaktinformasjon. NKVTS kontaktet Politidirektoratet (POD), som videresendte forespørselen til Riksadvokaten, ettersom opplysningene er del av en straffesak og kun kan gis ut etter samtykke fra Riksadvokaten, jf. politiregisterloven § 33 annet ledd.

Riksadvokaten innvilget begjæring om fritak fra taushetsplikt for tilgang til kontaktinformasjon til de direkte rammede etter terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022 (ref: 24/2770–2 / PEO009). I sin begrunnelse ble det særlig lagt vekt på at prosjektet er forankret i et oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, at tilgang til kontaktinformasjon er nødvendig for gjennomføring av studien, samt at NKVTS har forskningsfaglig kompetanse på høyt nivå. Riksadvokaten stilte som vilkår at:

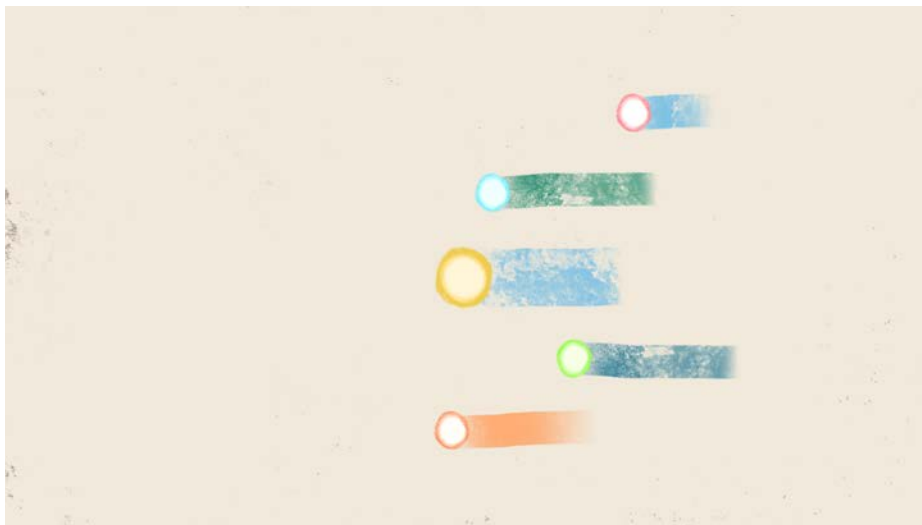
- Opplysningene skal oppbevares på en sikker måte og slettes ved prosjektets slutt.
- Personidentifiserbare opplysninger skal ikke fremgå ved publisering eller annen offentliggjøring.
- Samtlige deltagere i prosjektgruppen skal underskrive taushetserklæring.

Ettersom informantene skulle kontaktes direkte, ble saken også forelagt Rådet for taushetsplikt og forskning, jf. forvaltningslovforskriften § 9 tredje ledd. Rådet godkjente begjæringen (sak 2024/4, ref: 24/2770–2 / PEO009). Tilgang til kontaktinformasjon ble derfor gitt etter godkjenning fra Riksadvokaten, Rådet for taushetsplikt og forskning, og REK.

I tillegg har studien fått godkjenning fra Skatteetaten (ref: 2024/5453558) for utlevering av folkeregisteropplysninger til forskningsformål til NKVTS (org.nr. 986304096), med bruk av data fra Kontakt- og reservasjonsregisteret (sak: 2503 0399, CRM:0154754).

I tråd med Riksadvokatens vilkår, har alle involverte i prosjektet – herunder forskningsgruppen, intervjuere, statistiker og konsulenter ved TSD (Tjenester for Sensitive Data) – signert individuell taushetserklæring. Dette er gjort for å sikre ivaretagelse av konfidensialitet, datasikkerhet og faglig kvalitet gjennom hele studiens livsløp.

2.2.2 DATASIKKERHET



Studien benytter Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data (TSD), Universitetet i Oslo (UiO), som sikrer optimale teknologiske løsninger for datainnsamling, datalagring, og datasikkerhet, knyttet til håndtering av sensitive personopplysninger. Under intervjuene bisto intervjuer med å føre deltagernes svar på lukkede spørsmål inn i et nettskjema (UiO nettskjema-løsning) på pc, og samtidig ta opp intervjuet på nettskjema-diktafon mobilapp på telefon/nettbrett (Universitet i Oslo, 2024a). Alle data, innhentet via både nettbasert spørreundersøkelse og intervju (spørreskjema og lydfil), ble overført direkte inn på 25. juni-studiens prosjekttrom på TSD (Universitet i Oslo, 2024b), der all transkripsjon og analyser er utført.

I TSD ble lydopptak fra intervjuene transkribert fortløpende. For å sikre høyeste kvalitet og validitet av transkripsjonene, utviklet studien en tottrinnsmodell for transkripsjon. I første omgang ble samtlige intervju transkribert via Open AI-tjenesten Whisper Large – v3 – Turbo, som er integrert i TSD, og godkjent for håndtering av svært sensitive data (sorte data) (Universitet i Oslo, 2024b). Deretter ble samtlige transkriberte intervju kvalitetssjekket av en kvalitativ forsker, som lyttet gjennom intervjuene og rettet opp eventuelle feil i KI-genererte transkripsjoner.

Ihht REK-godkjent forskningsprotokoll vil data, samt kontaktinformasjon, oppbevares inntil 2034, i tråd med formålet, for å muliggjøre samtykke-basert kobling til helseregistre, samt invitasjon til eventuell senere datainnsamling. Kontaktinformasjon slettes for personer som henvender seg til prosjekt-gruppen og ber om dette. Forskningsdata, inkludert kontaktopplysninger, destrueres på en sikker måte ved avslutning av forskningsprosjektet.

2.2.3 SAMTYKKE

Deltagelse i studien er basert på signert, frivillig, spesifikt, informert og utvetydig bekreftet samtykke, som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Skriftlig samtykke ble innhentet via Nettskjema og TSDs løsning for digitalt samtykke ved bruk av sikker innlogging med BankID. Etter signering fikk deltager kopi av samtykket sendt til egen digitale postkasse. Samtykket inneholdt separate forespørsler om samtykke til deltagelse i 25. juni-studien og samtykke til kobling av egne data til individuelle data i nasjonale registre.

De som trengte hjelp med utfylling av samtykke, fikk avhengig av eget ønske tilsendt skriftlig samtykkeskriv med frankert returkonvolutt eller teknisk hjelp til utfylling av digitalt samtykke. Samtykkene lagres i TSD, adskilt fra dataene, og kan kun kobles til sistnevnte via en koblingsnøkkel.

MULIGHET FOR Å RESERVERE SEG ELLER TREKKE SAMTYKKET

Samtlige inviterte hadde mulighet til å reservere seg fra å bli kontaktet – ved å aktivt kontakte prosjektledelsen eller passivt – ved å la være å svare på invitasjon til deltagelse. Ved ønske om å reservere seg nå eller i fremtiden, kan deltager benytte lenke oppgitt i deltagers kopi av samtykket sendt til egen digitale postkasse.

SAMTYKKE TIL REGISTERKOBLING

Samtlige deltagere i studien ble spurt om de ønsket å tillate kobling av egne data fra studien til nasjonale registerdata. Aktuelle registre omfatter Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk pasientregister (NPR), Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Kommunalt pasient og brukerregister (KPR), Legemiddelregisteret (NorPD), Utdanningsregisteret og FD-trygd. Samtykket i studien dekker kobling til «informasjon fra offentlige registre, for eksempel sykdomsregistre basert på opplysninger fra sykehus og primærhelsetjeneste».

Videre nevnes det kobling til «registre som gjelder inntekt, utdanning og yrke». Dette anses som dekkende for kobling til de nevnte registerdataene.

2.2.4 FORSKNINGSETISKE HENSYN

Forskningsetiske hensyn har stått sentralt i både utformingen og gjennomføringen av 25. juni-studien. Studien er forankret i et oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, og utviklet i tett samarbeid med oppdragsgiver, Riksadvokaten, Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Rådet for taushetsplikt og forskning, samt personvernombudet ved NKVTS tilknyttet SIKT. Denne dialogen har vært avgjørende for å sikre forsvarlige og godt gjennomtenkte løsninger, med særlig vekt på personvern, frivillighet og retten til å ytre seg på en trygg måte. Samarbeid med Støttegruppa 25. juni – som også er representert i prosjektgruppen – samt dialog med relevante forskningsmiljøer, samfunnsinstitusjoner og hjelpetjenester, har også vært avgjørende for å sikre et forskningsetisk forsvarlig design.

Målet har vært å legge til rette for at alle inviterte deltagere skal ivaretas på en trygg og respektfull måte, og at de som ønsker det får en reell mulighet til å bidra med egne erfaringer. Relevans og nytteverdi har vært styrende: Forskningen skal gi noe tilbake – til de berørte, til andre utsatte grupper, og til samfunnet som helhet. Det etiske ansvaret knyttet til å be direkte rammede om å delta forutsetter at kunnskapen som samles inn faktisk kommer til anvendelse. Deltagernes tillit forplikter. Studien er derfor utformet for å løfte frem deltagernes stemmer som grunnlag for forbedret forståelse, beredskap og praksis.

BRUKERNETTVERK: DIALOG OG SAMARBEID

Støttegruppa 25. junis deltagelse i utforming og gjennomføring av prosjektet har vært sentral for å sikre et meningsfullt fokus for studien, et inkluderende design med lik mulighet for deltagelse, og tydelig og god informasjon til både inviterte og deltagere. Støttegruppa har kommet med innspill til studiedesign, intervjuguide, rekrutteringsstrategi, informasjonsfilm, og beredskapsplan, med mål om å sikre validitet, etisk forankring og nytteverdi. Anette Romdahl har vært ansatt 30 % i prosjektet for å sikre brukermedvirkning gjennom hele forløpet, og kommunikasjonsrådgiver Tori Aarseth har også vært aktivt involvert.

Samarbeid med de regionale ressursssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har sikret høy faglig kvalitet i intervjueteamene og styrket den psykososiale beredskapen i studien. I tillegg har prosjektgruppen mottatt verdifulle innspill fra blant annet en av bistandsadvokatene i rettssaken, Rosa kompetanse og FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold.

Prosjektledelsen har hatt dialog med Oslo politidistrikt, som har gitt verdifull innsikt i saken og vært til uvurderlig hjelp for å forstå utvalget, samt sikre tilgang til politiets liste. Vi har også hatt samarbeid med Oslo kommunes kriseteam (Sosial og Ambulant Akuttjeneste, SAA), som har bidratt med innsikt i den psykososiale oppfølgingen etter terroren, og gitt innspill til tematiske prioriteringer og utvalg. Videre har vi hatt arbeidsmøter med fagmiljøer, som Senter for ekstremismeforskning (C-REX) og Institutt for samfunnsforskning, med særlig vekt på temaer som hatkriminalitet, minoritetsstress og samfunnsrespons, for å sikre at prosjektet utfyller og ikke dupliserer pågående forskning. Kollegaer ved Nevroklippen, FoU, Oslo universitetssykehus (OUS) har bidratt med innspill til utvikling av nye mål på hodepine og smerter.

Datasikkerheten er ivaretatt i samarbeid med Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. TSD har bistått i utviklingen av sikre tekniske og organisatoriske løsninger for håndtering av forskningsdata, og har også vært sentral i utformingen av løsninger for praktisk forskning i sanntid. Dette har gjort det mulig å gi individuelle tilbakemeldinger til deltagere med udekkede hjelpebehov underveis i datainnsamlingen, slik at de kunne benytte denne informasjonen i møte med aktuelle hjelpetjenester.



BELASTNING OG IVARETAGELSE AV DELTAGERNE

Det er kjent at deltagelse i traumerelaterte forskningsstudier kan innebære en viss psykologisk belastning. Samtidig viser forskning at mange opplever deltagelse som meningsfullt, og angrer ikke – uavhengig av traumehistorie eller PTSD-nivå (Griffin et al., 2003; Jaffe et al., 2015).

Den potensielle risikoen i denne studien ble vurdert som lav, men det ble likevel lagt stor vekt på å forebygge belastning og ivareta deltagerne. Intervjuene ble gjennomført av helsepersonell med erfaring, på tidspunkt deltagerne selv valgte, og med mulighet for pauser underveis. Deltagerne fikk god forhåndsinformasjon, og all deltagelse var basert på frivillighet og informert samtykke, med rett til å trekke seg når som helst. Det var også rutiner for å fange opp alvorlige reaksjoner og sikre eventuell videre oppfølging, som ledd i studiens beredskap.

2.3 BEREDSKAP I STUDIEN**2.3.1 OPPFØLGING AV DELTAGERE MED UDEKKEDE HJELPEBEHOV**

Etter hvert intervju, foretok intervjuer og deltager sammen en helhetlig vurdering av deltagers aktuelle situasjon, inkludert symptomtrykk, funksjon og eventuelle udekkede hjelpebehov. Beredskapen i studien bygget på det

eksisterende tjenesteapparat og ble tidligere utprøvd i forskningsprosjektet med overlevende og pårørende etter terroren på Utøya 22. juli 2011. Den bygger på prinsippene i en «stepped care»-modell, hvor tiltak tilpasses individuelt og gis på laveste effektive omsorgsnivå.

Etter avsluttet intervju, foretok intervjuer og deltager i fellesskap en helhetlig vurdering av hvorvidt han eller hun hadde eventuelle udekkede hjelpebehov på intervjudispunktet. Beslutning var knyttet til samlet vurdering av deltagers behov for (ytterligere) hjelp til å håndtere psykiske vansker (f.eks., PTSD, depresjon, angst, rus og selvsikring/selvmoordsrisiko), somatiske helseplager (f.eks., hodepine, smerter og søvnvansker), og ledsagende funksjonstap (f.eks., frafall fra utdanning/arbeidsliv og/eller sosial isolasjon), fremkommet under intervjuet eller i samtalen etterpå. Ved selvutfylling gjorde deltager denne vurderingen alene.

I intervjudelen ble spørsmål om udekkede hjelpebehov introdusert med: «Selv flere år etter et terrorangrep kan man ha behov for hjelp fra venner, familie, tjenestene (f.eks. fastlege, psykiatrisk sykepleier, psykolog, NAV) eller andre for å håndtere fysiske, psykiske eller sosiale vansker. Basert på det du har fortalt under intervjuet og eventuelle andre ting du ønsker å dele med meg skal vi sammen vurdere om du har den hjelpen du trenger nå. Om du har udekkede hjelpebehov må vi diskutere hva som kan være nyttig for deg. Det kan for eksempel dreie seg om behov for å komme i kontakt med relevante tjenester for vurdering, oppstart eller opptrapping av hjelpe- og støttetiltak innenfor offentlige tjenester. Har du behov for hjelp/støtte nå?» Svaralternativene var «Nei, jeg har ikke behov for hjelpetiltak nå» (0), «Ja, men jeg har den hjelpen jeg trenger nå» (1), eller «Ja, jeg har behov for (ytterligere) hjelpetiltak nå» (2).

I intervjudelen, ble deltagere med udekkede hjelpebehov spurt om selvmordstanker/plager. Deltagere som svarte «ja» på dette, fikk tilleggsspørsmål basert på nye retningslinjer (Helsedirektoratet, 2024), for å hjelpe intervjuer i fellesskap med deltager med å vurdere selvmordsrisiko. Videre fikk deltager anledning til å legge til tilleggsmomenter av betydning for vurdering og tiltak «Er det noe annet du tenker vi må ta med i vurderingen for å finne ut av hva som kan hjelpe deg best mulig nå?». I intervjudelen gjorde deltager og intervjuer, i fellesskap en vurdering av hastegrad; «Vi må også ta stilling til

hvor raskt du trenger hjelp», svaralternativ «Behov for ytterligere hjelpetiltak, men ikke akutt» (0), «Akutt behov for hjelpetiltak» (1).

For å sikre strukturert oppfølging benyttet vi et fargekodesystem kjent fra helsetjenesten, basert på alvorlighets- og hastegrad:

- **Grønn** – Hjelpebehov dekket: Ingen individuell oppfølging, utover at deltager får informasjon om tilgjengelige hjelpetjenester via SMS etter intervjuet.
- **Gul** – Behov for tiltak, men ikke akutt: Intervjuer og deltager legger sammen en plan for å (gjen)opprette kontakt med relevante offentlige tjenester.
- **Rød** – Akutt behov: Intervjuer kontakter umiddelbart aktuelle instanser (f.eks. legevakt, kriseteam eller AMK), informerer prosjektledelsen, og følger opp deltageren innen én uke.

Avslutningsvis fikk alle deltagere med udekkede hjelpebehov, uavhengig av deltagelse ved intervju eller spørreskjema, spørsmål om de ønsket å få tilsendt oppsummerte funn fra intervjuet – en individuell tilbakemelding – til bruk i kontakt med hjelpeapparatet, med svaralternativene «Nei «(0) eller «Ja» (1). Det ble samtidig formidlet at årsakene til langvarige helseplager ofte er sammensatte – og kan inkludere PTSD symptomer knyttet til angrepet, tidligere traumer, belastninger, sykdom og/eller skade. Det ble presisert at oppsummeringen ikke utgjør en fullverdig helseutredning, men kan gi en pekepinn på nåværende utfordringer. Deltagerne ble også informert om at det kan være vanskelig å vite hvilke hjelpetiltak som er mest relevante, og at fastlegen kan bistå med videre vurdering, samt eventuell utredning eller henvisning ved behov. Deltagere med udekkede hjelpebehov som ønsket det, mottok en individuell tilbakemelding per post innen én uke etter deltagelse. Tilbakemeldingen inneholdt en oppsummering av egne svar knyttet til psykisk og fysisk helse, samt funksjon. Formålet var å gi deltagerne et verktøy de kunne bruke i kontakt med helse- og velferdstjenester, for eksempel for å lette (re)henvisning via fastlege.

Systemet sikret en tydelig og trygg håndtering av deltagere med behov for videre oppfølging, i tråd med forskningsetiske og kliniske standarder.

Studien samarbeidet med de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) gjennom deres Los-ordning. Los-funksjonen er etablert for å gi rammede etter terroren 25. juni 2022 veiledning og støtte i å finne frem til egnede hjelpetiltak. Losene bisto deltagere med behov for oppfølging utover tiltak skissert over – med å navigere i tjenesteapparatet og sikre at de får tilgang til nødvendig hjelp.

2.3.2 OPPFØLGING AV INTERVJUERNE

Intervjuerne i studien er fagpersoner med sterk interesse for feltet, og deres bidrag har vært avgjørende for studiens gjennomføring og kvalitet. Intervju av traumeutsatte kan likevel være belastende og innebære risiko for sekundær traumatisering (McCann & Pearlman, 1990). Det ble derfor iverksatt flere tiltak for å ivareta intervjuerne i 25. juni-studien, utover opplæringsseminaret. For å fremme støtte og erfaringsdeling ble intervjuerne organisert i smågrupper og invitert til ukentlige, frivillige Teams-møter med prosjektgruppen. De hadde også tilgang til veiledning og hjelp via prosjekttelefon samt e-post i hele datainnsamlingsperioden (08.00–21.00). Ved avslutning av datainnsamlingsperioden ble intervjuerne invitert til å komme med sine erfaringer og tilbakemeldinger til studien. Alle ble også invitert til oppsummeringsseminar for gjennomgang av resultater samt implikasjoner for praksis og videre forskning høsten 2025.

2.3.3 FINANSIERING

Studien er finansiert av Justis og Beredskapsdepartementet og Kultur og Likestillingsdepartementet (Jf. Justis- og beredskapsdepartementets brev til NKVTS, ref. 24/3723 – ESO, 24.06.2024 og ref. CD 24/3723 – MAB, 21.02.2025). Midlene er tildelt med hjemmel i bevilgningsreglementets § 10 og riksrevisjonsloven § 12 (3), og er underlagt kontroll av både departementet og Riksrevisjonen.

2.4 INTERVJUGUIDE OG MÅLEINSTRUMENT

Prosjektgruppen utviklet en semistrukturert intervjuguide tilpasset studiens formål, hovedmål og problemstillinger. Guiden består av tre deler:

- **Introduksjon:** Intervjueren informerte deltageren om formålet med studien og bekreftet innsendt samtykke. Deltageren ble gjort tydelig oppmerksom på at de selv styrer hva de ønsket å dele, at alle spørsmål

var frivillige, og at de kunne avbryte intervjuet når som helst uten konsekvenser. Det ble også innhentet samtykke til eventuelt lydopptak.

- **Hoveddel:** Deltageren besvarte kvalitative og kvantitative spørsmål om reaksjoner og erfaringer under og etter angrepet, samt noen spørsmål om forhold av relevans forut for hendelsen (bakgrunnsvariabler). Der det var relevant, ble standardiserte og validerte måleinstrumenter benyttet. Spørsmålene dekket blant annet psykisk helse, trygghetsopplevelse, støttebehov og kontakt med tjenester.
- **Beredskapsdel:** Intervjuer og deltager gjennomførte en klinisk vurdering av eventuelle udekkede hjelpebehov og behov for videre tiltak.

2.4.1 BAKGRUNNSVARIABLER

REGISTRERT KJØNN: Registrert kjønn ved fødsel er basert på informasjon registrert i personnummer.

ALDER: Alder er basert på informasjon registrert i personnummer. Referanse-datoen for beregning av alder var dato for oppstart datainnsamling (24.02.2025).

GEOGRAFISK TILHØRIGHET: Geografisk tilhørighet er basert på folkeregistrert postnummer. Postnummer er kategorisert ihht fylker, basert på oppdatert informasjon fra Posten og GeoNorge tilsendt på forespørsel 19.5.2025 (postnummer@posten.no). Ettersom terrorangrepet skjedde i Oslo er dette fylket skilt ut som egen enhet, mens resterende fylker er kategorisert ihht region. Geografisk tilhørighetsvariabelen er kodet i følgende kategorier: Oslo; Resterende Østlandet (Akershus, Østfold, Innlandet, Buskerud, Vestfold, Telemark); Sør-Norge (Agder); Vestlandet (Rogaland, Vestland, Møre og Romsdal); Midt-Norge (Trøndelag); og Nord-Norge (Nordland, Troms, Finnmark). Variabelen ble videre dikotomisert til Oslo (0), versus øvrige regioner (1) for analyser. Dette skillet er valgt på bakgrunn av at terrorangrepet fant sted i Oslo, og at tilhørighet til Oslo kan ha hatt betydning for oppfølging.

INNVANDRERBAKGRUNN: Spørsmål om innvandrerbakgrunn er basert på Statistisk sentralbyrås (SSBs) definisjon av personer med innvandrerbakgrunn, som inkluderer innvandrere (personer som er født i utlandet, har innvandret til Norge, fått opphold her og begge foreldre er født i utlandet) og personer med innvandrerbakgrunn (født i Norge, men har to foreldre som er født i utlandet

og har innvandret til Norge) (Statistisk sentralbyrå, 2019). Inngangsspørsmålet er *'Er du født i Norge av to norskfødte foreldre'*, med svarkategoriene Ja/Nei. Deltagere som ikke er født i Norge av to norskfødte foreldre ble stilt tre spørsmål om hvor de selv, deres mor samt deres far er født, med svaralternativene: Norden (1), Europa/nord-Amerika/Oseania (2) eller Afrika/Asia/sør- eller mellom-Amerika (3). Basert på disse spørsmålene er det laget en variabel som skiller mellom nordisk (0 – *minst én nordisk foreldre*) versus innvandrerbakgrunn (1 – *begge foreldre født utenfor Norden*).

SKEIV IDENTITET: Status som skeiv er basert på ett spørsmål formulert *'Identifiserer du deg som skeiv?'*, der det forut for spørsmålet er presisert at *'LHBTIQ+ er en forkortelse for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønn og queer. I denne spørreundersøkelsen bruker vi begrepet «skeive» som en samlebetegnelse'*. Svaralternativene 'Nei' (0), 'Ja' (1), samt 'Vet-ikke', kategorisert som 'ikke skeiv' og 'skeiv'.

De som identifiserer seg som skeive, ble spurt om de er åpne om at de er skeive, med svaralternativene "Nei" (0), "Ja, med (noen i) familien min" (1), "Ja, blant (noen) venner" (2), "Ja, blant (noen) kolleger/ medstudenter", (3) "Ja, jeg er åpent skeiv i offentligheten (f.eks. i (sosiale) medier, verv i skeiv organisasjon)".

BOSITUASJON: Mål på bosituasjon er basert på SSBs kategorisering av husholdning/bosituasjon (Statistisk sentralbyrå, 2024a), innledet med *'Bor du sammen med noen?'*, med svaralternativene 'Nei, jeg bor alene' og 'Ja'. Hvis ja, ble deltager spurt om hvem de bor sammen med, med svaralternativene 'Ektefelle/samboer/partner', 'En eller begge foreldre', 'Andre personer 18 år eller eldre', 'Barn jeg har omsorg for' eller 'Andre under 18 år'. Basert på dette er det laget en samlevariabel som skiller mellom 'Aleneboende', 'Par uten barn', 'Samboer/Ektepar med barn', 'Aleneforsørger' eller 'Samboende med andre voksne i andre typer hushold'. En dikotom husholdningsvariabel er produsert som skiller mellom 0 'Samboende' versus 1 'Aleneboende'.

UTDANNINGSNIVÅ: Som mål på utdanningsnivå er det spurt *'Hva er din høyeste fullførte utdanning/skolegang'*, med svaralternativene: (1) Ingen fullført utdanning, (2) Grunnskole, (3) Videregående skole (allmennfaglig eller yrkesfaglig studieretning), (4) Universitet/høyskole inntil 4 år, eller (5) Universitetet/høyskole mer enn 4 år. En dikotom variabel skiller mellom

'lavere utdanning' tilsvarende (1–3) og 'høyere utdanning' tilsvarende utdanning fra høyskole eller universitet (4–5).

ØKONOMI: Privatøkonomi er basert på spørsmålet 'Hvor god råd synes du at du har i forhold til folk flest', med svarkategoriene 'Bedre råd', 'Omtrent som folk flest' og 'Dårligere råd'. En dikotom økonomivariabel er produsert som skiller mellom 0 'gjennomsnittlig eller bedre råd enn folk flest' versus 1 'dårligere råd enn folk flest'.

2.4.2 OPPLEVELSER UNDER ANGREPET

PÅ JOBB: Alle deltagerne ble spurt om de var på jobb under angrepet.

TRAUMATISK TAP: Alle deltagerne ble spurt om de mistet en nær i terrorangrepet. De ble også spurt om traumatiske tap av nær person i tiden etter angrepet under omstendigheter de knytter til angrepet, som selvmord eller ulykke.

PERITRAUMATISK EKSPONERING: Mål på *peritraumatisk eksponering* ble utviklet for studien basert på kjennskap til hendelsen, og omfattet tretten 'Ja' (1)/'Nei' (0)-spørsmål om deltagers eksponering under terrorangrepet. Mer spesifikt omfatter målet to spørsmål om fysisk skade, ett spørsmål om deltagelse i overmanning av gjerningsmann og ti spørsmål om annen peritraumatisk eksponering:

Mål på *fysisk skade* under terrorangrepet er basert selvrappport i kombinasjon med informasjon fra Dommen (Oslo Tingrett, 2024). Deltagere som svarte ja på spørsmål om de ble alvorlig skadet med behov for innleggelse på sykehus eller som var inkludert i Gruppe 1 i rettsoppgjøret (Oslo Tingrett, 2024), ble kategorisert som *Alvorlig fysisk skadet* (2); deltagere som svarte ja på spørsmål om de ble fysisk skadet med behov for en annen medisinsk hjelp (f.eks. legevakt), ble kategorisert som *Lettere fysisk skadet* (1); og øvrige ble kategorisert som *Ikke fysisk skadet* (0).

Mål på *deltagelse i overmanning av gjerningsmannen* under terrorangrepet, er basert på selvrappport, samt informasjon fra Dommen (Oslo Tingrett, 2024). Deltagere som selv opplyste at de var med på å overmanne eller holde gjerningsmannen nede, samt deltagere inkludert i Gruppe 2 i rettsoppgjøret

(Oslo Tingrett, 2024), ble kategorisert som Overmannet gjerningsmannen (1), mens øvrige deltagere som ikke var involvert i dette ble kategorisert som '0'.

Selvrappporterte mål på *annen peritraumatisk eksponering* utover *alvorlig fysisk skade*, *lettere fysisk skade* og *overmannet* omfattet spørsmål om hvorvidt deltager i) så gjerningsmannen eller hørte du stemmen hans; ii) så noen bli skadet eller drept; iii) så du noen som var døde; iv) var i berøring med døde eller skadde under angrepet; v) hørte skudd; vi) hørte glass som knuste, en alarm, eller ble du oppmerksom på andre lyder; vii) kjente lukt fra skytingen eller ble oppmerksom på annen lukt; viii) merket at gjerningsmannen skjøt i sin retning; ix) flyktet fra gjerningsmannen (prøvde å gjemme seg eller løpe unna); eller x) hjalp noen som ble alvorlig skadet.

På bakgrunn av svar på disse 13 spørsmålene ble det laget en *peritraumatisk eksponerings-* sumskår med range 0–13, der høyere verdi reflekterer høyest eksponering.

PERITRAUMATISKE REAKSJONER: Fem 'Ja' (1)/'Nei' (0)-spørsmål omhandlet reaksjoner under angrepet, inkludert i) følte seg fanget/uten fluktmuligheter, ii) var redd for å komme til å dø; iii) var redd for å bli alvorlig skadet, iv) ble bekymret for sikkerheten til noen nære (venner/familie) og v) følte seg truet av politiet. Svarene summerer til en sumskår for peritraumatiske reaksjoner på 0–5.

2.4.3 ERFARINGER MED HAT OG VOLD

INTERPERSONLIGE TRAUMER OG ANDRE POTENSIELT TRAUMATISKE

HENDELSER: Vi utviklet en liste med åtte negative livshendelser, delvis basert på Stressful Life Events Screening Questionnaire – Revised (SLESQ: Goodman et al., 1998), inkludert eksponering for barndomstraumer, samt potensielt traumatiske hendelser i voksen alder før og etter terrorangrepet 25. juni 2022. Listen omfattet spørsmål om deltager hadde opplevd i) brå, uventet død av nærmeste familie, partner eller svært nær venn (*traumatisk tap*), ii) å bli sparket, slått, banket opp eller overfalt (*fysisk vold*), iii) å bli tvunget til å ha samleie, oral- eller analsex ved bruk av fysisk makt, trusler eller ved å utnytte en situasjon der du ikke kunne forsvare deg (*voldtekt*), iv) utover dette, opplevd andre former for seksuelle krenkelser (*andre seksuelle overgrep*), v) at omsorgsgiver/partner gjentatte ganger har latterliggjort deg, ydmyket deg, fortalt deg at du ikke er elsket eller noe verdt (*psykisk barnemishandling*).

psykisk vold i nær relasjon), vi) at noen utenfor familien/parforholdet gjentatte ganger har latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noe verdt (*mobbing/annen psykisk vold*), vii) utsatt for krig, voldelig konflikt eller terrorangrep (*krig/konflikt/terror*), viii) annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: Har du noen gang opplevd noen annen situasjon som var veldig skremmende eller fryktelig, eller der du følte deg svært hjelpeløs (*annen potensielt traumatisk hendelse*). Svarkategoriene var (0) 'nei', (1) 'ja, før 18 års alder', og (2) 'ja, som voksen (fra og med 18 år alder), før 25. juni 2022', og (3) 'ja, som voksen (fra og med 18 år alder), etter 25. juni, 2022'. Basert på deltagerens respons knyttet til eksponering for interpersonlig vold, inkludert *fysisk vold, voldtekt, andre seksuelle overgrep, psykisk vold i nær relasjon* samt *mobbing/annen psykisk vold* som barn (0–5), som voksen før terrorangrepet (0–5), og som voksen etter terrorangrepet (0–5), ble det laget en sumskår med range 0–15.

HATEFULLE YTRINGER OG HANDLINGER: Spørsmål om hatefulle ytringer omfattet indirekte og direkte eksponering, inkludert i) 'at noen du kjenner har blitt utsatt for hatefulle ytringer eller handlinger motivert av negative holdninger eller hat rettet mot identiteten eller gruppetilhørigheten deres', og ii) 'at du selv har blitt utsatt for hatefulle ytringer eller handlinger motivert av negative holdninger eller hat rettet mot din identitet eller gruppetilhørighet', med svarkategoriene: 0) 'nei', (1) 'ja, før 18 års alder', og (2) 'ja, som voksen (fra og med 18 år alder), før 25. juni 2022', og (3) 'ja, som voksen (fra og med 18 år alder), etter 25. juni, 2022'. På bakgrunn av deltagerens svar på de to spørsmålene relatert til tre ulike tidsperioder (barndom, som voksen før angrepet og som voksen etter angrepet), ble det laget en sumskår for Hatefulle ytringer med range 0–6.

2.4.4 OPPLEVELSE AV TRYGGHET ETTER TERRORANGREPET

FRYKT FOR NYTT ANGREP: Deltagerne ble spurt om i hvor stor grad de er redde for at vi skal oppleve et nytt terrorangrep i Norge, på en skala fra 'ikke i det hele tatt' (0) til 'i svært stor grad' (10). Spørsmålet er tilpasset fra lignende formuleringer brukt i Norsk medborgerpanel (2024) og Solheim (2020).

OPPLEVDE SAMFUNNSEMDRINGER ETTER ANGREPET: For å måle rammedes opplevelse av samfunnsendringer i tiden etter terrorangrepet, utviklet vi seks spørsmål basert på tidligere forskning på samfunns effekter etter terror (Kaakinen et al., 2021; Solheim, 2020). Spørsmålene som danner utgangspunkt

for indeksen ble utviklet og brukt første gang i forbindelse med studier av befolkningens reaksjoner på 22. juli-terroren (se Wollebæk et al., 2011). Spørsmålene ble tilpasset 25. juni-konteksten i samråd med Kari Steen-Johnsen, og samlet i det vi har kalt SAFE-indeksen (Social cohesion, Attachment, Freedom of expression, and Emotional security). Deltagerne ble bedt om å sammenligne Norge i dag med situasjonen før angrepet, og vurdere i hvilken grad samfunnet er preget av mer eller mindre: (i) motsetninger mellom ulike grupper (for eksempel mellom majoritets- og minoritetsgrupper, eller mellom ulike minoritetsgrupper), (ii) samhold og fellesskap, (iii) mulighet til å si offentlig hva man mener, (iv) trygghet, (v) frykt og (vi) hat. Svarkategoriene var: 'Mye mindre' (1), 'Litt mindre' (2), 'Som før' (3), 'Litt mer' (4) og 'Mye mer' (5). Følgende tre spørsmål – om motsetninger, frykt og hat – ble reversert og rekodet 'Mye mindre' (5), 'Litt mindre' (4), 'Som før' (3), 'Litt mer' (2) og 'Mye mer' (1) og det ble deretter beregnet en sumskår basert på de seks spørsmålene (range 5–20) og gjennomsnitts-skåre (range 1–5). Høyere skårer reflekterer økt opplevelse av trygghet, sosial tilhørighet, ytringsrom og redusert polarisering, frykt og hat. Cronbach's alfa for skalaen var 0,74, hvilket tyder på god intern konsistens.

I tillegg ble deltagerne som mente at samfunnet hadde endret seg etter angrepet, bedt om å beskrive med egne ord hvordan dette hadde påvirket dem personlig.

FRYKT FOR DELTAGELSE PÅ SKEIVE ARRANGEMENT: Spørsmål om redsel for deltagelse på skeive arrangementer er inspirert av spørsmål fra HateCycle-prosjektet (2025) ved C-REX, i samråd med forfatterne av original instrumentet (Haanshuss & Bugge, innsendt for publisering). Alle deltagerne ble spurt om de noen gang har deltatt på skeive arrangementer og/eller møteplasser (ja/nei). De som hadde deltatt på slike arrangementer, ble spurt om eventuelle vurderinger de har gjort seg om det å delta på skeive arrangementer/møteplasser etter terrorangrepet inkludert: i) I hvilken grad er de / har vært bekymret for å bli utsatt for trakassering, hatefulle ytringer, annen hat-kriminalitet eller terror i forbindelse med deltagelse på skeive arrangementer/møteplasser, samt ii) Om de har unngått skeive arrangementer/møteplasser på grunn av frykt for trakassering, hatefulle ytringer, annen hatkriminalitet eller terror, med svarkategoriene: "Ikke i det hele tatt" (1), "I liten grad" (2), "I noen grad" (3), "I stor grad" (4), "I svært stor grad" (5).

ÅPENHET OM SKEIV IDENTITET: De som identifiserte seg som skeive, ble spurt om de er 'åpent' skeive: Er du åpen om at du er skeiv, med flersvaralternativene Nei; Ja, med (noen i) familien min; Ja, blant (noen) venner; Ja, blant (noen) kollegaer/medstudenter; Ja, jeg er åpent skeiv i offentligheten (f.eks. i (sosiale) medier, verv i skeiv organisasjon). Videre ble deltagere som identifiserte seg som skeive spurt om hvorvidt terrorangrepet har påvirket i hvilken grad de viser andre at de er skeive: i) Har du etter 25.juni blitt mer forsiktig med å vise at du er skeiv; ii) Har du etter 25.juni blitt mer opptatt av å vise at du er skeiv. Med svaralternativene ('Ikke i det hele tatt' (0), 'I liten grad' (1), 'I noen grad' (2), 'I stor grad' (3), 'I svært stor grad' (4), 'vet ikke' (5)).

2.4.5 HELSE: PTSD OG ANDRE HELSEPLAGER

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE: Symptomer på PTSD ble målt ved hjelp av International Trauma Questionnaire (ITQ: Cloitre et al., 2018). ITQ er et selvrapporteringsmål som måler tre symptomkategorier (kriterier) for PTSD (målt ved seks spørsmål) og tre tilleggs-kriterier for kompleks PTSD (K-PTSD) (målt ved seks spørsmål), i henhold til ICD-11 (World Health Organization, 2019). Hver symptomkategori måles med to spørsmål, på en fempunkts Likert-skala fra 0='ikke i det hele tatt', 1='litt', 2='moderat', 3='mye', og 4='ekstremt'.

De første seks spørsmålene som måler PTSD innledes med at man kan få ulike reaksjoner på dramatiske hendelser, og ber deltager svare på hvorvidt de har vært plaget av følgende i løpet av den siste måneden, relatert til terrorangrepet. Instrumentet inkluderer to spørsmål om *gjenopplevelse* (mareritt/påtrengende minner), to spørsmål om *unngåelse* (indre/ytre påminnere) og to om økt fysiologisk aktivering eller *følelse av overhengende fare* (årvåken/skvetten). For hver av de tre symptomkategoriene lages en skåre på 0 eller 1 avhengig av om minst ett av leddene skåres ≥ 2 . Antall oppfylte symptomkriterier summeres til en sumskår 0–3, der 0–1 tilsvarer få eller ingen posttraumatiske stress symptomer, 2 tilsvarer sannsynlig subklinisk nivå PTSD og 3 tilsvarer mange eller veldig mange symptomer, tilsvarende PTSD.

Diagnosen kompleks PTSD (K-PTSD) krever i tillegg oppfyllelse av tre ekstra symptomkategorier (World Health Organization, 2019) kalt '*forstyrrelse i selvorganisering*' (disturbance of self organisation, DSO). Disse måles med seks spørsmål om hvordan rammede typisk føler og tenker om seg selv og forholder seg til andre. Spørsmålene innledes med '*hvor sant er dette om deg*', og inkluderer to spørsmål om følelsesmessig eller *affektiv dysregulering* (Når

jeg er opprørt, tar det meg lang tid å roe meg ned igjen og Jeg kjenner meg nummen eller følelsesmessig avstengt), to om negativ selvoppfattelse (Jeg føler meg mislykket, og Jeg føler meg verdiløs), samt to om relasjonsforstyrrelse (Jeg føler meg fjern eller avskåret fra andre mennesker og Jeg opplever det vanskelig å være følelsesmessig nær andre). Oppfyllelse av de tre DSO-kriteriene krever skåre >2 for minst ett av to mål på hvert kriterie. Om samtlige 3 symptomkategorier for PTSD og de 3 tilleggskriteriene ved K-PTSD (DSO) er oppfylt tilsvarende dette sannsynlig K-PTSD. I originalinstrumentet kreves i tillegg nedsatt daglig funksjon (Cloitre et al., 2018).

Til bruk i analysene ble det beregnet en gjennomsnittsskåre av symptomer på PTSD spørsmålene (range 0–4), med Cronbach's alfa på 0,89, som indikerer svært god intern konsistens. Det ble også beregnet en gjennomsnittsskåre for tilleggssymptomene ved K-PTSD (DSO) – kalt K-PTSD, med Cronbach's alfa på 0,91, hvilket tyder på høy intern konsistens.

ANGST OG DEPRESJON: Angst- og depresjonssymptomer de siste to ukene ble målt med den validerte kortversjonen (SCL-5: Strand et al., 2003) av Hopkins Symptom Checklist (HSCL: Derogatis et al., 1974). Skalaen inneholder fem spørsmål, om nervøsitet/indre uro, redsel/engstelse, håpløshet med tanke på fremtida, samt følelse av å være nedtrykt/tungsindig, med svaralternativer fra 1='ikke plaget', 2='litt plaget', 3='ganske mye plaget' og 4='veldig mye plaget'. På grunnlag av skalaen lages en gjennomsnittsskåre fra 1–4, og -skåre >2 regnes som sannsynlig angst og depresjonssymptom av klinisk betydning. Cronbach's alfa var 0,91 som indikerer svært god intern konsistens.

PROBLEMATISK SINNE: Sinne den siste måneden ble målt med Dimensions of Anger Reactions 5-Item Scale (DAR-3: Forbes et al., 2024), et kort og validert instrument utviklet for bruk i traumeutsatte populasjoner. Skalaen ble oversatt til norsk etter avtale med forfatter av originalversjonen. Deltagerne ble bedt om å angi hvor ofte de i løpet av den siste måneden hadde vært *sinte, rasende eller sinne hadde vært lenge*. Svarene ble gitt på en fempunkts Likert-skala: 0 = *aldri/nesten aldri*, 1 = *sjelden*, 2 = *av og til*, 3 = *ofte*, 4 = *hele tiden/nesten hele tiden*. Summen av de tre leddene gir en total-skåre som varierer fra 0 til 15, der høyere skåre indikerer høyere grad av sinne. I valideringsstudien viste DAR-3 god intern konsistens (Cronbach's alfa = 0.87–0.92), og en cutoff-skåre på ≥8 er valgt som indikator på problematisk sinne, da denne hadde optimal sensitivitet og spesifisitet på tvers av utvalg. Høyere skåre har

vist sammenheng med økte nivåer av PTSD, depresjon, aggresjon og relasjonskonflikt (Forbes et al., 2024). I vårt utvalg var Cronbach's alfa for DAR-3 0,85 som indikerer svært god intern konsistens. Vi beregnet gjennomsnittsskåre 0–4 til bruk i analyser.

TRAUMATISK SORG: Symptomer på forlenget sorgforstyrrelse den siste måneden, som definert i DSM-5-TR, ble målt med Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+: Lenferink et al., 2022). Dette er et instrument med 22 spørsmål, og svarene registreres på en 5-punkts skala, fra 1 til 5 (1 = aldri, 2 = sjelden, 3 = noen ganger, 4 = ofte, 5 = hele tiden). Forlenget sorglidelse ble beregnet som en gjennomsnittlig-skåre. For å oppfylle DSM-5-TR-kriteriene for forlenget sorgforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2022), måtte minst ett av de to kriteriene B (dvs. separasjonsnød) (punkt 1 og 3), minst tre av de åtte kriteriene C (kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomer), og kriterium D (dvs. funksjonsnedsettelses-element) (punkt 13) oppfylles. Som beskrevet av Lenferink et al. (2022), blir alle kriterium C-symptomer tappet av ett av TGI-SR+-elementene (element 6,9, 10, 11, 18, 19 og 20), bortsett fra ett symptom (C4-kriteriet), som fanges opp av to TGI-SR+-elementer (element 2 og 8). Høyeste skår på ett av disse to elementene ble brukt for å representere C4-kriteriet. I vårt utvalg var Cronbach's alfa 0,97, hvilket indikerer svært høy intern konsistens.

HODEPINE, SMERTER OG SØVNPROBLEMER: Alle ble spurt om de siden terrorangrepet hadde opplevd perioder av minst tre måneders varighet med vedvarende eller tilbakevendende hodepine, smerter i muskler/ledd eller søvnproblemer.

HODEPINE: Deltagere med hodepineplager over tre måneders varighet ble stilt syv spørsmål utviklet for studien for å måle alvorlighetsgrad av hodepineplager, inkludert spørsmål om hvor ofte, i løpet av de siste tre månedene, de hadde hatt migrene, tensjonshodepine og andre hodepineplager, bruk av reseptfrie samt reseptbelagte medisiner mot hodepine og hvorvidt hodepinen påvirker (skole)arbeid, privatliv/fritid. Frekvenskategoriene var 0='Aldri noen gang' eller 'Tidligere, men ikke siste 3 måneder', 1='Mindre enn en gang pr mnd', 2='1–3 dager per mnd', 3='1 dag i uka', 4='2–3 dager i uka', 5='Flere enn 3 dager i uka'. Spørsmålene var utviklet for studien basert på kriterier ved The International Headache Society (2018). Vi beregnet sumskår for de 7 leddene, range 0 – 35. I vårt utvalg hadde den

nyutviklede Headache-Indexen en Cronbach's alfa på 0,96 tilsvarende svært høy intern konsistens.

SMERTER I MUSKLER OG LEDD: Deltagere med smerter i muskler og ledd over tre måneders varighet, ble stilt åtte spørsmål utviklet for studien for å måle alvorlighetsgrad av muskel/ledd-smerter, inkludert spørsmål om hvor ofte, i løpet av de siste tre månedene, de hadde hatt smerter i nedre del av rygg (korsryggen), øvre del av rygg, nakke, kjeve eller bryst, armer (f.eks. skuldre, albue, håndledd/fingre) og beina (f.eks. hofter, lår, legger, knær, ankler/føtter), samt bruk av reseptfrie samt reseptbelagte medisiner mot muskel/ledd-smerter og hvorvidt muskel/ledd- smertene påvirker (skole)arbeid, privatliv/fritid. Frekvenskategoriene var 0='Aldri noen gang' eller 'Tidligere, men ikke siste 3 måneder', 1='Mindre enn en gang pr mnd', 2='1–3 dager per mnd', 3='1 dag i uka', 4='2–3 dager i uka', 5='Flere enn 3 dager i uka'. Spørsmålene var utviklet for studien basert på kriterier for kronisk muskel- og leddsmerte (Perrot et al., 2019). Vi beregnet sumskår for de 8 leddene, range 0–40. I vårt utvalg hadde den utviklede Pain Indexen en Cronbach's alfa på 0,96, hvilket indikerer svært høy intern konsistens.

SØVNVANSKER: Deltagerne ble først spurt følgende spørsmål, «Siden terrorangrepet, har du opplevd perioder av minst tre måneders varighet med vedvarende eller tilbakevendende søvnproblemer?» med svaralternativene «Ja»(1) og «Nei»(0). For deltagere som svarte «Ja» på dette spørsmålet, ble symptomer på insomni målt med Bergen Insomnia Scale (BIS: Pallesen et al., 2008). BIS er et instrument med 6 spørsmål, hvor responser gis på en 8-punkt skala (0–7). Deltagerne ble spurt om hvor mange dager per uke de siste tre månedene de hadde opplevd lang innsovningstid (brukt mer enn 30 minutter for å sovne inn etter at lysene ble slukket), vansker med å opprettholde søvnen (vært våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen), tidlig oppvåkning (våknet mer enn 30 minutter tidligere enn du har ønsket uten å få sove igjen), eller følt seg for lite uthvilt etter å ha sovet, samt om de hadde vært så søvnig/trett at det har gått ut over skole/jobb eller privatlivet eller misfornøyd med søvnen sin. En sumskåre ble beregnet fra spørsmål 1 til 6 (range 0–42). Plagene ble kategorisert som aktuell insomni ved skåre >3 på minst ett av de fire første leddene og >3 på minst ett av de to siste leddene (Pallesen et al., 2008). I vårt utvalg hadde Bergen Insomnia Scale en Cronbach's alfa på 0,94 tilsvarende svært høy intern konsistens, noe som er i samsvar med tidligere rapporterte tall (Pallesen et al., 2008).

RUSMIDDELBRUK: Problematisk rusmiddelbruk ble målt med utgangspunkt i WHO's Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (WHO ASSIST Working Group, 2002; World Health Organization, 2010). Dette er et standardisert verktøy utviklet for bruk i primærhelsetjenesten, og har som mål å avdekke risikofyllt eller skadelig rusmiddelbruk. Deltagerne ble stilt Ja/Nei spørsmål om livstidsbruk (screeningsspørsmål) for å avgjøre om de noen gang hadde brukt følgende rusmidler: i) Sterke smertestillende (f.eks. Paralgin Forte, morfin, oksykodon, buprenorfin, Nobligan); ii) Beroligende midler/sove-medisinere (f.eks. Valium, Xanor, Imovane, Apodorm); iii) Alkohol; iv) Cannabis-produkter (hasj, marihuana) eller andre narkotiske stoffer (f.eks. kokain, MDMA, amfetamin, GHB). Hvis de svarte ja til livstidsbruk, ble deltagerne stilt seks ekstra spørsmål for det aktuelle rusmiddeltypen, inkludert: i) Hyppighet av bruk de siste 3 månedene; ii) Opplevelse av kontrolltap eller sterke cravings for stoffet; iii) Konsekvenser av rusmiddelbruk på sosial, mental eller fysisk funksjon, med svaralternativene 'Aldri'; 'En eller to ganger de siste tre månedene'; 'Månedlig'; 'Ukentlig'; og 'Daglig/nesten daglig'. Deltagere ble spurt om iv) eventuelle bekymringer uttrykt av familie/venner; og v) Forsøk på å redusere eller slutte uten suksess, med svaralternativene 'Nei, aldri'; 'Ja, i løpet av de siste tre månedene'; eller 'Ja, tidligere'. Hyppighetsspørsmålene ble kodet forskjellig for de ulike rusmidlene i henhold til det originale instrumentet (WHO ASSIST Working Group, 2002; World Health Organization, 2010). En sumskår (risiko-skåre) ble beregnet for aktuell problematisk bruk av medikamenter, alkohol og andre rusmidler for enkeltpersoner som har rapportert bruk innen de siste tre månedene, basert på ASSIST skåringssystem (0–39). Moderat til høy risiko ble definert som en risiko-skåre på ≥ 4 for medikamenter, ≥ 11 for alkohol, og ≥ 4 for andre rusmidler, i samsvar med anbefalingene. Reliabiliteten av ASSIST sumskår av medikamenter, alkohol, og andre rusmidler er høy (Carlyle et al., 2023; WHO ASSIST Working Group, 2002).

2.4.6 LIVSKVALITET, FUNGERING OG DELTAGELSE

LIVSKVALITET: Livskvalitet ble målt ved at deltagerne ble spurt om hvor fornøyde de er med livet sånn i alminnelighet, på en skala fra 1- 10, 1 (svært misfornøyd) 10 (svært fornøyd) (OECD, 2013; Statistisk sentralbyrå, 2024b).

FUNGERING: For å måle fungering i hverdagen, ble alle deltagerne spurt om i hvor stor grad de er tilbake i funksjonen de hadde før angrepet i) på skole/studier/arbeid, ii) på fritiden, iii) i forhold til venner, iv) i forhold til familien og

v) i forhold til husarbeid, med svarkategoriene: Ikke i det hele tatt (0), i liten grad (1), til en viss grad (2), i stor grad (3), helt tilbake (4). De fem spørsmålene ble utviklet til bruk i Utøya-studien med overlevende og familiene deres etter terroren på Utøya 22.juli 2011, og brukt samlet som skala på funksjon (Dyb et al., 2021). En gjennomsnittsskåre med range 0–4 ble beregnet, med Cronbach's alfa lik 0,92 som tyder på høy intern konsistens.

ARBEIDSLIVSDELTADELSE: For å vurdere deltagelse i arbeidsliv, ble deltagerne spurt om hvorvidt de i løpet av de siste tre månedene har vært; «Student eller skoleelev (hel- eller deltid, minst 50%)» (1); «I arbeid eller militærtjeneste (hel – eller deltid, minst 50%)» (2); «Arbeidsledig (hel – eller deltid, minst 50%)» (3); «Sykemeldt i to uker sammenhengende, eller lengre» (4); «Arbeidsufør (hel – eller deltid, minst 20%)» (5), eller «I lønnet permisjon (f.eks. foreldre/ velferdspemisjon) eller alderspensjon» (6). Svarene ble kategorisert som full-, delvis-, og frafall arbeidsdeltagelse: Avkrysning for 1, 2 eller 6 uten avkrysning for verken 3 eller 5 ble kategorisert som «full arbeidsdeltagelse» (0); avkrysning for 3 eller 5 og 1, 2, eller 6 ble kategorisert som «delvis deltagelse» (1); og avkrysning for 3 eller 5 uten de øvrige ble kategorisert for «frafall fra arbeidsliv» (2). Avkrysning av 4 ble kategorisert separat som «sykemeldt».

2.4.7 UDEKKEDE HJELPEBEHOV

Avslutningsvis ble det for alle deltagerne foretatt en vurdering av udekkede hjelpebehov, beskrevet under *Beredskap i studien*. Svaralternativene var «Nei, jeg har ikke behov for hjelpetiltak nå» (0), «Ja, men jeg har den hjelpen jeg trenger nå» (1), eller «Ja, jeg har behov for (ytterligere) hjelpetiltak nå» (2). Selvmordstanker/planer ble kartlagt for deltagere med udekkede hjelpebehov som ble intervjuet. Hastegrad for tiltak ble kategorisert; som «Behov for ytterligere hjelpetiltak, men ikke akutt» (0), «Akutt behov for hjelpetiltak» (1).

Deltagere med udekkede hjelpebehov fikk spørsmål om de ønsket å få tilsendt en individuell tilbakemelding – til bruk i kontakt med hjelpeapparatet, med svaralternativene «Nei «(0) eller «Ja» (1).

2.4.8 ERFARINGER MED SAMFUNNETS RESPONS

OFFENTLIG DEFINISJONSMAKT OG RETTSPRAKSIS: Deltagerne ble spurt om hvor viktig det er for dem at angrepet ble omtalt som et terrorangrep av myndighetene og i media, samt hvor viktig er det for dem at tiltalen lød "grov

terrorhandling". Svarkategoriene var: "Ikke viktig i det hele tatt" (0), "I liten grad" (1), "I noen grad" (2), "I stor grad" (3), "Det er svært viktig for meg" (4).

FORNØYDHET MED SAMFUNNSRESPONSEN ALT I ALT: Deltagerne ble også spurt om hvor fornøyd de var med håndtering fra følgende instanser: i) Helsevesenet; ii) Politiet; iii) Politiets sikkerhetstjeneste (PST); iv) Rettsvesenet; v) Regjeringen og Stortinget, samt v) Media, med svarkategoriene: "Svært misfornøyd" (0), "Misfornøyd" (1), "Verken eller" (2), "Fornøyd" (3), "Svært fornøyd" (4). Chronbach's alfa var 0,77, god intern konsistens.

KONTAKT MED HELSETJENESTENE: Deltagerne ble spurt om de, i tilknytning til terrorangrepet 25. juni, har følt behov for hjelp eller behandling for psykiske eller fysiske plager, eller for hjelp eller tilrettelegging på jobb, studier eller skole, og om de har fått hjelp eller behandling fra helsepersonell for psykiske eller fysiske plager, eller fått hjelp eller tilrettelegging på jobb, studier eller skole, på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt), til 5 (i svært stor grad). Disse spørsmålene ble også brukt i Utøya-studien (Stene et al., 2016; Strøm et al., 2024). De ble også spurt hvor mange ganger de hadde hatt kontakt med ulike typer helsetjenester i tilknytning til terrorangrepet med følgende tre svaralternativer: a) ikke hatt kontakt, b) en til tre ganger og c) flere enn tre ganger.

Videre ble de spurt om sine samlede erfaringer med det offentlige hjelpeapparatet etter terrorangrepet: i) Fikk du inntrykk av at hjelpeapparatets arbeid var godt organisert; ii) Fikk du tilbud om hjelp uten å måtte be om det; iii) Hvor fornøyd er du med tilgjengeligheten av hjelpeapparatet; iv) Fikk du nok tid i samtaler og kontakt med helsepersonell; v) Opplevde du å bli møtt med omtanke og omsorg; vi) Ble du tatt med på råd i valg av helsehjelp og behandling; vii) Opplevde du at én person i hjelpeapparatet hadde hovedansvaret for oppfølgingen av deg; viii) Var hjelpen og behandlingen du fikk etter terrorangrepet, alt i alt, tilfredsstillende, med svaralternativ «ikke i det hele tatt» (0); «i liten grad» (1); «i noen grad» (2); «I stor grad» (3), samt «i svært stor grad» (4).

Deltagerne ble også stilt et åpent spørsmål om det siden terrorangrepet var oppfølging fra helsevesenet som ikke hadde fungert eller som de hadde savnet, og i så fall beskrive det, samt hvilken hjelp som var særlig nyttig i løpet av den første tiden (de første tre månedene).

KONTAKT MED POLITIET: Deltagerne ble spurt om de hadde hatt kontakt med politiet i forbindelse med angrepet (ja/nei). De som hadde hatt det, ble spurt om hva slags kontakt de hadde hatt, inkludert om de ble avhørt eller snakket med politiet på åstedet (ja/nei). De ble også spurt om i hvilken grad de i kontakt med politiet i) opplevde at politiet viste forståelse; ii) følte seg trygget; iii) opplevde at de ble tatt alvorlig, samt iv) opplevde å bli respektert. Svaralternativene var "I svært liten grad" (0), "I liten grad" (1), "I noen grad" (2), "I stor grad" (3), "I svært stor grad" (4). Disse spørsmålene er tilpasset fra TRUST studien (Thoresen et al., 2024), og basert på skala utviklet av Mulvad-Reinhardt (2017). Cronbach's alfa over de fire leddene var 0,94, som indikerer svært god intern konsistens.

Deltagerne ble også spurt om det var oppfølging fra politiet de hadde savnet (ja/nei), og i så fall beskrive dette.

KONTAKT MED RETTSVESENET: Deltagerne ble spurt om de hadde bistandsadvokat, med svarkategoriene: 'Ja, fikk tildelt bistandsadvokat', 'Ja, oppsøkte selv bistandsadvokat', 'Nei, hadde ikke krav på bistandsadvokat', 'Nei, ønsket ikke bistandsadvokat', 'Nei, av andre grunner'. De ble også spurt om de fulgte rettssaken (ja/nei). De som fulgte den ble spurt hvordan de fulgte den (f.eks., i media/via bistandsadvokat/fra salen enkelte dager/fra salen de fleste dager/vitnet/annet), og om de vitnet/skulle vitne i rettssaken, med svarkategoriene: 'Ja, i rettssaken', 'Ja, jeg skulle vitne i ankesaken', 'Nei'.

Alle deltagerne ble også spurt om de hadde rettet et krav om voldserstatning, og om de synes utmålingen av erstatningen var rettferdig. De som svarte at de ikke synes at utmålingen var rettferdig, ble presentert for fire påstander, inkludert at 'erstatningsbeløpet burde være likt for alle' og 'gruppeinndelingen burde vært gjort annerledes', med svarkategoriene 'Helt uenig' (0), 'Delvis uenig' (1), 'Verken enig eller uenig' (2), 'Delvis enig' (3), og 'Helt enig' (4). De som hadde rettet et krav om voldserstatning ble også presentert for fem påstander om voldserstatningen, inkludert at i) den er en anerkjennelse av det jeg har opplevd; ii) den gjenoppretter en følelse av rettferdighet; iii) den dekker ekstra utgifter knyttet til angrepet; iv) det er rart at det settes en pris på det jeg har opplevd; samt at v) det blir feil å få penger for det jeg har opplevd, og bedt om å vurdere hvor godt det passet for dem, med svarkategoriene 'Ikke i det hele tatt' (0), 'I liten grad' (1), 'I noen grad' (2), 'I ganske stor grad' (3), 'I svært stor grad' (4).

2.4.9 ERFARINGER MED SOSIAL STØTTE OG LIKEMANNSSTØTTE ETTER ANGREPET

ÅPENHET OM TILSTEDEVÆRELSE UNDER TERRORANGREPET: Alle deltagere ble spurt om hvem som kjenner til at de var til stede under terrorangrepet. Flere svar var mulige, og svaralternativene omfattet i) '(Noen i) familien min', ii) '(Noen) venner', iii) 'Arbeidsgiver/ nærmeste leder', iv) 'Offentlige instanser, f.eks. politi eller helsevesen', eller v) 'Det er allment kjent, f.eks. via (sosiale) medier'.

Alle ble også spurt om hvorvidt de har unnlatt å fortelle familie/venner/ arbeidsgiver at de var til stede under terrorangrepet (ja/nei). De som svarte 'ja' ble stilt et åpent spørsmål med mulighet til å forklare hvorfor de hadde unnlatt å fortelle familie/venner/arbeidsgiver at de var til stede under terroren.

TILGANG TIL STØTTE OG OMSORG: Opplevd sosial støtte nå for tiden, ble målt med en validert skala, inkludert syv spørsmål fra Duke Functional Support Questionnaire (FSSQ: Broadhead et al., 1988), om tilgang til omsorg og støtte; i) 'Jeg har mennesker rundt meg som bryr seg om hva som skjer med meg'; ii) 'Jeg får kjærlighet og omsorg'; iii) 'Jeg har mulighet til å snakke med noen om arbeid-/skole-/studieproblemene mine', iv) 'Jeg har mulighet til å snakke med noen jeg stoler på om mine personlige problemer eller familieproblemer', v) 'Jeg blir bedt med ut for å gjøre ting med andre mennesker', vi) 'Jeg får nyttige råd om viktige ting i livet', og vii) 'Jeg får hjelp når jeg ligger syk til sengs'. Svarkategoriene var "Mye mindre enn jeg ønsker" (1), "Mindre enn jeg ønsker" (2), "Noe, men jeg ville ønske mer" (3), "Nesten så mye jeg ønsker" (4), "Så mye jeg ønsker" (5). Vi beregnet gjennomsnittsskåre, range 1–5. I vårt utvalg var Cronbach's alfa 0,89 som indikerer høy intern konsistens, noe som er i overenstemmelse med originalinstrumentet.

Deltagerne ble også stilt et åpent spørsmål om hva deres nære, som for eksempel familie og venner, gjorde som var hjelpsomt/ikke hjelpsomt for dem i løpet av de første tre månedene etter angrepet.

STØTTEGRUPPA 25. JUNI: Deltagerne ble spurt om de hadde hatt en formell rolle i Støttegruppa 25. juni (ja/nei). Samt spurt om hvilke viktige funksjoner Støttegruppa hadde hatt for dem, inkludert i) å møte andre som har opplevd noe lignende; ii) å kunne snakke om mine erfaringer; iii) å få bekreftelse på

egne reaksjoner; iv) at de arrangerer minnemarkeringer; v) å kunne delta på samlinger og markeringer med andre rammede; vi) å få kunnskap om viktige tema ved deltagelse på seminarer eller kurs; vii) å få viktig informasjon knyttet til rettsprosessen/helsetjenester; viii) å være en interesseorganisasjon som jobber for viktige saker på vegne av de berørte; og ix) å ha bidratt til forskning på konsekvensene av terrorangrepet for de som ble rammet. Disse spørsmålene ble utviklet for studien basert på kunnskap om støttegruppers funksjon fra tidligere katastrofer (Bækkelund et al., 2024; Fiskerstrand, 2002; Glad et al., 2024). Svarkategoriene var 'Ikke i det hele tatt' (0), 'I liten grad' (1), 'I noen grad' (2), 'I stor grad' (3), 'I svært stor grad' (4). Cronbach's alfa, som mål på intern konsistens av de ni spørsmålene om Støttegruppas funksjon var 0,89 (høyt).

De ble også spurt om Støttegruppa hadde hatt andre viktige funksjoner, og i så fall beskrive disse, samt om de hadde deltatt på aktiviteter arrangert av Støttegruppa (ja/nei), og om de hadde hatt negative erfaringer knyttet til Støttegruppa og i så fall beskrive dette.

2.4.10 TILLIT ETTER TERRORANGREPET

GENERALISERT TILLIT: Generalisert tillit ble målt ved at deltagerne ble spurt om de stort sett vil si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre ("En kan ikke være for forsiktig" (0) – "Folk flest er til å stole på" (10). Referanse for norsk befolkning ligger nest høyest i Europa, med et gjennomsnitt på 6,5 (European Social Survey, 2023).

INSTITUSJONELL TILLIT: For å måle institusjonell tillit, ble deltagerne stilt spørsmål om hvor stor tillit de har personlig til i) helsevesenet; ii) politiet; iii) politiets sikkerhetstjeneste (PST); iv) rettsvesenet; v) Stortinget og vi) media – På en skala fra 0 til 10, der 0 representerer 'Ingen tillit i det hele tatt' og 10 representerer 'full tillit'. Spørsmålene er basert på spørsmål fra European Social Survey (europeansocialsurvey.org), samt Solheims *institusjonell tillits*-indeks, med en Cronbach's alfa på 0,80 (Solheim, 2020). Solheim kommenterer at *Tillit til regjeringen* ble utelatt, ettersom dette er nært knyttet til partipolitisk tilhørighet. I denne studien er spørsmålet derfor erstattet med et spørsmål om tillit til *Stortinget* som helhet. Cronbach's alfa for de seks leddene på generell tillit var 0,83 som indikerer svært god intern konsistens. Basert på de seks spørsmålene om institusjonell tillit, lagde vi en gjennomsnittsskåre for *Institusjonell tillit* -skåre for hver deltager, range 0–10.

2.5 ANALYSER

For å få et solid kunnskapsgrunnlag om konsekvensene av terrorangrepet for de direkte rammede, presenterer vi funn fra både kvantitative og kvalitative analyser. Dette gir et helhetlig bilde av hva de berørte har opplevd – både under selve angrepet og i tiden etterpå – og belyser deres erfaringer med samfunnets respons, egen helse, trygghet, tillit og mulighet for deltagelse.

Ettersom terrorangrepet var rettet mot skeive, vil vi der det er relevant, metodisk mulig og gjennomførbart innenfor tidsrammen – også presentere analyser som belyser likheter og forskjeller mellom skeive og ikke-skeive deltagere.

2.5.1 KVANTITATIVE ANALYSER

All forprosessering av kvantitative data, analyser og visualisering ble gjennomført i R (versjon 4.4.1). Manglende data på gjennomsnittsskårer og sumskår ble håndtert ved hjelp av 'halvregelen' (half-rule): Dersom mindre enn 50 % av leddene på en skala manglet, ble skåren gjennomsnittsskår beregnet som gjennomsnittet av de besvarte spørsmålene, hvis minst halvparten var besvart, slik at resultatet ble sammenlignbart med øvrige respondenter. En eventuell sumskår ble beregnet ved å multiplisere dette med samlet antall spørsmål i skalaen. Respondenter som manglet svar på 50 % eller mer av leddene i en skala, ble utelatt fra analysen av den tilhørende variabelen.

DESKRIPTIVE ANALYSER

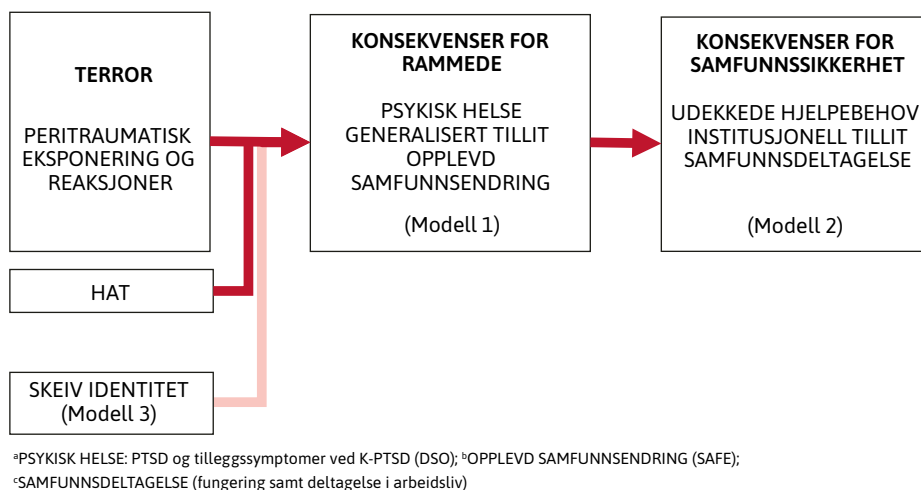
Det kvantitative datamaterialet presenteres først deskriptivt, med frekvenser og prosentandeler for kategoriske variabler og gjennomsnitt med standardavvik for kontinuerlige variabler. For å synliggjøre vesentlige gruppeforskjeller, er det gjennomført sammenligninger mellom grupper, med særlig vekt på registrert kjønn og skeiv identitet. Dette gir et viktig grunnlag for både videre analyser og fortolkning av funn. Gruppeforskjeller er statistisk testet ved hjelp av kjiqvadrattester for kategoriske variabler og t-tester for kontinuerlige variabler, med et signifikansnivå satt til $p < 0,05$.

Datamaterialet har lavt frafall på enkeltspørsmål. Prosentandeler og andre deskriptive mål er derfor beregnet basert på antallet som har besvart det aktuelle spørsmålet. For å undersøke samvariasjon mellom sentrale variabler

er det benyttet både Pearsons r og Spearmans Rho, avhengig av variablenes målenivå.

MULTIPLE REGRESJONSANALYSER FOR Å UNDERSØKE SAMMENHENGER MELLOM ANGREPET OG KONSEKVENSER FOR INDIVID OG SAMFUNN

Forskningsspørsmålene knyttet til konsekvenser av angrepet for den enkelte rammede og vår felles samfunnssikkerhet ble utforsket i multiple regresjonsmodeller (Modell 1–3) (Figur 2).



Figur 2. Modell 1–3; Eksplorative multiple regresjonsanalyser

Sosial-psykotraumatologisk teori presentert i innledningen ble lagt til grunn for utvikling av modellene som guider de eksplorative multiple regresjonsanalysene i studien (Figur 2).

Operasjonalisering av variabler som inngikk i modellene er beskrevet inngående i metod delen av rapporten. Kort oppsummert ble psykisk helse operasjonalisert som nivå av posttraumatiske symptomer, og omfattet både symptomer på PTSD (gjenopplevelse, unngåelse og fysiologisk aktivering) og tilleggssymptomer på K-PTSD (DSO; affektiv dysregulering, negativ selvoppfatning og relasjonsforstyrrelser). Generalisert tillit ble målt som tillit til andre mennesker, mens opplevde endringer i samfunnet ble målt ved det nyutviklede SAFE-målet, der høyere skårer indikerte en mer positiv vurdering av samfunnets utvikling etter angrepet. Udekkede hjelpebehov ble

operasjonalisert som en dikotom variabel (ja/nei), basert på samlet klinisk vurdering etter intervju og/eller egevaluering i spørreskjemaet. Institusjonell tillit ble målt gjennom deltagernes tillit til seks sentrale samfunnsinstitusjoner: helsevesenet, politiet, Politiets sikkerhetstjeneste (PST), rettsvesenet, Stortinget og media. Samfunnsdeltagelse ble målt gjennom to separate indikatorer, inkludert i) fungering, definert som grad av deltagelse i arbeid, studier, fritid, sosialt liv og husarbeid, og ii) deltagelse i arbeidslivet, operasjonalisert som en dikotom variabel som indikerte om deltageren var helt eller delvis arbeidsledig (minst 50 %) eller helt eller delvis ufør (minst 20 %).

Det ble estimert at datasettet kunne støtte en modell med inntil 15 frihetsgrader. Residualenes normalitet for hver modell ble vurdert visuelt gjennom histogrammer og Q–Q-plott. Resultatene rapporteres med regresjonskoeffisienter (b), standardfeil og 95 % konfidensintervaller (CI). Statistisk signifikante assosiasjoner ble definert som p-verdi < 0,05. Regresjonskoeffisienter og oddsforhold ble brukt til å indikere effekt i henholdsvis de lineære og logistiske modellene.

Individuelle konsekvenser (Modell 1): For å utforske hvordan rammedes opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet, samt eksponering for hat, henger sammen med psykisk helse, generalisert tillit, og opplevelse av samfunnsendringer, nær tre år etter terrorangrepet, utførte vi fire multiple lineære regresjonsanalyser med følgende utfall: i) symptomer på PTSD, ii) tilleggssymptomer ved K-PTSD (DSO), ii) generalisert tillit, samt iii) opplevde samfunnsendringer.

I forlengelsen av dette, utforsket vi sammenhengene mellom opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet, eksponering for hat, og symptomer på PTSD og K-PTSD, med andre helseplager og problematisk bruk av rusmidler, gjennom korrelasjonsanalyser.

Sammenhengen mellom de uavhengige variablene brukt i modellene (peritraumatisk eksponering, peritraumatiske reaksjoner, eksponering for hat og interpersonlig vold, symptomnivå av PTSD/K-PTSD, og helseplager, ble undersøkt ved hjelp av ujusterte Spearmans Rho-korrelasjoner. Spearmans Rho-verdier mellom 0.30 – 0.50 tyder på moderat sammenheng (korrelasjon), mens verdier ≥ 0.50 tyder på sterk (høy) sammenheng/korrelasjon og ≥ 70 tyder

på svært sterk/høy sammenheng/korrelasjon (J. Cohen, 1988) Spearmans Rho-korrelasjoner ble brukt for en mer konservativ tilnærming for potensielle avvik i normalitet i dataene, men Pearsons-korrelasjoner ble også beregnet og returnerte nesten samme koeffisientstørrelse.

Konsekvenser for samfunnssikkerhet (Modell 2): For å utforske hvordan rammedes psykiske helse, generaliserte tillit, og opplevelse av samfunnsendringer henger sammen med sentrale indikatorer for samfunnssikkerhet, utførte vi multiple lineære regresjonsanalyser, med i) dekning av hjelpebehov, ii) institusjonell tillit og iii) fungering som utfall, samt én multiple logistisk regresjonsanalyse med iv) deltagelse i arbeidsliv som utfall. Høyere grad av udekkede hjelpebehov, lavere institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse (fungering og arbeidsdeltagelse), tolkes å indikere en svekkelse av samfunnssikkerheten (NOU 2023:17, s. 17).

Betydningen av skeiv identitet (Modell 3): I tillegg ble det gjennomført en sensitivitetsanalyse, der vi inkluderte skeiv identitet i de åtte regresjonsanalysene beskrevet for modell 1 og 2 for å vurdere betydningen av tilhørighet til en skeiv minoritet for utfallene – utover eventuelle tilleggsbelastninger allerede justert for i modellene.

I samtlige regresjonsanalyser ble det justert for alder, registrert kjønn og utdanningsnivå, samt kjente risiko- og resiliensfaktorer (f.eks., interpersonlig vold og sosial støtte).

Grunnet tidsbegrensninger er det ikke gjennomført planlagte samspillsanalyser, der vi vil se på betydningen av skeiv versus ikke skeiv identitet både for eksponering av interpersonlig vold, overgrep og hat, samt konsekvensene av dette for helse, tillit og opplevde samfunnsendringer, samt udekkede hjelpebehov, institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse – av relevans for minoritetstatus.

2.5.2 KVALITATIVE ANALYSER

Alle deltagerne fikk de samme kvantitative og kvalitative spørsmålene. De som deltok ved selvutfylling, svarte skriftlig på de kvalitative spørsmålene.

Analysen av det kvalitative datamaterialet ble gjennomført med utgangspunkt i prinsippene for tematisk analyse, slik de er beskrevet av Braun og Clarke

(2006). Tematisk analyse er en fleksibel, men samtidig systematisk, metode for kvalitativ dataanalyse, som gjør det mulig å analysere frem meningsmønstre (temaer) i datamaterialet. Som et første steg i analyseprosessen gjennomgikk vi hele materialet grundig og skrev individuelle, reflekterende notater knyttet til fremtredende temaer. Deretter organiserte vi dataene i meningsbærende enheter basert på disse temaene. For å sikre intern konsistens og tydelige avgrensninger mellom temaene, ble utsagnene lest gjentatte ganger og systematisk sammenlignet med andre utsagn innenfor hvert tema. Avslutningsvis ble alle identifiserte temaer og undertemaer diskutert og definert i fellesskap av forskningsgruppen.

De kvalitative sitatene gir viktig innsikt i de fenomenene som presenteres i rapporten, slik de fremtrer for deltagerne. For å gi en indikasjon på hvor fremtredende hvert tema er i deltagerne beskrivelser, har vi brukt følgende begreper: 'Enkelte deltagere' = 1–9, 'En del deltagere' = 10–29, 'Flere deltagere' = 30–49, 'Mange deltagere' = 50–114, 'Majoriteten av deltagere' = 115+ (i.e. over halvparten av utvalget).

Som i all forskning, og særlig ved bruk av sitater, er det avgjørende å ivareta deltagerne anonymitet. Derfor er identifiserende informasjon som navn på personer og steder, kjønn, rolle under angrepet eller i arbeidslivet, samt særpreg i språkføring som kan avsløre om svarene er gitt muntlig eller skriftlig, utelatt eller anonymisert i sitatene. For å gjøre sitatene mer leservennlige, har noen av sitatene blitt forkortet ved å fjerne deler av setninger, pauser, eller fyllord. Dette har blitt markert med "(...)".

3 RESULTATER

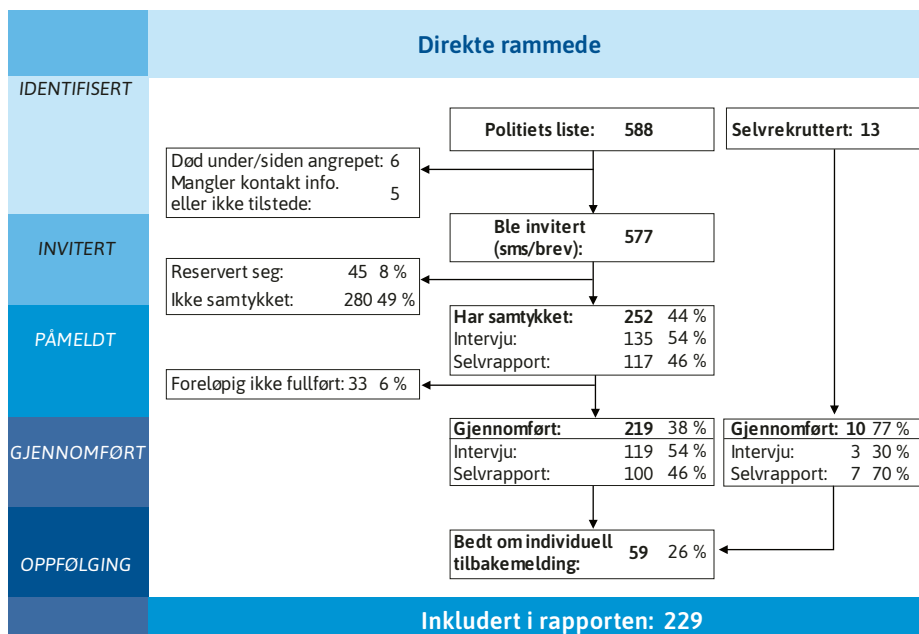


3.1 POPULASJON OG DELTAGELSE

I 25. juni-studien, ble alle de 577 personene på politiets liste som var til stede under terrorangrepet, og som vi hadde kontaktinformasjon til, invitert til å delta (Figur 3). For å sikre at så mange som mulig fikk anledning til å svare på undersøkelsen, holder vi datainnsamlingen åpen ut juni 2025. Den 16. mai 2025, avsluttet vi imidlertid inklusjonen til analysene i denne rapporten. På det tidspunktet hadde 219 inviterte fra politiets liste deltatt, noe som tilsvarer en svarprosent på 38 %. I tillegg var 10 personer inkludert gjennom selvrekruttering, noe som gir et samlet antall deltagere på 229.

Blant de inviterte som ikke deltok, var det 280 som ikke svarte, mens 45 aktivt reserverte seg. De som reserverte seg ble ikke bedt om å forklare hvorfor de ikke ønsket å delta, men flere beskrev dette uoppfordret. Ifølge tilbakemeldinger fra intervjuerne uttrykte for eksempel noen at de ikke orket å gå inn i tematikken igjen, og at de ønsket å legge angrepet bak seg. Praktiske årsaker, som at de ikke hadde tid, at intervjuet var for langt, at det var vanskelig med innlogging, eller språkvansker, ble også nevnt av enkelte. Andre sa at de ikke opplevde at de hadde noen plager – og dermed ikke følte at de hadde så mye å dele.

Av de 229 som deltok i studien, valgte 122 personer (53 %) å delta gjennom intervju, mens 107 personer (47 %) besvarte spørreskjema digitalt.



Figur 3. Flytskjema over deltagere i 25. juni-studien

3.1.1 DELTAGERNE I STUDIEN

Blant deltagerne, var to av tre menn (66 %) (Tabell 1). Majoriteten var i aldersgruppen 31–50 år (62 %), og gjennomsnittsalderen var 41 år på tidspunkt for oppstart datainnsamling (24.02.2025). De aller fleste hadde nordisk opprinnelse (90 %), og majoriteten var bosatt i Oslo eller øvrige deler av Østlandsområdet (76 %).

Blant deltagerne identifiserte 62 % seg som skeive. Omtrent halvparten (51 %) bodde sammen med noen, to tredjedeler (66 %) hadde fullført høyere utdanning utover videregående skole, og flertallet (77 %) vurderte sin økonomiske situasjon som like god eller bedre enn folk flest.

Tabell 1. Sosiodemografi deltagere (N=229)

	Alle		Ikke-Skeive		Skeive		p
Skeiv identitet, n (%)	221		84	(38,9)	137	(62,0)	
Kjønn, n (%)	229						<0,001^b
Kvinner	78	(34,1)	44	(52,4)	31	(22,6)	
Menn	151	(65,9)	40	(47,6)	106	(77,4)	
Alder, m (sd)	40,98	(10,69)	43,96	(12,03)	39,58	(9,33)	0,005^a
Aldersgrupper (n, %)							
18–30	42	(18,3)					
31–40	84	(36,7)					
41–50	59	(25,8)					
51–79	44	(19,2)					
Geografisk tilhørighet, n (%)	229						0,012^b
Oslo	129	(56,3)	38	(45,2)	87	(63,5)	
Andre regioner	100	(43,7)	46	(54,8)	50	(36,5)	
Østlandet (- Oslo)	45	(20,5)					
Sørlandet	9	(4,1)					
Vestlandet	16	(7,3)					
Midt-Norge	11	(5,0)					
Nord-Norge	7	(3,2)					
Utland/ukjent	6	(2,7)					
Innvandrers status, n (%)	222						0,475^b
Nordisk	199	(89,6)	75	(89,3)	118	(86,1)	
Innvandrers bakgrunn	23	(10,4)	8	(9,5)	19	(13,9)	
Bosituasjon, n (%)	221						0,130^b
Aleneboende	108	(48,9)	35	(42,2)	73	(53,7)	
Samboende	113	(51,4)	48	(57,8)	63	(46,3)	
Par uten barn	71	(32,1)					
Samboer/Ektepar med barn	17	(7,7)					
Aleneforsørger	7	(3,2)					
Samboende med andre voksne	18	(8,1)					
Høyeste utdanning, n (%)	222						0,003^b
Høyere (høyskole/universitet)	151	(65,9)	46	(55,4)	104	(75,9)	
Lavere (til og med videregående)	71	(31)	37	(44,6)	33	(24,1)	
Personlig økonomi, n (%)	222						>0,99^b
Bedre eller som folk flest	176	(76,9)	66	(79,5)	108	(78,8)	
Dårligere	46	(20,1)	17	(20,5)	29	(21,2)	

^a T-test; ^b Kjikvadrat, Blant deltagerne i studien hadde 121 (55,3 %) status som fornærmede i dommen fra juli 2024.

Alder ble beregnet fra datoen for den første deltageren 24.02.2025.

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.

I gruppen som identifiserte seg som skeive, var det betydelig flere menn (77 %), enn blant de som ikke identifiserte seg som skeive (48 %). Blant skeive hadde en større andel høyere utdanning fra høyskole eller universitet (76 % skeive versus 55 % ikke-skeive), og flere var bosatt i Oslo (64 % skeive og 45 % ikke-skeive). Videre var de skeive deltagerne i gjennomsnitt noe yngre enn de øvrige, med en gjennomsnittsalder på 40 år, sammenlignet med 44 år blant dem som ikke identifiserer seg som skeive.

3.2 DELTAGERNES OPPLEVELSER UNDER OG ETTER ANGREPET

3.2.1 OPPLEVELSER UNDER ANGREPET

Alle deltagerne i studien ble spurt om hva de opplevde under terrorangrepet natt til 25. juni 2022 (Tabell 2). Enkelte deltagere (5 %) oppga at de var på jobb da angrepet fant sted, mens de fleste (95%) sa at de befant seg i området som en del av utelivet, i forbindelse med Pride-feiringen, eller av andre grunner. Mange var inne på utestedene London Pub, Per på Hjørnet, eller Herr Nilsen, eller satt på uteservering ved disse og nærliggende steder som César, Eilifs eller Elsker. Enkelte sto i kø til utesteder eller til Hjørnets Grill Kebab, mens andre var forbipasserende i området i forbindelse med Oslo Pride.

Flertallet av deltagerne rapporterte sterke inntrykk under hendelsen. De fleste hørte skudd (80 %), og lyder som knust glass eller alarmer (74 %).

Majoriteten flyktet fra gjerningspersonen ved å forsøke å gjemme seg eller løpe unna (70 %), opplevde at gjerningspersonen skjøt i deres retning (57 %), eller var vitne til at noen ble skadet eller drept (54 %). En tredjedel (31 %) så gjerningspersonen eller hørte stemmen hans, 19 % hadde fysisk kontakt med skadde eller døde, og 11 % hjalp en person som var alvorlig skadet.

Blant deltagerne i studien mistet enkelte (5 %) nærstående under eller i tilknytning til angrepet, 8 % ble fysisk skadet, og enkelte overmannet eller holdt gjerningspersonen nede.

Under angrepet var to tredjedeler redde for å dø (64 %), bli alvorlig skadet (67 %), eller de følte seg fanget eller uten mulighet for å flykte (64 %). De fleste (84 %) var bekymret for sikkerheten til nære personer, som venner eller familie.

Ettersom angrepet fant sted på nattetid, i en utelivssammenheng under Pride-feiringen, er det sannsynlig at mange deltagere kan ha vært påvirket av alkohol eller andre rusmidler. Vi fant at en tredjedel av deltagerne oppga at deres inntak av alkohol eller rusmidler påvirket hvordan de oppfattet og reagerte på angrepet.

Tabell 2. Eksponering og reaksjoner under terrorangrepet

	N	Ja (n)	%	M	SD
På jobb					
Var på jobb under hendelsen	228	11	(4,8)		
Traumatisk tap					
Mistet noen	229	12	(5,2)		
I terrorangrepet	229	7	(3,1)		
I selvmord eller ulykke knyttet til terrorangrepet	229	5	(2,2)		
Peritraumatisk eksponering (0 – 13)	228			4,53	2,05
Fysisk skadet					
Alvorlig fysisk skadet	228	8	(3,5)		
Lettere fysisk skadet	227	11	(4,8)		
Overmannet					
Var med på å overmanne/holde gjerningsmannen nede	227	-	(-)		
Annen peritraumatisk eksponering					
Hørte skudd	226	180	(79,6)		
Hørte glass som knuste, en alarm, eller ble du oppmerksom på andre lyder	226	168	(74,3)		
Flyktet fra gjerningsmannen (prøvde å gjemme deg eller løpe unna)	228	159	(69,7)		
Skjød gjerningsmannen i din retning	224	128	(57,1)		
Så noen bli skadet eller drept	228	122	(53,5)		
Så noen som var døde	227	79	(34,8)		
Så gjerningsmannen eller hørte du stemmen hans	228	71	(31,1)		
Var i berøring med døde eller skadde under angrepet?	228	44	(19,3)		
Kjente lukt fra skytingen eller ble du oppmerksom på annen lukt	228	31	(13,6)		
Hjalp noen som ble alvorlig skadet	227	24	(10,6)		
Peritraumatisk reaksjoner (0 – 5)	228			2,90	1,36
Ble bekymret for sikkerheten til noen nære	228	192	(84,2)		
Var redd for at du kom til å bli alvorlig skadet	227	152	(67,0)		
Følte deg fanget/uten fluktmuligheter	228	146	(64,0)		
Var redd for at du kom til å dø	227	146	(64,3)		
Følte deg truet av politiet	227	23	(10,1)		
Eksponering under påvirkning av alkohol og/eller rus					
Eget alkohol/rusinntak påvirket hvordan du forstod/reagerte på det som skjedde	227	82	(36,1)		

Ved antall <5 presenteres hverken tall eller prosent, (-).

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation).

3.2.2 ERFARINGER MED HAT OG VOLD



Et terrorangrep kan forstås som en ekstrem form for hatmotivert vold. Rammede kan også ha vært særlig utsatt for andre voldshandlinger – eventuelt motivert av negative holdninger eller hat rettet mot deres identitet eller gruppetilhørighet. Slike erfaringer i barndommen, som voksen før eller etter angrepet, kan være av betydning for hvordan den enkelte reagerer etter et terrorangrep.

HATEFULLE YTRINGER OG HANDLINGER: Vi fant at utsatthet for hatefulle ytringer og handlinger viste et tydelig mønster, der skeive deltagere i langt større grad enn ikke-skeive rapporterte slike erfaringer – både i barndom og voksen alder – før og etter angrepet.

Et stort antall skeive hadde vært direkte utsatt for hatefulle ytringer eller handlinger motivert av negative holdninger eller hat knyttet til identitet eller gruppetilhørighet (Tabell 3): hvorav 30 % var utsatt i løpet av barndommen, 53 % som voksne før, og 30 % som voksne etter, angrepet. Overordnet var skeive omtrent 4–5 ganger mer utsatt for hat før terrorangrepet og nesten ti ganger mer utsatt for hat etter terrorangrepet sammenlignet med ikke-skeive. Blant skeive var det omtrent dobbelt så mange som kjente andre utsatt for hatefulle ytringer eller handlinger både i barndom og voksen alder, sammenlignet med ikke-skeive.

Tabell 3. Eksponering for hatefulle ytringer og handlinger (hat)

	Alle N = 229		Ikke skeive (n = 84)		Skeive (n = 137)		
	n	%	n	%	n	%	p
Før 18 års alder, N	222						
At noen du kjenner har blitt utsatt for hat	54	(24,3)	11	(13,1)	43	(31,6)	0,003
At du selv har blitt utsatt for hat	48	(21,6)	7	(8,3)	41	(30,1)	<0,001
Som voksen (før angrepet), N	222						
At noen du kjenner har blitt utsatt for hat	119	(53,6)	31	(36,9)	87	(64,0)	<0,001
At du selv har blitt utsatt for hat	81	(36,5)	9	(10,7)	72	(52,9)	<0,001
Som voksen (etter angrepet), N	222						
At noen du kjenner har blitt utsatt for hat	71	(32,0)	17	(20,2)	54	(39,7)	0,004
At du selv har blitt utsatt for hat	44	(19,8)	-	(-)	41	(30,1)	<0,001
Livstidseksponering for hat (sumskåre 0–6), N	222						
Aldri	77	(34,7)					
1–3	97	(43,7)					
4–6	48	(21,6)					
Gjennomsnitt (M, SD)	1,88	(1,90)					

Kjikkvadrattest. Ved antall <5 presenteres hverken tall eller prosent, (-).

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfældigheter.

VOLD OG ANDRE POTENSIELT TRAUMATISKE HENDELSER: Majoriteten (68 %) av deltagerne rapporterte erfaringer av interpersonlig vold i løpet av barndommen eller som voksen før eller etter angrepet (Tabell 4), og en av fem hadde opplevd flere ulike typer interpersonlig vold (≥ 4 typer). Kvinner hadde oftere enn menn vært utsatt for seksuelle overgrep både som barn og i voksen alder. Sammenlignet med menn, rapporterte kvinner også oftere om psykisk vold i nære relasjoner som voksne. Utover dette synes det ikke være betydelige kjønnsforskjeller blant deltagerne i utsatthet for vold og andre potensielt traumatiserende hendelser, verken i barndom eller voksen alder. Et betydelig mindretall hadde også opplevd andre potensielt traumatiserende hendelser i tiden etter terrorangrepet, men tallene er for små til å oppgi eller teste for gruppeforskjeller.

Tabell 4. Eksponering for negative livshendelser

	N	Alle N = 229		Menn (n = 151)		Kvinner (n = 78)		p
		n	%	n	%	n	%	
Før 18 års alder								
Traumatisk tap	223	49	(22,0)	34	(23,1)	15	(19,7)	0,682
Fysisk vold ^a	223	62	(27,8)	41	(27,9)	21	(27,6)	>0,99
Voldtekt ^a	223	31	(13,9)	16	(10,9)	15	(19,7)	0,108
Andre seksuelle overgrep ^a	221	42	(19,0)	16	(11,0)	26	(34,7)	<0,001
Psykisk vold fra omsorgsgiver eller partner ^a	221	34	(15,4)	18	(12,4)	16	(21,1)	0,135
Psykisk vold fra andre (eks, mobbing) ^a	222	52	(23,4)	39	(26,7)	13	(17,1)	0,151
Krig/konflikt/terror	221	12	(5,4)	10	(6,8)	-	(-)	0,324
Annen potensielt traumatisk hendelse	222	46	(20,7)	32	(21,9)	14	(18,4)	0,663
Som voksen (før angrepet)								
Traumatisk tap	223	96	(43,0)	62	(42,2)	34	(44,7)	0,823
Fysisk vold ^a	223	68	(30,5)	47	(32,0)	21	(27,6)	0,607
Voldtekt ^a	223	26	(11,7)	10	(6,8)	16	(21,1)	0,004
Andre seksuelle overgrep ^a	221	49	(22,2)	23	(15,8)	26	(34,7)	0,002
Psykisk vold fra omsorgsgiver eller partner ^a	221	33	(14,9)	14	(9,7)	19	(25,0)	0,005
Psykisk vold fra andre (eks, mobbing) ^a	222	33	(14,9)	27	(18,5)	6	(7,9)	0,057
Krig/konflikt/terror	221	30	(13,6)	20	(13,7)	10	(13,3)	>0,99
Annen potensielt traumatisk hendelse	222	57	(25,7)	31	(21,2)	26	(34,2)	0,053
Som voksen (etter angrepet)								
Traumatisk tap	223	26	(11,7)	Små tall – ikke rapportert basert på kjønn				
Fysisk vold ^a	223	15	(6,7)					
Voldtekt ^a	223	-	(-)					
Andre seksuelle overgrep ^a	221	22	(10,0)					
Psykisk vold fra omsorgsgiver eller partner ^a	221	9	(4,1)					
Psykisk vold fra andre (eks, mobbing) ^a	222	12	(5,4)					
Krig/konflikt/terror	221	7	(3,2)					
Annen potensielt traumatisk hendelse	222	18	(8,1)					
Livstidseksponering interpersonlig vold (sumskåre), N	222							
Aldri		66	(29,7)					
1–3 hendelser		107	(48,2)					
≥4 hendelser		49	(22,1)					
Gjennomsnitt (M, SD)		2,23	(2,42)					

Kjikkvadrattest, $p < 0,05$, ^a Brukt i interpersonlig vold sumskåren. Ved antall <5 presenteres hverken tall eller prosent, (-). N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.

PSYKISK VOLD OG MOBBING RAMMER SÆRLIG SKEIVE FRA TIDLIG ALDER:

Sammenligning av eksponering for vold og andre potensielt traumatiske hendelser blant deltagere som identifiserer seg som skeive og de som ikke gjør det, viser at skeive i større grad har vært utsatt for psykisk vold i barndommen – både i og utenfor nære relasjoner (Tabell 5). Psykisk vold i nære relasjoner innebærer at omsorgsperson eller partner gjentatte ganger har latterliggjort, ydmyket eller formidlet at man ikke er elsket eller verdifull. I tillegg rapporterte skeive oftere enn ikke-skeive om psykisk vold fra personer utenfor nære relasjoner i voksen alder, før angrepet – dette kan eksempelvis dreie seg om mobbing.

Tabell 5. Ulik eksponering for negative livshendelser

	Ikke skeive (n = 84)		Skeive (n = 137)		
	n	%	n	%	p
Før 18 års alder					
Traumatisk tap	16	(19,0)	33	(24,1)	0,479
Fysisk vold	20	(23,8)	41	(29,9)	0,405
Voldtekt	9	(10,7)	22	(16,1)	0,362
Andre seksuelle overgrep	14	(16,9)	27	(19,9)	0,711
Psykisk barnemishandling/psykisk vold i nær relasjon	7	(8,4)	27	(19,9)	0,038
Mobbing/psykisk vold	13	(15,5)	39	(28,7)	0,038
Krig/konflikt/terror	8	(9,6)	-	(-)	0,071
Annen potensielt traumatisk hendelse	12	(14,3)	34	(25,0)	0,084
Som voksen (før angrepet)					
Traumatisk tap	39	(46,4)	57	(41,6)	0,574
Fysisk vold	29	(34,5)	39	(28,5)	0,426
Voldtekt	8	(9,5)	18	(13,1)	0,552
Andre seksuelle overgrep	20	(24,1)	29	(21,3)	0,756
Psykisk barnemishandling/psykisk vold i nær relasjon	12	(14,5)	21	(15,4)	0,998
Mobbing/psykisk vold	6	(7,1)	27	(19,9)	0,018
Krig/konflikt/terror	14	(16,9)	16	(11,8)	0,388
Annen potensielt traumatisk hendelse	26	(31,0)	31	(22,8)	0,237
Som voksen (etter angrepet)					
Traumatisk tap	14	(16,7)	12	(8,8)	0,120
Fysisk vold	7	(8,3)	8	(5,8)	0,660
Voldtekt	-	(-)	-	(-)	0,289
Andre seksuelle overgrep	8	(9,6)	14	(10,3)	>0,99
Psykisk barnemishandling/psykisk vold i nær relasjon	-	(-)	8	(5,9)	0,180
Mobbing/psykisk vold	-	(-)	9	(6,6)	0,509
Krig/konflikt/terror	-	(-)	-	(-)	0,502
Annen potensielt traumatisk hendelse	6	(7,1)	12	(8,8)	0,850
Livstidseksponering interpersonlig vold	M	SD	M	SD	p
sum score 0–15	1,90	2,08	2,45	2,60	0,086 ^b

Kjikkvadrattest. $p < .05$. ^a Brukt i livstidseksponering interpersonlig vold sumskåre. ^b t-test. Ved antall <5 presenteres hverken tall eller prosent, (-). N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.

3.3 OPPLEVELSE AV TRYGGHET ETTER TERRORANGREPET

3.3.1 FRYKT FOR ET NYTT TERRORANGREP

Alle deltagerne ble spurt om i hvilken grad de er redde for at Norge skal oppleve et nytt terrorangrep, på en skala fra 0 til 10, der 0 betyr «ikke i det hele tatt» og 10 betyr «i svært stor grad» (Tabell 6). I gjennomsnitt graderte deltagere redsel for nytt angrep til 7, hvilket tyder på høy grad av redsel for et nytt terrorangrep blant rammede. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller i redsel for nye angrep mellom skeive og ikke-skeive deltagere.

Tabell 6. Frykt for et nytt terrorangrep

	Alle			Ikke skeive (n = 84)		Skeive (n = 137)		
	N	M	SD	M	SD	M	SD	p
På en skala fra 0–10...								
i hvor stor grad er du redd for at vi skal oppleve et nytt terrorangrep i Norge	222	6,91	(2,69)	6,71	(2,73)	7,01	(2,68)	0,433

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.

3.3.2 ET MINDRE TRYGT SAMFUNN – SÆRLIG FOR SKEIVE

Deltagerne ble bedt om å sammenligne det norske samfunnet i dag, med hvordan de opplevde at det var før angrepet 25. juni 2022. Mer spesifikt ble de spurt om de opplevde samfunnet som preget av mer eller mindre motsetninger mellom ulike grupper (f.eks., ulike minoriteter), fellesskap, ytringsfrihet, trygghet, frykt og hat.

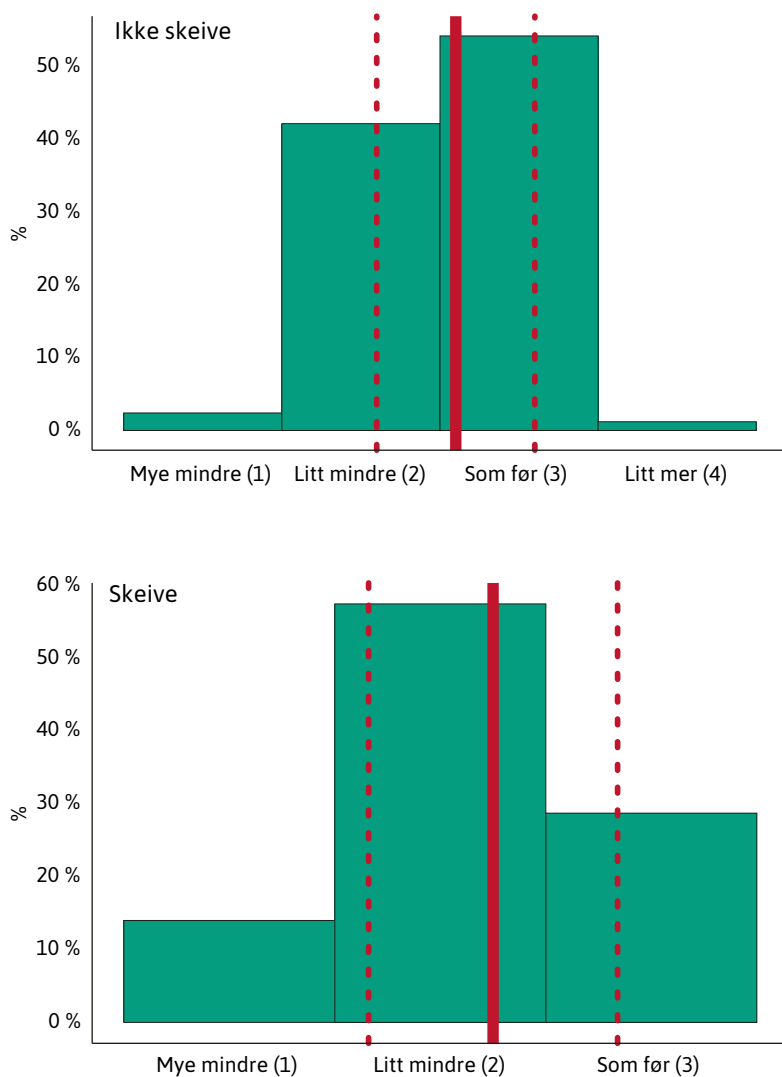
Majoriteten av deltagerne (ca. 70 %) opplevde negative samfunnsendringer etter terrorangrepet – særlig i form av økte motsetninger mellom grupper, redusert opplevelse av trygghet, mer frykt og en tydeligere tilstedeværelse av hat i samfunnet (Tabell 7). En av tre opplevde at det er mindre mulighet til å uttrykke offentlig hva man mener. Skeive rapporterte signifikant lavere gjennomsnittskåre for SAFE (Figur 4): Skeive: M = 2,25, SD = 0,59; Ikke skeive, M = 2,58, SD = 0,59, $t = 4,48$, $p < 0,001$.

Tabell 7. Opplevelse av samfunnsendringer etter terrorangrepet

	N	Mye mindre		Litt mindre		Som før		Litt mer		Mye mer	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Motsetninger mellom ulike grupper ^a	221	0	(0)	10	(4,5)	61	(27,6)	86	(38,9)	64	(29,0)
Samhold og fellesskap	222	21	(9,5)	53	(23,9)	89	(40,1)	51	(23,0)	8	(3,6)
Mulighet til å si offentlig hva man mener	221	15	(6,8)	58	(26,2)	105	(47,5)	36	(16,3)	7	(3,2)
Trygghet	223	45	(20,2)	107	(48,0)	55	(24,7)	11	(4,9)	5	(2,2)
Frykt ^a	222	-	(≈1)	10	(4,5)	48	(21,6)	118	(53,2)	45	(20,3)
Hat ^a	220	-	(≈1)	5	(2,3)	57	(25,9)	105	(47,7)	52	(23,6)
		M	SD	Range	α						
SAFE (sumskår: 5–30)	222	14,2	3,5	6–24	0,74						
SAFE (gjennomsnitt-skåre, 1–6)	222	2,4	0,6	1–4							

SAFE – Social Attachment, Fellowship, and Environment.

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.; α, Cronbach's alfa. a Spørsmål reversert i SAFE-indeks samt beregning av gjennomsnitt.



Figur 4. Et mindre trygt samfunn – særlig for skeive

Den røde linjen indikerer gjennomsnittsverdi for SAFE, og de stiplede linjene er standardavviket. Gjennomsnitt er avrundet til hele tall for å passe svaralternativene.

De som opplevde at samfunnet hadde endret seg, ble bedt om å beskrive hvordan dette hadde påvirket dem. I svaret på dette åpne spørsmålet, oppga nesten halvparten en kvalitativ beskrivelse av hvordan de opplevde at samfunnet hadde endret seg i tiden etter terrorangrepet. Dette var i all hovedsak en beskrivelse av negative samfunnsendringer, særlig negative

reaksjoner mot den skeive befolkningen. En del beskrev også en opplevelse av et mindre trygt samfunn, med mer polarisering og mindre ytringsfrihet, generelt.

NEGATIVE REAKSJONER MOT DE SKEIVE

Det klart mest prevalente temaet i deltagernes beskrivelser av samfunnsendringene som hadde preget dem i tiden etter terrorangrepet, var negative reaksjoner mot det skeive miljøet, inkludert en økt forekomst av hets og hat. En del uttrykte også at de opplevde at det var mer aksept for å uttrykke hat mot skeive nå, sammenlignet med før terrorangrepet.

«Et sterkere hat»

Mange deltagere beskrev at de opplevde at det var flere negative reaksjoner, inkludert et sterkere hat, mot den skeive befolkningen etter angrepet, særlig i sosiale medier, men også på gaten. En sa for eksempel: «Det har blitt mye mer åpenhet i sosiale medier på at man kan drepe oss. Det er et sterkere hat som blir rettet mot oss. Jeg opplever mer enn det jeg gjorde før, at folk kan kommentere eller uttrykke seg negativt, både mot venner og mot meg». En annen sa: «Det er mye hat nå, mer enn det var før, ved Pride, for eksempel, så er det masse, masse, masse hat, som ønsker oss døde, og (...), og drept, og you name it». Lignende sa en annen:

Det har påvirket meg på den måten hvor...siden jeg er en del av en minoritetsgruppe som er LHBT, så føler jeg at etter denne terroren, så har det åpnet seg mye mer for høyreekstreme tanker og meninger. Og med sosiale medier også, sånn som TikTok for eksempel, hvor det er mye lettere å være anonym, det har åpnet opp for at folk er mye mer hatefulle og sier mer sine meninger... enten om det er ment for å ragebaite eller om det faktisk er meninger man har.

Enkelte uttrykte at de var overrasket over at det hadde blitt mindre, og ikke mer, støtte til den skeive befolkningen i tiden etter angrepet. En sa for eksempel:

Jeg prøver ikke å lese så mye i kommentarfeltet når det står noe om flagging på skoler, men man merker at folk er mye mer aggressive, mye mer negative til Pride, til flagget, til homofile, da. Jeg trodde jo, når jeg sa til [partneren] min den natta at: «Hvis det kommer noe godt ut av dette, så

er det kanskje at folk nå forstår hvorfor det er så viktig med Pride», og så hadde det helt motsatt effekt.

«Større rom for hatprat»

En del deltagerne uttrykte at de opplevde at det var mer aksept for å uttrykke hat mot skeive nå, sammenlignet med før terrorangrepet. En av deltagerne beskriver det slik:

Jeg er skeiv selv. Og man forstår jo dette terrorangrepet som et angrep mot skeive. Og vi så jo at debatten rundt det der skeive begynte å bli ganske mye mer polarisert før 25. juni. Men vi ser jo også at den har blitt enda mer etter 25. juni. Og at man opplever at noen mer har tatt litt mer side, og at disse ekstreme og kontroversielle miljøene har nok funnet trygghet og støtte i at det terrorangrepet skjedde... og, eller det opplever jeg da, at folk har på en måte fått verifisert at det er ok...Ikke storsamfunnet, men noen grupper da, synes det er ok å utøve mer hatkriminalitet mot skeive. Det er greit å skrive på nettet at vi må dø, vi er mennesker som ikke fortjener leve.

En annen sa: «Det er blitt større rom for hatprat, kritiske holdninger til skeive er blitt mainstream». En annen beskrev det slik: «Ja, det er en god del som føler at de nå kan si ting høyt i forhold til min person og hvordan jeg ser ut (...), enn jeg tror de hadde gjort før. Så det der spontane hetsen, den er økt».

MER POLARISERING, MINDRE YTRINGSFRIHET

«Samfunnet polariserer seg»

En del deltagere sa at de opplevde at vi har fått et mer polarisert samfunn, og/eller mindre ytringsfrihet, etter angrepet. Noen trakk paralleller til politikken i USA. En sa for eksempel:

Nei, det er jo en generell frykt for at man ser at verden går i mye mer konservativ høyre- retning som prøver å undertrykke skeives rettigheter. Og det er jo spesielt med tanke på at selv om dette var et religiøst rettet terrorangrep mot de skeive, så har du holdninger fra USA som også er med på å påvirke, som får sympatisører for sanne her hendelser også. Så jeg synes jo bare det at det er en generell konservativ retning og mye mer ekstremisme alle veier som gjør at det er skremmende.

En annen sa:

Jeg har opplevd at ytringsfriheten faktisk er litt mer skummel å bruke i dag enn den var før. (...) Sånn at jeg trodde aldri at jeg skulle være redd for å si hva jeg mener, men det er jeg faktisk, på grunn av samfunnsendringene. Jeg vil si spesielt ytringsfriheten – og hvordan samfunnet polariserer seg. Så vil jeg si at ytringsfriheten er kanskje det jeg mener..., kan påvirke og forundre meg over at jeg skulle i det hele tatt tenke det. At jeg må være forsiktig med hva jeg sier. (...) og ikke vise offentlig hva man er engasjert i for mye, og så videre.

ET MINDRE TRYGT SAMFUNN

«Terror kan ramme når som helst»

En del deltagere sa at de opplevde at samfunnet var mindre trygt, hvorav noen sa at de fryktet et nytt terrorangrep. En beskrev det slik: «Mye mer skeptisk og redd for at folk skal angripe/skyte/terror. Både da man sitter på kollektiven, er ute på byen eller ute i gata. Man følger mer med rundt seg hva som skjer». En annen deltager sa: «Når man er ute, fordi jeg tenker jo alltid at det kan skje noe. Sånn, før dette, så kunne jeg aldri tenkt på noe sånt. Ikke sånn,...du trenger å ha øynene bak ryggen». En sa: «(...) Og det har påvirket meg litt, jeg har blitt litt mer forsiktig med hvor jeg går og hva jeg er med på. Ja, det ligger litt i bakhodet av det, at terror kan ramme når som helst, hvor som helst». En annen beskrev det slik:

Man ser at det, at det man ikke trodde skulle skje igjen skjedde igjen. Ikke sant. (...) Det er jo veldig grusomt. Da mister man litt den tryggheten i å være en del av et stort samfunn hvor man på en måte ikke blir rammet, da. Da du får på en måte smelt i trynet at alt er faktisk mulig, og at du er ikke trygg.

NEGATIVE FØLELSER

Majoriteten av deltagerne ga en beskrivelse av hvordan disse samfunnsendringene hadde påvirket dem. De sa først og fremst at det hadde vekket frykt og utrygghet, men det var også flere som beskrev andre negative følelser, inkludert håpløshet, tristhet, og fremmedfrykt.

FRYKT OG UTRYGGHET**«Utrygg i det offentlige rom»**

Den mest prevalente påvirkningen deltagerne rapporterte, var at de negative samfunnsendringene hadde ført til at de kjente på en økt frykt og utrygghet. En sa for eksempel: «Jeg er mer utrygg som homofil i dag enn før 25.juni». Deltagerne sa at de er mer redde for å vise at de er skeive i offentligheten, og for å delta på skeive arrangementer og utesteder. En beskrev det slik:

Ja, nei, jeg tenker man er litt mer forsiktig. (...) Det vil jeg jo si. Så det har jo satt i gang en frykt, ikke sant, skal jeg gå i Pride Paraden?... Ja, kanskje jeg bare skal se på, ikke sant? For jeg har ikke lyst til å på en måte, være målskive, da. Ikke sant? Altså, det er jo ting som går gjennom...Så det har jo påvirket negativt, ja. Hvordan man kan vise seg i det offentlige (...) Så terror skaper jo frykt, og det er jo mekanismen i det, og det har det absolutt gjort, tenker jeg, for min del.

En annen beskrev det slik:

Jeg opplever en større utrygghet i å være ute i det offentlige rom. Jeg har mye større av det vi kan kalle minoritetsstress enn det jeg har hatt tidligere. Det handler ikke bare om at jeg har opplevd 25. juni, men at det er et ...Det er frontene hardnes, rett og slett. Så det påvirker meg på den måten at jeg føler meg utrygg, i det offentlige rom.

Enkelte sa også at de opplever at de er mer mottakelige for hets og hat, at de legger mer merke til det – og at det gjør dem utrygge. En sa for eksempel:

Jeg pleier å si den dagen forandret meg. Jeg har blitt mye mer mottakelig for homo-hets, som jeg ikke var før (...) Jeg opplever at verden har blitt mindre trygg, og så har den hendelsen også forandret noe med min trygghetsfølelse. Mot at før det var jeg ikke mottakelig for at noen kalte meg en jævla et eller annet. Det går veldig inn på meg nå – en sånn forandring. Pluss at jeg ikke er trygg på den bydelen jeg bor i med hets (...) Det gikk ikke så inn på meg før, men nå går det veldig...sånn at jeg går lavt i terrenget på en måte, da. (...) Det gjør jeg for å ikke bli æsja på eller bua på. Så under skeive dager, jeg henger ikke opp flagget her, for det blir stjelt eller brent. Det er sånne ting som foregår i de bydelene her. Og det har ikke blitt noe bedre. Men det som da forandret seg hos meg, er at liksom før den hendelsen, så kunne jeg tenkt

«den stakk litt» – og så var jeg ferdig med det. Nå er det med en konstant frykt. Det går også på at jeg har ikke lyst til å stoppe og prate med naboene rundt her, så jeg er veldig anonym. (...) Ja, så ikke jungeltelegrafene går da (...) Jeg merker selv ikke min legning på noen slags helst måte. Jeg har slettet Facebook, for eksempel. Jeg vil ikke være registrert som skeiv på noen arenaer da. (...) Så det er ganske inngripende når jeg prater om det nå, så går det opp for meg hvor egentlig inngripende det er.

ANDRE NEGATIVE FØLELSER

«Mye mindre optimistisk»

Utover denne frykten og utryggheten, var det også flere som beskrev andre negative følelser knyttet til samfunnsendringene de hadde merket seg i tiden etter angrepet, inkludert en følelse av apati, håpløshet, sinne, og mindre tro på menneskeheten.

Ja, jeg mener det, men det er jo fordi at man ser etter terrorangrepet, så er det jo...Jeg måtte slutte å lese på en måte sånne kommentarer på saker i aviser og på Facebook og sånne ting, for det var veldig mye hat i kommentarene der. Og det påvirker jo meg fordi at jeg har mange nære venner det handler om, da. Som jeg er veldig, veldig glad i. Og det gjør at jeg blir både lei meg og litt forbannet og tenker at: «Hva er det som skjer med menneskeheten?». Hvordan går det an å ha så mye hat og så mye ondskap overfor mennesker som har en annen legning, for eksempel. Som de absolutt ikke kan bestemme selv. Det er en slags frustrasjon og ja, tristhet over at mennesker kan være så slemme mot hverandre. Det er sånn det har preget meg egentlig. Det kan gjøre meg litt nedstemt når jeg ser sånne ting og oppfatter at mennesker har så lite forståelse for noe annet enn akkurat sin egen nesetipp. Rett og slett.

En annen deltager sa: «Jeg er mye mindre optimistisk på vegne av fremtiden. Altså personlig for mitt eget liv og livskvalitet, og ikke minst for homo-saken». En beskrev det slik: «Bare har blitt veldig apatisk til alt sammen. (...) det føles helt sånn ukonstruktivt og håpløst». Lignende sa en annen deltager: «Men det har jo påvirket meg i den graden at jeg mistet litt troen på menneskeheten etter det som skjedde med den terroren, og hvordan folk har reagert på det. Ja. Og ting som har kommet frem». Enkelte var lei seg, og sa at det påvirket dem sosialt, i form av at de ble mer isolert. En sa for eksempel: «Jeg har lukket meg, og isolert meg mye mer». En sa annen sa: «Ja, det gjør meg veldig lei meg, på en måte. Jeg

synes det er vanskelig å gå ut på offentlig sted. Tidvis. Ja. Gå ut og ta en øl, det blir vanskelig». Enkelte uttrykte fremmedfrykt og at de hadde blitt skeptiske til mennesker fra andre kulturer. En sa for eksempel: «Større skepsis til mennesker med annen hudfarge og islamsk tilknytning». En annen sa: «Jeg er nok blitt mer negativ til mannlige utenlandske som kan minne om eller ligne på gjerningsmannen».

ENGASJEMENT OG STØTTE

«Et voldsomt engasjement»

Det er verdt å merke seg at en del deltagere beskrev positive (samfunns) endringer etter angrepet, knyttet til et sterkere personlig engasjement, men også økt støtte i samfunnet til de skeive den første tiden etter angrepet, og mer samhold blant de skeive. En sa for eksempel: «(...) men sånn direkte etter, så var det jo et veldig sånn samhold og oppslutning og støtte, og det var jo fremme i media og sånn». En sa: «Det har i så fall påvirket meg til og om enda mer tydelig ta avstand mot diskriminering, hatvold ol.» En annen beskrev det slik:

Nei, det har påvirket meg med å skaffe meg et voldsomt engasjement for den politiske sak som jeg trodde var bak meg, for å jobbe for skeive sine rettigheter og for at de skal ha det bra, og for å jobbe mot radikalisering og ekstremisme, for å jobbe for at vi skal være bedre forberedt på...og neste krise...og en del sånne ting...har det gitt meg.

En sa:

(...) synes at det har endret seg på en positiv måte, fordi at jeg synes at det skeive miljøet i Norge har fått mye støtte. Og at det er veldig mange flere, jeg føler at det er veldig mange flere som er, selv om man ikke er skeiv, så går man med skjerf. (...) Sånn at jeg føler at det har skjedd noe positivt også, for folk har gitt veldig mye støtte til den, kanskje enn de var bevisst på før. I hvert fall, det er blitt mye mer ting som vises, at folk viser støtte for det om de ikke er skeiv.

«Det er lov å komme ut av skapet»

En deltager bemerket hvordan denne tragiske hendelsen hadde forent to forskjellige grupper: de skeive og et fotballmiljø:

Det å være skeiv, spesielt i Oslo, eller i miljøet midt rundt [sted], har vært... et paradigmeskifte. (...) Per på hjørnet, en fotballpub, også, i tillegg til å være en skeiv pub. (...) Matapour traff to blinker, og det forenet de to gruppene til felles interesse, (...) og arrangementer for skeive og regnbue flagg, og homofober får juling og blir kastet bort fra tribuna. Ja, det går den veien da, heller. Merket veldig at det er lov å komme ut av skapet i vårt miljø, noe det ikke var, før denne hendelsen. (...) Så det gikk motsatt vei av det Matapour tenkte.

SKUFFENDE LITE SAMFUNNSENDRINGER

«Det finnes ikke i bevisstheten til de fleste»

Det er verdt å merke seg at enkelte deltagere uttrykte skuffelse over manglende endring i samfunnet som følge av angrepet. En sa for eksempel:

Min opplevelse som terroroffer er jo at samfunnet ikke endret seg. Det er min opplevelse av oss som minoriteter da, at vi ikke er verdsatt. (...) At det var et terrorangrep for tre år siden i Oslo, det finnes ikke i bevisstheten til de fleste etter min opplevelse (...) jeg synes samfunnet og media har underkommunisert....at Regjering og statsapparat brukte sånn lang tid på å kalle det terrorangrep. Det kan dere skrive masse om i rapporten. (...) Jeg tror mangel på endring er det som har påvirket meg. (...) Det er utrolig, vondt å bli irritert på samfunnet på den måten som jeg merker at jeg blir. Men sånn er det.

«For oss er det ikke over»

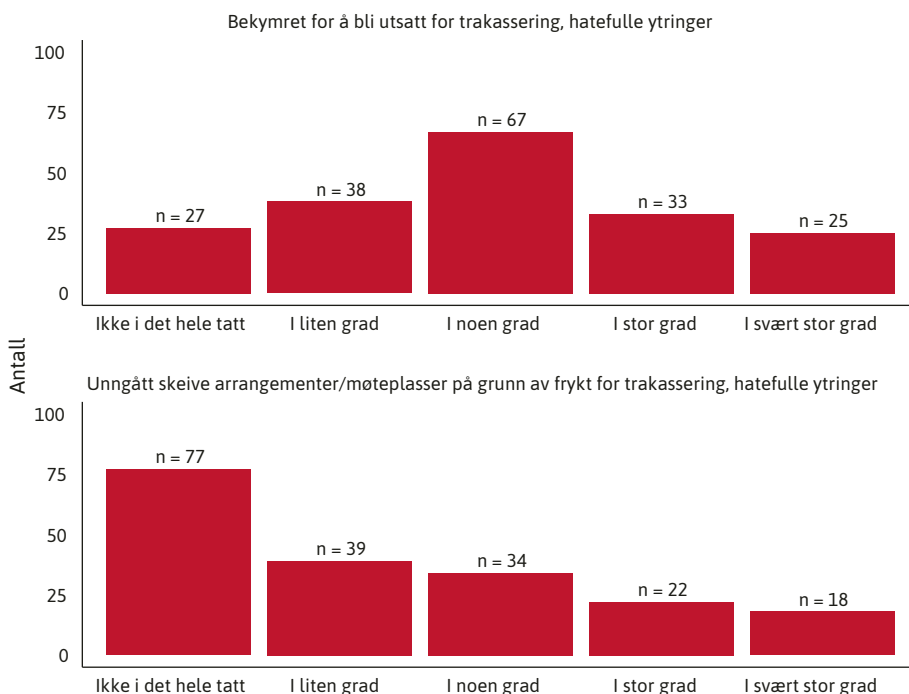
En annen deltager understreket at det å ha opplevd et terrorangrep kan påvirke rammede i lang tid etter hendelsen:

(...) Samtidig så var det jo en periode hvor jeg opplevde at storsamfunnet hørte på oss. «Nå trenger vi at dere beskytter oss, vi trenger at dere slår ring rundt oss». Og det var det jo på en måte en bølge av, men så dabbet det av. Og det er jo det som kanskje er vanskelig med å være offer i terrorangrepet. For oss så slutter ikke dette terrorangrepet på en måte å virke inn på livet vårt etter to måneder, etter fem måneder, etter ett år eller to år. Mens resten av storsamfunnet, de går jo videre – og har kanskje problemer med å forstå hvorfor vi er der vi er, for de skjønner ikke hva vi har opplevd. Jeg tror aldri du kan forstå hva vi har opplevd før du har vært borte i det.

Kort oppsummert beskrev deltagerne i studien negative samfunnsendringer i tiden etter angrepet, særlig negative reaksjoner mot den skeive befolkningen, men også en opplevelse av et mindre trygt samfunn, med mer polarisering og mindre ytringsfrihet, generelt. Dette har vekket frykt og utrygghet, men også andre negative følelser, som håpløshet, sinne, tristhet, og fremmedfrykt.

BEKYMNING FOR DELTAGELSE PÅ SKEIVE ARRANGEMENTER OG MØTEPLASSER

Blant alle deltagerne i studien, var det 190 (85 %) som oppga at de noen gang hadde deltatt på skeive arrangementer eller møteplasser. Denne gruppen ble spurt om hvilke vurderinger de har gjort seg om å delta på slike arenaer etter terrorangrepet. To tredjedeler (66 %) svarte at de i noen grad eller i (svært) stor grad er bekymret for å bli utsatt for trakassering, hatefulle ytringer, annen hatkriminalitet eller terror i forbindelse med slik deltagelse (Figur 5). I tillegg oppga 39 % at de har unngått skeive arrangementer eller møteplasser av frykt for slike hendelser.



Figur 5. Bekymring for deltagelse på skeive møteplasser

BEGRENSET ÅPENHET OM SKEIV IDENTITET

Deltagere som identifiserte seg som skeive, ble spurt om de var åpne om sin skeive identitet på ulike sosiale arenaer i dag (Tabell 8). I underkant av halvparten av alle skeive (44 %, n = 59) oppga at de var åpne om sin skeive identitet på alle arenaer, mens nesten alle var åpne på minst en (i relasjon til familie, venner, kollegaer eller i offentligheten). Eksempelvis oppga en av tre at de unnlot å være åpne på enkelte arenaer (Tabell 8).

Tabell 8. Åpenhet om skeiv identitet

Er du åpen om at du er skeiv?	n	%
Ja, med (noen i) familien min	90	(65,7)
Ja, blant (noen) venner	95	(69,3)
Ja, blant (noen) kollegaer/medstudenter	90	(65,7)
Ja, jeg er åpent skeiv i offentligheten (feks i (sosiale) medier, verv i skeiv organisasjon)	98	(71,5)

På spørsmål om hvorvidt terrorangrepet har påvirket i hvilken grad deltagere viser andre at de er skeive, svarte halvparten (51 %) at de har blitt mer forsiktige (Tabell 9). Samtidig oppga nesten halvparten (45 %) at de er mer opptatt av å vise at de er skeive etter angrepet.

Tabell 9. Synlighet skeiv identitet

	N	Ikke i det hele tatt/ I liten grad		I noen grad		I (svært) stor grad	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Har du etter 25. juni blitt mer opptatt av å vise at du er skeiv?	136	75	55,1	41	30,1	20	14,8
Har du etter 25. juni blitt mer forsiktig med å vise at du er skeiv?	136	67	49,2	36	26,5	33	24,2

3.4 HELSE OG DELTAGELSE ETTER TERRORANGREPET



Alle deltagerne i studien ble spurt om sin nåværende psykiske og fysiske helse, samt bruk av rusmidler. Resultatene viser overordnet at mange rammede har betydelige helseplager ca. tre år etter terrorangrepet (Tabell 10). Årsakene til individuelle variasjoner i helseplager er ofte sammensatte. Både posttraumatiske stressreaksjoner etter terrorangrepet 25. juni, 2022, og andre hendelser, skade, sykdom eller andre belastninger i livet kan spille en rolle. Resultatene som presenteres her kan gi en pekepinn på hva som plager de rammede nå.

Tabell 10. Forekomst av helseplager

	n	%	M	SD
PTSD (sumskår 0–24), N	228		7,57	5,83
Symptomkriterier				
Gjenopplevelse	67	(29,4)		
Unngåelse	100	(43,9)		
Følelse av overhengende fare (økt fysiologisk aktivering)	149	(65,6)		
Diagnostiske kriterier				
0 -Ingen posttraumatiske symptomer	65	(28,5)		
1 -Sannsynlig lite plaget av posttraumatiske symptomer	57	(25,0)		
2- Sannsynlig plaget av posttraumatiske symptomer	59	(25,9)		
3- Sannsynlig (svært) mye plaget tilsvarende PTSD	47	(20,6)		
K-PTSD tilleggssymptomer ^a (sumskår 0–24)	228		7,35	5,95
K-PTSD: PTSD + K-PTSD tilleggssymptomer ^a	30	(10,0)		
Angst og depresjon (gjennomsnittsskåre: 1–4), N	228		1,97	0,82
Få/ingen angst/depressive symptomer ($\leq 1,85$)	124	(54,4)		
Noe plaget av angst eller depressive symptomer ($>1,85 - 2$)	28	(12,3)		
Mye plaget av angst/depressive symptomer (>2)	76	(33,3)		
Problematiske sinn (sumskår: 0–15), N	228		5,74	2,66
Problematiske sinn (>8)	40	(17,5)		
Traumatisk sorg^b (sumskår: 22–110), N	12		52,8	22,6
Langvarig hodepine (0–35), N	223		3,62	8,26
Vedvarende/tilbakevendende hodepine	49	(21,5)		
Langvarig muskel/ledd smerte (sumskår: 0–40), N	228		7,60	12,51
Kroniske smerter i muskler og ledd	71	(31,1)		
Langvarige søvnproblemer (sumskår: 0–42), N	214		13,68	14,06
Insomni	105	(47,3)		
Problematiske medikament bruk (sumskår: 0–39), N	229		2,44	5,33
Moderat eller høy risiko (>3)	44	(20,5)		
Problematiske alkohol bruk (sumskår: 0–39), N	229		7,57	6,54
Moderat eller høy risiko (≥ 11)	50	(21,8)		
Problematiske bruk av andre rusmidler (sumskår: 0–39), N	229		1,32	4,63
Moderat eller høy risiko (>3)	22	(9,6)		

^aTilleggssymptomer ved kompleks PTSD (K-PTSD) = DSO – Forstyrrelse i selvorganisering. ^bTraumatisk sorg – totalt mistet 12 personer nær person i terrorangrepet eller under omstendigheter de knyttet til hendelsen i tiden etterpå. Antall etterlatte i studien er altså få. Antall med sumskår for symptomer tilsvarende traumatisk sorg >54 var under 5, og derfor ikke inkludert i tabellen.

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation).

3.4.1 POSTTRAUMATISK STRESS LIDELSE

Én av fem deltagere (21 %) rapporterte et symptomnivå på gjenopplevelse, unngåelse, og følelse av overhengende fare, tilsvarende sannsynlig PTSD, hvorav halvparten av det totale også hadde symptomer tilsvarende kompleks PTSD. I tillegg fant vi at ytterligere én av fire deltagere (26 %) var plaget av PTSD symptomer uten å oppfylle alle de tre symptomkriteriene. Totalt tyder dette på at 46 % av deltagerne i studien er plaget av PTSD symptomer nesten tre år etter angrepet.

3.4.2 ANDRE HELSEPLAGER

ANGST- OG DEPRESJONSSYMPTOMER OG PROBLEMATISK SINNE

Én av tre deltagere (33 %) rapporterte et høyt nivå av symptomer på angst/depresjon. I tillegg oppga 12 % at de var noe plaget, mens et knapt flertall (54 %) rapporterte at de var lite eller ikke plaget av slike symptomer. Deltagerne som ble intervjuet og hadde udekkede hjelpebehov (n=35) ble spurt om de hadde selvmordstanker, hvorav 26 % bekreftet dette. Et betydelig mindretall (18 %) rapporterte om problematisk sinne.

HODEPINE, SMERTER OG SØVNPROBLEMER

Et flertall av deltagerne (59 %) rapporterte at de i tiden etter terrorangrepet hadde opplevd vedvarende eller tilbakevendende fysiske plager – som hodepine, muskel- eller leddsmerter, eller søvnproblemer – over en periode på minst tre måneder. Når det gjelder nåværende plager av minst tre måneders varighet, rapporterte én av fem (22 %) hodepine, og én av tre (31 %) muskel- eller leddsmerter (lokalisert til korsrygg, øvre del av rygg, nakke, kjeve, bryst, armer eller bein). Nær halvparten (47 %) oppga betydelige søvnproblemer (svarende til insomni).

RUSMIDDELBRUK

På spørsmål om problematisk rusmiddelbruk, rapporterte 22 % av deltagerne risikofylt eller skadelig bruk av alkohol, 21 % risikofylt eller skadelig bruk av medikamenter (for eksempel reseptbelagte smertestillende, beroligende midler og sovemedisiner), og 10 % risikofylt eller skadelig bruk av andre rusmidler (for eksempel, cannabis, kokain). Blant deltagerne som oppga at de noen gang hadde brukt rusmidler, rapporterte en betydelig andel (42 %) at deres bruk av alkohol, medikamenter eller andre rusmidler hadde endret seg etter terrorangrepet.

3.4.3 DELTAGELSE OG LIVSKVALITET



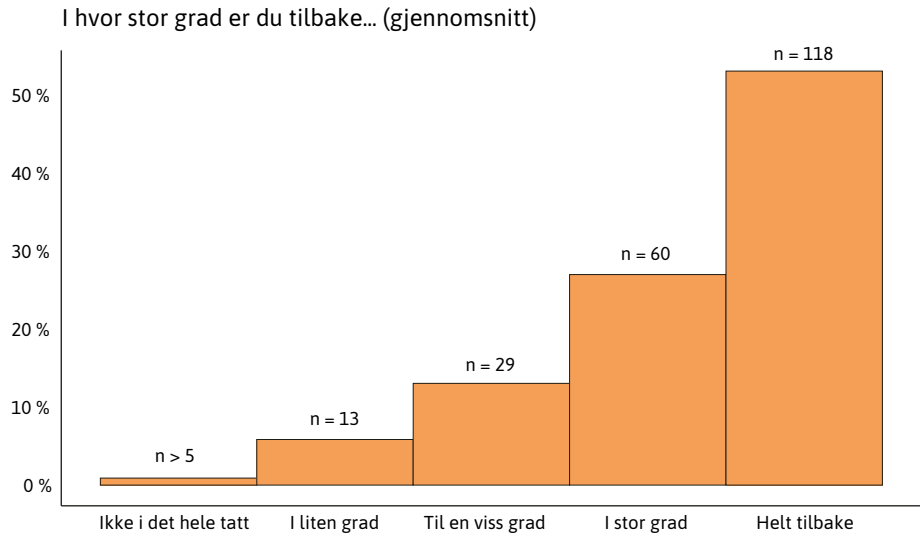
FUNGERING

For å måle fungering i hverdagen nå for tiden, ble alle deltagerne spurt om i hvor stor grad de er tilbake i funksjonen de hadde før angrepet på fem sentrale arenaer. De fleste (80 %) var i stor grad (27 %) eller helt tilbake (53 %) til funksjonen de hadde før angrepet (Figur 6). Mer spesifikt var to var helt tilbake på skole, studier eller arbeid (Tabell 11), halvparten rapporterte at de var helt tilbake i forhold til ting de gjør på fritiden (51 %), med venner (55 %), familien (58 %), og med husarbeid (63 %).

Tabell 11. Fungering i hverdagen

	Ikke i det hele tatt/i liten grad			Til en viss grad		I stor grad		Helt tilbake	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%
På skole/studier/arbeid	221	26	(11,7)	21	(9,5)	27	(12,2)	147	(66,5)
På fritiden	222	22	(9,9)	41	(18,5)	45	(20,3)	114	(51,4)
I forhold til venner	222	13	(5,9)	40	(18,0)	47	(21,2)	122	(55,0)
I forhold til familien	221	16	(7,2)	25	(11,3)	51	(23,1)	129	(58,4)
I forhold til husarbeid (plikter hjemme, vaske klær osv)	222	16	(7,2)	35	(15,8)	31	(14,0)	140	(63,1)
	N	M	SD	Range	α				
Funksjon (sumskår: 0–20)	222	16,3	4,7	2–20	0,92				
Funksjon (gjennomsnitt: 0–4)	222	3,3	1,0	0,4–4					

Legge til linje under tabell: N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.; α , Cronbach's alfa.



Figur 6. Fungering etter angrepet

DELTAGELSE I ARBEIDSLIV

Når det gjelder tilknytning til arbeidslivet, var tre av fire i arbeid, mens én av fire (25 %) står helt eller delvis utenfor arbeidslivet (Tabell 12). Sykemeldingsprosenten i utvalget er 12 %. Vi fant ingen gruppeforskjeller mellom skeive og ikke-skeive med hensyn til deltagelse i arbeidsliv.

Tabell 12. Deltagelse i arbeidsliv

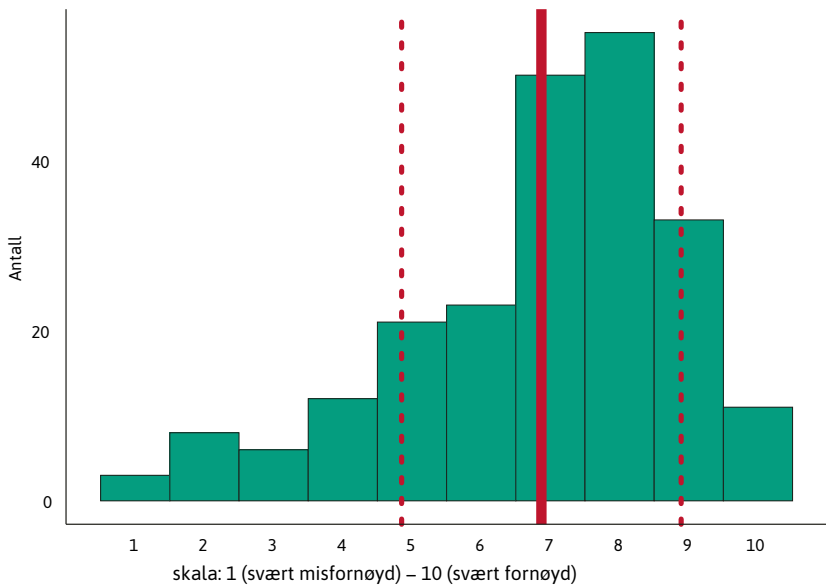
	Alle		Ikke-Skeive		Skeive		p
	N = 229		n = 84		n = 137		
Deltagelse arbeidsliv, n (%)	222						0,134
Full arbeidsdeltagelse	166	(72,5)	57	(68,7)	107	(78,1)	
Delvis deltagelse	15	(6,6)	9	(10,8)	6	(4,4)	
Frafall fra arbeidsliv	41	(17,9)	17	(20,5)	24	(17,5)	
Sykemeldt, n (%)	222						>0,99
Sykemeldt	28	(12,2)	11	(13,3)	17	(12,4)	

Kjikkvadrattest

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.; α , Cronbach's alfa.

LIVSKVALITET – LAVERE BLANT SKEIVE

På spørsmål om hvor fornøyde deltagerne er med livet generelt, på en skala fra 1 til 10 – der 1 betyr «svært misfornøyd» og 10 «svært fornøyd» – oppga deltagerne samlet sett et gjennomsnitt på 6,9. Skeive deltagere rapporterte et signifikant lavere nivå av livstilfredshet sammenlignet med ikke-skeive (Figur 7 og Tabell 13).



Figur 7. Tilfredshet med livet

Hvor fornøyde deltagerne er med livet generelt. Den røde linjen gjenspeiler gjennomsnittet, og de stiplede linjene indikerer standardavviket (SD).

Tabell 13. Tilfredshet med livet

	N	Alle			Ikke skeive (n = 84)		Skeive (n = 137)		p
		M	SD		M	SD	M	SD	
Hvor fornøyd er du med livet sånn i alminnelighet? (skala 1–10)	222	6,87	(2,02)		7,24	(1,85)	6,68	(2,08)	0,039

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.

3.4.4 UDEKKEDE HJELPEBEHOV

Selv flere år etter et terrorangrep kan rammede ha behov for hjelp fra tjenestene (f.eks. fastlege, psykiatrisk sykepleier, psykolog, NAV) eller andre for å håndtere aktuelle helseplager (f.eks. PTSD, depresjon, angst, søvnvansker, hodepine, smerter, problematisk bruk av rusmidler, selvskading eller selvmordsrisiko), samt ledsagende funksjonstap (f.eks. frafall fra utdanning/arbeidsliv og/eller sosial isolasjon). Det kan for eksempel dreie seg om behov for å komme i kontakt med relevante tjenester for vurdering, oppstart eller opptrapping av hjelpe- og støttetiltak innenfor offentlige tjenester. Etter avsluttet intervju/selvutfylling vurderte deltager, sammen med intervjuer ved intervju, hvorvidt de hadde aktuelle hjelpebehov nå.

Deres samlede vurdering viste at et knapt flertall på 54 % (119 av 221) ikke hadde noen hjelpebehov nå, mens 46 % (102 av 221) hadde behov for hjelp. Blant disse hadde 45 % (46 av 102) dekket sine behov for hjelp, mens 55 % (56 av 102) hadde behov for (økte) hjelpetiltak. Dette betyr at en av fire (56 av 221) hadde aktuelle udekkede hjelpebehov ved tidspunktet for deltagelse..

Alle deltagerne med udekkede hjelpebehov fikk tilbud om å få tilsendt egne resultater i posten innen en uke etter deltagelse. Nesten alle (n = 55) ønsket, og fikk tilsendt, en slik *individuell tilbakemelding*, til bruk i kontakt med tjenestene. Utover disse var det et lite antall deltagere uten udekkede hjelpebehov (n<5) som også ønsket å motta en *individuell tilbakemelding* fra studien.

Blant personer med udekkede hjelpebehov, deltok nærmere to tredjedeler (35 av 56) ved intervju, mens litt over en tredjedel (20 av 56) deltok ved selvutfylling. For åtte personer har vi ikke informasjon om eventuelle

hjelpebehov. Dette skyldes at deltagerne avsluttet spørreskjema forut for utfylling eller unnlot å svare på disse avsluttende spørsmålene.

For de som deltok ved intervju gjorde intervjuer en vurdering av alvorlighetsgrad, inkludert selvmordsrisiko, samt hastegrad av til behov for tiltak, for alle med udekkede hjelpebehov. I studien ble det foretatt 35 selvmord-vurderinger, hvorav 26 (74 %) svarte 'nei' til det første screeningsspørsmålet («Har du tanker om å ta ditt liv?»), mens 9 (26 %) svarte 'ja'. Los ble kontaktet i et fåtall av tilfellene (for under ti personer). Kun et fåtall (n<5) hadde behov for akutt hjelp.

Dette kan samlet sett tyde på at beredskapen i studien har fungert, samt at intervju kan være en foretrukket metode for deltagelse blant rammede med aktuelle udekkede hjelpebehov.

3.5 ERFARINGER AV SAMFUNNETS RESPONS

Etter terrorangrepet har helse- og omsorgstjenestene, politiet og rettsvesenet, sentrale roller i ivaretagelsen av de rammede – knyttet både til helseoppfølging, gjenopprettelse av trygghet og rettferdighet. I det følgende presenterer vi deltageres erfaringer i møte med disse tjenestene, myndigheter og media etter angrepet.

3.5.1 OFFENTLIG DEFINISJONSMAKT OG RETTSPRAKSIS

Deltagerne i studien ble spurt om hvor viktig det var for dem at angrepet ble omtalt som en terrorhandling. Et klart flertall (82–85 %) svarte at det i (svært) stor grad var viktig for dem at angrepet ble definert som terror av myndighetene og i media, og at rettens dom lød på grov terror (Tabell 14).

Tabell 14. Betydningen av at angrepet ble definert som terror

	N	Ikke viktig i det hele tatt/ I liten grad		I noen grad		I stor grad/svært viktig for meg	
		n	%	n	%	n	%
Hvor viktig er det for deg at angrepet ble omtalt som et terrorangrep av myndighetene?	222	16	(7,3)	18	(8,1)	188	(84,7)
Hvor viktig er det for deg at angrepet ble omtalt som et terrorangrep i media?	222	17	(7,7)	22	(9,9)	183	(82,4)
Hvor viktig er det for deg at dommen lød Grov terror?	218	15	(6,9)	22	(10,1)	181	(83,0)

3.5.2 OPPLEVELSE AV SAMFUNNETS HÅNDTERING AV TERRORANGREPET

Deltagerne ble bedt om å tenke på håndteringen av terrorangrepet 25. juni, 2022 samlet sett, og vurdere hvor fornøyde de var med håndtering fra ulike instanser, myndigheter og media, alt i alt. Overordnet uttrykte deltagerne særlig tilfredshet knyttet til rettsvesenets håndtering av angrepet, hvorav de fleste (75 %) var (svært) fornøyde, samt med politiets håndtering (59 %) (Tabell 15). Et mindretall var (svært) fornøyde med håndteringen fra media (44 %), helsevesen (36 %), regjering og stortinget (32 %). Et betydelig mindretall (43 %) var (svært) misfornøyd med PSTs håndtering av terrorangrepet 25. juni 2022 samlet sett.

Tabell 15. Tilfredshet med samfunnets håndtering av terrorangrepet

	N	(Svært) misfornøyd		Verken eller		(Svært) fornøyd	
		n	%	n	%	n	%
Helsevesenet	220	71	(32,3)	69	(31,4)	80	(36,4)
Politiet	221	45	(20,4)	45	(20,4)	131	(59,2)
PST	219	93	(42,5)	83	(37,9)	43	(19,7)
Rettsvesenet	220	10	(4,5)	45	(20,5)	165	(75,0)
Myndigheter	220	55	(25,0)	95	(43,2)	70	(31,8)
Media	220	38	(17,2)	85	(38,6)	97	(44,1)

PST; Politiets sikkerhetstjeneste, Myndigheter; Regjeringen og Stortinget

3.5.3 HELSETJENESTENE

Alle deltagerne i studien ble spurt om sine erfaringer med helsetjenestene i tilknytning til terrorangrepet. Særlig vekt ble lagt på å kartlegge i hvilken grad de rammede har opplevd behov for helsehjelp relatert til angrepet, om de har opplevd å ha tilgang til nødvendig hjelp, og hvilke typer tjenester de har vært i kontakt med. Deltakerne ble også bedt om å beskrive sine erfaringer i den tidlige fasen etter angrepet, samt eventuelle opplevelser av manglende tilbud eller støtte.

KONTAKT MED HELSETJENESTENE

Omtrent halvparten av de direkte rammede hadde hatt kontakt med fastlege (53 %) i tilknytning til terrorangrepet. Nesten like mange hadde hatt kontakt med personell i psykisk helsevern (psykiater eller psykolog) (51 %) (Tabell 16). Rundt 15–25 % svarte at de hadde vært i kontakt med henholdsvis Oslo skadelegevakt, Oslo kommunes kriseteam (SAA), kriseteam i bydelene i Oslo eller annen kommune, bedriftshelsetjeneste, NAV eller andre. I tillegg til hjelpetjenestene vist i tabellen, oppga noen få at de hadde hatt kontakt med sjelesørger (f.eks. prest eller imam) i tilknytning til terrorangrepet.

Totalt rapporterte 41 % at de hadde gått i terapi eller fått annen regelmessig oppfølging for psykiske plager knyttet til terrorangrepet 25. juni. Videre oppga 10 % at de hadde hatt en kontaktperson i kommunen/bydelen i tilknytning til det de opplevde i terrorangrepet.

Tabell 16. Kontakt med hjelpetjenester i tilknytning til terrorangrepet

	N	Ikke hatt kontakt		1 – 3 ganger		Mer enn 3 ganger	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Oslo skadelegevakt	223	189	(84,8)	28	(12,6)	6	(2,7)
Oslo kommunes kriseteam (SAA*)	223	173	(77,6)	41	(18,4)	9	(4,0)
Kriseteam i bydel i Oslo	221	183	(82,8)	20	(9,0)	18	(8,1)
Kriseteam i annen kommune	222	193	(86,9)	19	(8,6)	10	(4,5)
Fastlege	221	105	(47,5)	59	(26,7)	57	(25,8)
Bedrifts-/student- eller skolehelsetjenesten	221	185	(83,7)	21	(9,5)	15	(6,8)
Psykiater/psykolog	222	109	(49,1)	33	(14,9)	80	(36,0)
NAV	222	169	(76,1)	23	(10,4)	30	(13,5)
Andre	214	172	(80,4)	22	(10,3)	20	(9,3)

*SAA: Sosial og Ambulant Akutt-tjeneste

SELVOPPLEVD HJELPEBEHOV OG MOTTATT HJELP

Med tanke på selvopplevd hjelpebehov i tilknytning til terrorangrepet, oppga nesten halvparten (43 %) at de i stor/svært stor grad hadde følt behov for hjelp eller behandling for psykiske reaksjoner/plager i tilknytning til terrorangrepet. En liten andel (14 %) hadde opplevd at de i stor/svært stor grad hadde behov for hjelp eller behandling for kroppslige/fysiske plager. En av fem (20 %) hadde opplevd at de i stor/svært stor grad hadde behov for hjelp eller tilrettelegging på jobb, studier eller skole. Tabell 17 viser opplevd behov for hjelp og mottatt hjelp.

Tabell 17. Mottatt helsehjelp og tilrettelegging i arbeidslivet

	N	Ikke i det hele tatt		I liten grad		I noen grad		I stor grad		I svært stor grad	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Følt behov for hjelp for psykiske helseplager?	224	44	(19,6)	37	(16,5)	47	(21,0)	44	(19,6)	52	(23,2)
Fått hjelp fra helsepersonell for psykiske helseplager?	224	96	(42,9)	45	(20,1)	32	(14,3)	33	(14,7)	18	(8,0)
Følt behov for hjelp for fysiske helseplager?	224	134	(59,8)	33	(14,7)	25	(11,2)	17	(7,6)	15	(6,7)
Fått hjelp fra helsepersonell for fysiske helseplager?	224	160	(71,4)	31	(13,8)	18	(8,0)	12	(5,4)	-	(-)
Følt behov for tilrettelegging på jobb/studier?	223	102	(45,7)	43	(19,3)	34	(15,2)	25	(11,2)	19	(8,5)
Fått tilrettelegging på jobb/ studier?	224	122	(54,5)	33	(14,7)	25	(11,2)	31	(13,8)	13	(5,8)

Omtrent halvparten (54 %) oppga at de hadde hatt behov for mer hjelp for psykiske helseplager enn de hadde mottatt. Blant disse, oppga en liten andel 14 % at de i (svært) stor grad hadde følt behov for hjelp for psykiske helseplager, men i liten grad/ikke i det hele tatt fått hjelp for dette.

For fysiske helseplager, hadde nesten en av fire (24 %) opplevd høyere behov enn mottatt hjelp. Av disse, oppga 7 % at de i stor/svært stor grad hadde følt behov for hjelp, men i liten grad/ikke i det hele tatt hadde fått hjelp fra helsepersonell for kroppslige/fysiske plager.

Når det gjelder hjelp eller tilrettelegging på jobb, studier eller skole, oppga nær en av fire (23 %) større behov for hjelp enn det de hadde fått, mens 16 % oppga at de hadde fått mer hjelp enn de hadde følt behov for.

Nærmere 40 % opplevde at hjelpen de fikk etter terrorangrepet var tilfredsstillende – i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad (Tabell 18), mens over 60 % opplevde at hjelpen var lite tilfredsstillende, eller ikke tilfredsstillende i det hele tatt. Vi fant ingen statistisk signifikant forskjell i tilfredshet med hjelpen og behandlingen ut fra kjønn, aldersgruppe, utdanningsgrad, personlig økonomi, geografisk tilhørighet (Oslo versus resten av landet), bosituasjon eller skeiv versus ikke-skeiv identitet.

Tabell 18. Erfaringer med offentlig helsehjelp

	Ikke i det hele tatt			I liten grad		I noen grad		I stor grad		I svært stor grad	
	N	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Fikk du inntrykk av at hjelpeapparatets arbeid var godt organisert?	208	63	(30,3)	55	(26,4)	46	(22,1)	35	(16,8)	9	(4,3)
Fikk du hjelp uten å måtte be om det?	213	135	(63,4)	33	(15,5)	20	(9,4)	15	(7,0)	10	(4,7)
Hvor fornøyd er du med tilgjengeligheten til hjelpeapparatet?	205	65	(31,7)	61	(29,8)	39	(19,0)	30	(14,6)	10	(4,9)
Fikk du nok tid i samtaler og kontakt med helsepersonell?	194	85	(43,8)	34	(17,5)	35	(18,0)	30	(15,5)	10	(5,2)
Opplevde du å bli møtt med omtanke og omsorg?	198	51	(25,8)	20	(10,1)	47	(23,7)	45	(22,7)	35	(17,7)
Ble du tatt med på råd i valg av helsehjelp og behandling	193	109	(56,5)	31	(16,1)	23	(11,9)	18	(9,3)	12	(6,2)
Opplevde du at én person i hjelpeapparatet hadde hovedansvaret for oppfølgingen av deg?	197	132	(67,0)	14	(7,1)	23	(11,7)	18	(9,1)	10	(5,1)
Var hjelpen og behandlingen du fikk etter terrorangrepet, alt i alt, tilfredsstillende?	201	90	(44,8)	35	(17,4)	36	(17,9)	25	(12,4)	15	(7,5)

SÆRLIG NYTTIG HELSEHJELP I TIDLIG FASE

Alle deltagerne ble bedt om å tenke tilbake på de første tre månedene etter terroren – og fortelle hvilke tjenester de opplevde som særlig nyttige i denne første tiden etter angrepet. Mange trakk frem kontakten med psykisk helsevern (psykolog/psykiater), og en del deltagere nevnte fastlege og kriseteamet. Ellers var det enkelte som nevnte for eksempel RVTS, fysioterapeut, gestaltterapeut, kiropraktor, Legevakten eller mestringsenheten. Det er verdt å merke seg at ca. halvparten av de som sa at de hadde hatt spesielt god nytte av å snakke med en psykolog eller psykiater, hadde gått privat eller fått det via helseforsikringen på jobb/bedriftshelsetjenesten. En sa for eksempel:

(...) Og jeg skjønnte raskt at dette her må jeg gjøre noe med, så jeg tok kontakt da, med privatpsykolog faktisk, jeg gjorde det. For å få rask hjelp, hvor jeg da kom inn, veldig fort, og det har jeg hatt veldig god nytte av. Han hjalp meg veldig gjennom den tiden her, så jeg brukte jo på en måte egentlig hele høsten, på å hente meg inn igjen. (...) det at psykologen sa noe om at: «Det er naturlig at du har en reaksjon på det». Og jeg trengte aksepten for det, som jeg fikk der, og hvor jeg også på en måte fikk ryddet litt i tanker og godta da, kanskje selv da, at dette her var veldig traumatisk, ikke sant?

Andre beskrev også hva de ulike fagpersonene hadde gjort, som de satte pris på. For eksempel nevnte de veiledning og samtaler, sykemelding, og medisiner (sovemedisiner og beroligende) fra fastlegen. En som ikke hadde nytte av psykologhjelp, sa for eksempel: «Gikk jeg til min fastlege, som har vært ekstremt bra hjelp. Har gått nesten en gang i uka og snakket med han i stedet. (...)». I forbindelse med oppfølging fra kriseteamet, var det enkelte som nevnte at de hadde fått proaktiv hjelp.

En sa for eksempel: Det var samtalene med kriseteamet (...) De var oppsøkende til meg. Da jeg ikke visste om jeg trengte å ringe noen en gang. Og det, jeg hadde behovet, men jeg hadde aldri kommet til å ta den telefonen.

En annen hadde fått gode råd fra en ansatt i kriseteamet: «(...) en nydelig dame, ga meg masse tips, triks. Den samtalen med det kriseteamet er jeg så takknemlig for at jeg hadde». En annen deltager trakk frem NAV: «(...) jeg er

utrolig glad for at vi har et system rundt sykefravær med NAV, og at vi ikke taper inntekt som også er kjempeviktig».

HELSEHJELP DE HAR SAVNET ELLER SOM IKKE HAR FUNGERT

Til sammen rapporterte 56 % av deltagerne at det hadde vært oppfølging fra helsevesenet som de hadde savnet eller som ikke hadde fungert i tiden etter.

MANGELFULL PROAKTIV OPPFØLGING

Mange av deltagerne ga en kvalitativ beskrivelse av hva de hadde savnet av helsehjelp, hvorav de fleste sa at de hadde savnet en proaktiv oppfølging fra tjenestene. Flere sa at de aldri hadde blitt kontaktet av noen, og at det var vanskelig å selv ta kontakt med hjelpeapparatet, for eksempel fordi de ikke visste hvor de skulle ta kontakt eller hva de hadde behov for. Flere deltagere beskrev også oppfølging fra helsevesenet som de opplevde at ikke hadde fungert. Dette handlet først om fremst om at hjelpen de hadde mottatt ikke hadde vært god nok, men en del sa også at de ikke hadde fått nok hjelp, samt organisatoriske utfordringer, knyttet til for lang ventetid og dårlig kommunikasjon mellom ulike instanser.

«Kritikk av et system»

Flere av deltagerne sa at det ikke var noen som hadde tatt kontakt med dem. En sa for eksempel: «Altså jeg har savnet en oppfølging ...om hvordan det har gått. Jeg har aldri blitt kontaktet av noe helsepersonell». En annen sa: «Ingen fra det offentlige (Oslo kommune) har tatt kontakt». En annen beskrev det slik:

Det kriseteamet i bydelen fungerte ikke. Det ble liksom ikke tatt opp tråden. Og så må jeg manne meg litt opp, for det er kritikk av et system. Men jeg tenker jo at det kunne gått, det at man hentet ut, som jeg snakket om tidligere, at man tok navn og telefonnummer den natta, gjorde at vi nok alle tenkte at vi skulle bli kontaktet. Og det øyeblikket du ikke blir det, så er det nesten, da er det mye verre at de faktisk gjorde det, og jeg skulle ønske at noen hadde ringt og snakket med meg det første, det døgnet, der jeg var satt helt stivna liksom. Helt alene.

En deltager som også hadde savnet en proaktiv oppfølging, bemerket systemiske utfordringer knyttet til manglende registrering av rammede, samt manglende kommunikasjon mellom ulike instanser – og påpekte at dette ikke har blitt bedre til tross for erfaringene fra 22.juli-angrepet i 2011:

(...) var jo rystende, og vi satt jo med akkurat de samme opplevelsene som de fra 22. juli, opplevelsene av terroren satt, 11 år etterpå, det var ingen bedring i verken helseoppfølging, i systemet eller noen ting, det var ingen systemer som registrerte oss alle, det var ingen som visste om hvem som var registrert, eller som var traumatisert, eller som var utsatt for terror, det var ingen helhetlig systemer, det var ingen proaktiv tilnærming som de sier at de skal ha, (...) og det er ekstremt frustrerende.

I forlengelsen av dette var det enkelte deltagere som påpekte at politiet hadde oversikt over at de hadde vært der, og at kontakthinformatjonen politiet hadde samlet inn kunne og burde blitt brukt i en proaktiv oppfølging av de direkte rammede. En sa for eksempel:

Ingen tok kontakt med oss, og det synes jeg er veldig spesielt – når politiet fikk nummeret vårt og nummer, adresse og fullt navn, så skulle noen ha tatt tak. Og fulgt oss opp i stedet for at vi gikk rundt og tenkte at de ikke gjør noe for oss.

Lignende sa en annen:

Vi var jo i kontakt via politiet, men det skjedde jo aldri noe mer utover det, selv om på en måte navnene våre var på en måte registrert. Så det var litt sånn, at vi måtte jo aktivt på en måte ta saken i egne hender. Jeg savnet virkelig at det hadde vært mer en...ikke en tjeneste, men de kunne ha kokt sammen en plan for å enkelt kunne fange opp alle som var til stede. Om det så var å lage en undersøkelse som ble sendt ut, om det var via media eller så, sånn at de kunne jobbe litt mer proaktivt for å få registrere de som faktisk var til stede. Og at de kunne bruke et utgangspunkt i det, sikre at den enkelte som hadde.. faktisk ble fulgt opp. Men jeg følte kanskje at det bare ble litt sånn opp til den enkelte og litt sånn tilfeldig om hvem som faktisk ble kontaktet, hvem som ble fanget opp.

«Det tok veldig lang tid»

En del deltagere sa at det var for lang ventetid på å få hjelp. En sa for eksempel: «Det meste av tiden har jeg stått i kø og fått beskjed om at jeg ikke er prioritert i kommunen der jeg bor». En annen beskrev det slik: «Det tok lang tid før jeg ble hørt og fikk den behandlingen jeg ba om». En annen beskrev det slik:

Når det da kom til, at min fastlege henviste jo meg til sykehuset, fordi, jeg ble jo 100% sykemeldt fra jobb, og klarte jo ikke å stå på morgenen, og det ble ganske heftig. Men, og det var jo da også referert til at jeg på en måte var utsatt for dette her. Allikevel så tok det vel tre måneder, tror jeg at jeg var på ventelista for få timer, på den avdelingen Så det tok veldig lang tid, og det ble jo verre og verre. Jo lenger det går at du ikke får hjelp, og du blir sykmeldt, og faller mer og mer utenfor.

«Overlatt til oss selv»

En del deltagere sa at de opplevde at hjelpen de fikk i tiden etter angrepet, måtte de stå for selv. En sa for eksempel: «Fordi at jeg har på en måte selv valgt å bruke min forsikring og valgte selv å ta kontakt med min fastlege som da ga meg en henvisning. (...) Så jeg vil egentlig si at jeg ikke har fått noe oppfølging utover den kontakten som jeg har stått for selv». En annen sa:

Ja, men det jeg tenker mest på er at med mindre jeg hadde gjort noe selv, så hadde jeg ikke fått noen hjelp eller tatt. (...) Ja, det der kriseteamet i begynnelsen var jo sånn lav-terskeltilbud og det er jo bra. Men jeg det er jo mange som kvier seg for å be om hjelp, og de burde jo på en måte følges opp, og fastlegen har jo ikke kapasitet til å gjøre det, med mindre det er en helt eksepsjonell fastlege, så alle blir jo på en måte litt sånn overlatt til seg selv.

«Man tar ikke den telefonen selv»

Deltagerne uttrykte forståelse for at dette var en stor hendelse, med mange rammede, men understrekte samtidig hvor vanskelig det var å ta kontakt med hjelpeapparatet selv – og hvor viktig det derfor er at helsevesenet er proaktivt.

Jeg skjønner jo veldig godt at det var utrolig mange som var rammet her, så det var vanskelig å holde oversikt. Og selvfølgelig, jeg skjønner jo at det er vanskelig å ringe 600 personer, men jeg tenker at i den situasjonen jeg var i, og mange andre også sier det samme her, at den dørstokkmilen for å ringe en eller annen krisetelefon eller noe sånt, den er litt stor. Så jeg vet ikke om det er for mye å forvente, men hvis noen hadde ringt meg og sagt: «Hei, vi vet at du var der, vi vet at du kanskje kunne trenge noe, her er en mulighet, kom til oss, skal vi sette opp en time...», hva som helst. Altså,

egentlig bare slippe å ta initiativet selv, det kan hende det er mye forlangt, men jeg tenker det hadde vært utrolig nyttig.

En del beskrev at det var vanskelig å selv ta kontakt med hjelpeapparatet, av ulike grunner, for eksempel at de manglet overskudd og/eller har en tendens til å bagatellisere sine egne reaksjoner.

«Man vet ikke alltid selv hva man trenger»

Enkelte søkte ikke hjelp selv fordi de ikke forstod at de trengte hjelp. En sa for eksempel:

(...) og spesielt hva man trenger, man vet ikke alltid selv hva man trenger, i hvert fall ikke hva som finnes av hjelp, og hva som er greit, det hadde vært fint, noen man kunne ringe som hadde litt oversikt og kunne hjulpet videre og også kanskje fulgte opp litt oppfølging, fordi med alle telefonene som jeg tok for å prøve å få hjelp, så var det fremdeles aldri snakk om noen oppfølging, altså over tid.

En annen beskrev det slik:

(...) det som kanskje hadde vært fint, hadde jo vært å bli kontaktet en god stund i etterkant, kanskje et år etterpå. For det tok litt tid før jeg forstod egentlig at jeg trengte hjelp da, eller før jeg skjønnte hvor ille det egentlig var, og da kanskje, jeg kunne trengt å spørre noen da. Så en oppfølging et års tid etterpå, at du har fått en melding om at «Trenger du hjelp?», det hadde vært fint.

Det er verdt å merke seg at én deltager sa at hjelpen ble tilbudt for tidlig: «Er litt komplekst spørsmål. Fikk tilbud om hjelp rett etter hendelsen. Det var så tett på og vanskelig å kjenne behovet. Kanskje jeg hadde trengt noe bearbeiding i ettertid».

«Andre sliter mer enn meg»

Enkelte tenkte at andre rammede trengte hjelpen mer enn dem, og ville ikke belaste hjelpeapparatet på deres bekostning:

(...) Jeg har også tenkt at det ikke er så ille for meg, det var verre med alle andre som var ute og så ting, så derfor har jeg heller ikke tenkt at jeg var

verdt å få noe hjelp da. Men derfor har jeg heller, men jeg har jo sånn tenkt likevel i etterkant at det var ikke så lett for meg å vite hvor jeg eventuelt kunne få hjelp. Og jeg synes ikke det var så lett å finne ut av heller. Og så var det snakk om at vi kunne få en time hos fysio, nei hos psykolog. Og da tenkte jeg, når du da blir tilbudt en time, og så vet jeg andre som var til stede som sliter mye mer enn meg, så ville jeg ikke ta fra dem. Jeg følte at de fortjente det mer enn meg da.

«Det gjør dobbelt vondt å bli avvist»

Proaktiv oppfølging, handler om å tilby hjelp på laveste effektive omsorgsnivå. En del deltagere hadde savnet hjelp i psykisk helsevern, hvorav flere hadde fått avslag på henvisning til DPS. En beskrev dette slik:

Jeg har ikke fått den hjelpen jeg trenger. Det har ikke fungert i det hele tatt (...) Den siste avvisningen, eller avslaget, der stod det også i forhold til alder, og i forhold til hvilke kostnader, så var det ikke verdt...Jeg husker ikke ordlyden de bruker, men det er meg oppimot kostnader, så fikk jeg avslag. (...) det er, det gjør liksom dobbelt vondt dette greiene her, fordi at for det første så er det jo en veldig voldsom opplevelse, (...) Så prøver man å gå til fastlege, og prøver på DPS-en å forklare så godt man kan, og man blir bare avvist.

En annen beskrev det slik:

Det er et problem om man søker DPS og får avslag tre ganger før de tar deg inn. Fordi du skjønner at du er et synkende skip som trenger hjelp til å komme deg opp. Og da hadde det hjulpet veldig mye mer, hvis man fikk det tidligere og man ikke fikk helseangst og alt mulig i tillegg. (...) Hvis man hadde fått tidligere hjelp, og jeg kjenner det på meg selv, hadde ikke vært så mye som har fått slått rot på de seks månedene i ettertid, kanskje også til med på grunn av at man måtte ta alle kampene, så fikk man ikke muligheten til å sitte og bearbeide på en sånn måte.

«Ikke tydelig hvem som hadde ansvar for oppfølging»

En annen som bemerket organisatoriske utfordringer sa: «Var ikke tydelig hvem som hadde ansvar for oppfølging, fikk avslag fra DPS, som henviste meg

til Oslo Kommune, som henviste til Bydelen, så vidt jeg husker». En annen beskrev det slik:

(...) så kom jeg inn i et utredningsløp som jeg tror verken de eller jeg hadde noe utbytte av. Med et tverrfaglig team som overhodet ikke snakket sammen, og ikke var orientert om hva de andre hadde gjort for noe.

En annen sa for eksempel:

Og da ble jeg satt i kontakt med kriseteam. Og så var de inn i bildet en liten stund, og plutselig så hørte jeg ikke noen ting. Og så prøvde jeg nå dem, og da fikk jeg beskjed, nei de hadde tatt sommerferie.

«Savnet en kontaktperson»

Enkelte sa at de hadde savnet en kontaktperson. En sa for eksempel: «Jeg savnet en som på en måte hadde litt ansvar, litt sånn som jeg leser når det skjer noen krise, et eller annet sted så setter jeg inn et kriseteam, som kanskje i hvert fall kan være den koordinerende parten (...)». En annen beskrev det slik: «Jeg har følt meg veldig alene, der alt må gjøres på egenhånd. Jeg skulle ønske jeg kunne hatt en kontaktperson som opplyste om muligheter, hjalp til med papirarbeid, minnet på frister, spurt om hvordan jeg har det osv.».

MANGELFULL KUNNSKAP OG KOMPETANSE

«Ikke riktig kunnskap»

Enkelte deltagere opplevde manglende kompetanse og kunnskap hos fagpersonene de møtte. En sa for eksempel:

Nei, de har ikke hatt riktig kunnskap til å kunne ta imot noen som...meg, eller som har opplevd det her. De var ikke skodd riktig til den samtalen vi måtte inn i. (...) Så jeg fikk ikke noe hjelp av det.

En annen beskrev det slik:

Jeg opplevde at den oppnevnte personen fra Bydelen ikke...Jeg visste ikke hva jeg trengte hjelp til, så jeg ble sittende og ble veldig opptatt av at hun skulle føle seg vel, som hadde tatt på seg dette oppdraget, i stedet for å få hjelp. Jeg satt med en slags opplevelse av at det var vondt å være meg, men jeg hadde ikke ord. Og så fikk jeg litt vondt av hun, som ikke visste

helt hva hun skulle si eller gjøre. (...) Så jeg kunne egentlig tenkt meg at noen kunne sagt til meg: "Vet du hva, det er helt naturlig at du ikke vet hvorfor du er her. Jeg skjønner at du er her likevel, det finner du ut av etter hvert." Jeg skulle ønske at jeg ikke fikk så mye ansvar selv for å produsere ord. Jeg visste at jeg trengte noe, men jeg visste ikke hva jeg trengte. Jeg ble fanget i det.

«Mangler rosa kompetanse»

Enkelte sa eksplisitt at de hadde savnet mer kompetanse om skeive blant helsepersonell. En sa for eksempel: «Jeg synes det har vært vanskelig å bli forstått av helsepersonell, at de ikke forstår hvor mye dette påvirker meg som skeiv person». En annen beskrev dette i mer detalj:

Jeg hadde jo en avtalespesialist, (...) og han prøver så godt han kan, han er flink og alt da, men altså han, han mangler denne...den rosa kompetansen rett og slett, altså han mangler... forstå, altså, når jeg drar til psykolog og så sier jeg, ok, altså jeg var med under denne skytingen, og han bare sier: «Ja, ja, vanskelige ting skjer hele tiden, og du har jo overlevet, og du er fortsatt i livet, og det er ikke så ille, og så videre, det er greit», men han forstår ikke at jeg har opplevd homofobi, og at jeg plutselig står på London, som skal være et trygt sted på en måte. Jeg har opplevd homofobi, jeg har opplevd trakassering og mobbing, og vi drar til London pub for å føle oss trygge på en måte, og hvis da noen begynner å skyte, så tar du det siste trygge stedet som du har tilgjengelig på en måte. (...)

MANGELFULL OPPFØLGING OVER TID

«Avslutte etter gang nummer to»

En del deltagere sa at de hadde savnet mer oppfølging enn det de fikk, særlig et lengre forløp i psykisk helsevern. En sa for eksempel: «Skulle gjerne hatt mer samtaleterapi». En annen beskrev det slik:

Så ble jeg sendt til en psykolog på [sted]. Der var jeg...Jeg var der kanskje tre ganger. Psykologen jeg var hos. Hun ville vel egentlig avslutte etter gang nummer to, for hun mente at jeg kom til å klare meg bra. Ja, så sa jeg at det er for tidlig. Så det går ikke, så da fikk jeg en time til. Og så ble det avsluttet.

3.5.4 KONTAKT MED POLITIET

Nesten alle som deltok i studien (96 %), rapporterte at de hadde vært i kontakt med politiet i forbindelse med terrorangrepet (Tabell 19). For eksempel hadde nær halvparten (47 %) snakket med politiet på åstedet, mens nesten alle (91 %) hadde vært inne til avhør, og ca. en tredjedel (36 %) oppga at de hadde blitt fulgt opp av politiet i ettertid.

Tabell 19. Kontakt med politiet

	N	Ja	(%)
Har du hatt kontakt med politiet i forbindelse med angrepet?	223	214	(96,0)
Snakket med politi på åstedet	212	100	(47,2)
Ble avhørt av politiet	214	194	(90,7)
Ble fulgt opp av politiet (f.eks. muntlig/skriftlig oppfølging knyttet til rettssaken eller støttesenteret for kriminalitetsutsatte)	212	77	(36,3)
Annen kontakt	198	54	(27,3)
Er oppfølging fra politiet du har savnet?	223	74	(33,2)

De fleste deltagerne uttrykte at de var fornøyde med hvordan politiet hadde møtt dem. Mellom 70–80 % rapporterte at de opplevde at politiet i (ganske) stor grad hadde vist forståelse, og sa at de følte seg trygge i møtet med politiet, samt at de ble tatt på alvor og ble respektert i (ganske) stor grad (Tabell 20).

Tabell 20. Opplevelse av kontakt med politiet

	I svært liten grad			I liten grad		I noen grad		I (ganske) stor grad	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%
Opplevd at politiet har vist forståelse	211	15	(7,1)	14	(6,6)	35	(16,6)	147	(69,6)
Følt deg trygg	211	8	(3,8)	11	(5,2)	35	(16,6)	157	(74,4)
Opplevd at du ble tatt alvorlig	211	10	(4,7)	15	(7,1)	27	(12,8)	159	(75,3)
Opplevd at du ble respektert	210	7	(3,3)	12	(5,7)	25	(11,9)	166	(79,1)
		M	SD	α					
Gjennomsnitt (0–4)	211	2,93	(0,99)	0,94					

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); α, Cronbach's alfa.

SÆRLIG NYTTIG HJELP I TIDLIG FASE

Under spørsmål om *kontakt med helsetjenester* ble deltagerne bedt om å tenke tilbake på de første tre månedene etter terroren – og fortelle hvilke tjenester de opplevde som særlig nyttige i den første tiden. Her var det en del deltagere som trakk frem politiet som en særlig nyttig tjeneste i tidlig fase etter angrepet.

«Egentlig en sånn terapi-greie også»

En deltager sa for eksempel at det svært detaljerte avhøret hos politiet opplevdes som terapeutisk:

(...) det er kun politiet jeg har pratet med. Jeg vet ikke hvor mye du vet om politi-intervjuet, men der går du gjennom sekund for sekund. Med fokus først på følelser. «Hva følte du da?». Og så går du videre i det samme sekundet og bare: «Ok, hva så du da?». « Beskriv det du så rundt deg og det du opplevde ». Og så var det sånn: «Hva følte du? Hva lukta du?». Så vi gikk gjennom det scenarioet med fire-fem forskjellige vinkler da, sekund for sekund. Så det er veldig detaljert da. Og det var egentlig en sånn terapi-greie også. Og det er derfor reaksjonene kom så sterkt også da.

«Jeg følte meg ivaretatt»

En annen deltager trakk frem at det opplevdes som godt å kunne være til nytte ved å stille til avhør, samt at hen følte seg godt ivaretatt, over tid, av politibetjenten:

Nei, politiet da. Det var fint å kunne føle at man hjalp til ved å stille til avhør og sånt. Og så å få den hjelpen av kriminalomsorgen, (...) på politihuset i Oslo. Jeg trengte heller ikke noe særlig hjelp, på en måte. Men, jeg følte meg i varetatt der, at de var veldig tett på meg, rett etter at det skjedde. Det skjedde liksom, altså den samme uka, uka etter der igjen, på en måte. Så jeg følte meg veldig ivaretatt der, og hun, jeg husker ikke hva hun heter, hun var jo veldig på, og spurte om «Går det greit?». «Er du helt sikker?» Så jeg...hun stilte meg spørsmål ved flere anledninger. Ikke bare én gang, men det var en sånn, en til samtale etter der igjen. Bare en sånn oppfølging, for man kanskje trenger tid å tenke på det.

HJELP FRA POLITIET DE HAR SAVNET

En tredjedel (33 %) av deltagerne rapporterte at det var oppfølging fra politiet de hadde savnet i tiden etter angrepet (Tabell 19). Disse ble bedt om å gi en beskrivelse av hva de hadde savnet. I vår tematiske analyse av svarene deres, fant vi at enkelte sa at de hadde savnet (bedre) oppfølging og informasjon fra politiet samme natt som terrorangrepet fant sted, men det mest prevalente temaet, som gikk igjen i over halvparten av beskrivelsene, var at de rammede hadde savnet å få (mer) informasjon og oppfølging i tiden etter, særlig etter avhøret og i forbindelse med rettssaken.

Savnet oppfølging samme natt: Det var en del deltagere som beskrev at de hadde savnet (bedre) oppfølging og informasjon fra politiet samme natt.

«Oversikt over alle som var til stede»

En del trakk frem at politiet gjorde en kartlegging av de som var til stede. En sa for eksempel:

Det jeg har savnet mest er politiets...at det ikke blir prioritert å få en fullstendig oversikt over alle som var tilstede. Og jeg tenker det ikke kan være verdens største prosjekt heller: Å sette i gang for å få den kartleggingen gjort. Det jeg savner mest er jo at det ikke skal være sånn at alle skal, på eget initiativ, og omtrent må kjempe seg for å bli hørt av politiet. Så der mener jeg at politiet dessverre har feilet.

En annen sa:

(...) ikke sant, jeg spurte jo om hvor jeg skulle gå, eller hva jeg skulle gjøre, men det var ingen som kunne svare meg, og på en måte man ble bare dyttet, bort og bort og bort, så jeg oppleve...og som sagt, jeg skjønner at det var en stressende situasjon, jeg tror ikke de var forberedt på det heller, men håndteringen der-og- da synes jeg var helt ekstremt dårlig.

«Det var ingen kommunikasjon»

Det at ikke alle ble samlet på et felles sted rett etter hendelsen, var utfordrende for flere som ønsket å snakke med helsepersonell i akutfasen. Hadde alle blitt samlet og kartlagt kunne det ha lagt til rette for informasjonsformidling og oppfølging i etterkant. En sa for eksempel:

Det eneste var vel kanskje...Når vi stod der, men det var så fullstendig kaos den dagen. Men de lot jo oss alle omtrent gå, når det ikke var mer å gjøre. Det hadde vært bedre om vi hadde fått beskjed om at alle kunne dra på legevakta og få videre oppfølging der. (...) Ja, vi stod jo der bare etterpå, og det var liksom ingen kommunikasjon med noen av verken instansene eller hva. Men igjen, det var jo en veldig travel gate, så jeg forstår den. Men jeg liker ikke alltid at det føltes litt ut som at «Nå er det over, nå kan dere gå».

Lignende sa en annen:

Det var egentlig den natta...under, eller etter angrepet at jeg savnet noe kontakt. Jeg lurte sånn på hvorfor de ikke har skrevet opp noen navn, eller, bare blant de som befant seg i lobbyen på hotellet eller Rosenkranz, etterpå. Jeg fikk bare plutselig beskjed om at: «De som ikke har noe å fortelle om gjerningspersonen de kan egentlig bare dra». Jeg synes det er var litt rart at det ikke ble samla inn person info for videre oppfølging.

Savnet i tiden etter angrepet: Over halvparten av de som rapporterte at de hadde savnet oppfølging fra politiet sa at de savnet å få (mer) informasjon og oppfølging i tiden etter, særlig etter avhøret og i forbindelse med rettssaken.

«Fikk ingen informasjon»

Det mest prevalente temaet i deltagernes beskrivelser, var informasjon og oppfølging av politiet i tiden etter. Dette var hovedsakelig knyttet til informasjon om hvilke rettigheter de hadde, inkludert rett til bistandsadvokat, samt informasjon om/forklaring på hvilken status de hadde i rettssaken. En deltager sa for eksempel:

Fikk ingen informasjon om jeg hadde status som fornærmet eller ikke – og har derfor ikke visst om jeg hadde grunnlag for erstatning eller ikke. Jeg har antatt at jeg ikke hadde det, siden jeg ikke hørte noe mer etter avhøret.

En annen sa:

Ja, altså, jeg lurte liksom på det avh..., fordi jeg var jo i et vitneavhør, og hva skjedde med det? Det var jo ingen oppfølging i det hele tatt etter det. Det var jo liksom...noe... en status på en måte på det. For jeg husker...Jeg visste jo ikke om jeg skulle bli et vitne i rettssaken. Jeg regner jo ikke med det,

men siden jeg hadde den informasjonen – who knows, så var det bare det at...en oppfølging etter avhøret.

Deltagerne sa at de hadde savnet en dialog med politiet om hvilken rolle de selv hadde i forbindelse med etterforskning og gjennomføring av straffesaken. Hvis de hadde status som fornærmet ville det blant annet kunne bety at de kunne bli innkalt som vitne i rettssaken og at de kunne kreve voldserstatning. For å kunne kreve voldserstatning i rettssaken var de også avhengige av en bistandsadvokat, men få vet hva en bistandsadvokat er eller gjør. Dette illustreres av følgende sitat av en annen deltager:

Ja, det jeg savnet er å forstå...Jeg skulle gjerne hatt en forklaring på...Fordi man blir jo...De bestemte at jeg var et vitne, og så kom jeg til avhør, og så etterpå bestemte de at jeg var fornærmet i saken. (...) Og så spurte de: «Vil du ha en bistandsadvokat?» Men de forklarte ikke hva det ville innebære. Eller hvorfor jeg eventuelt skulle trenge det. (...) Og jeg tenkte, at: «Det trenger jeg ikke, for jeg har ikke skadet meg». (...) Og grunnen til at jeg fikk det, var fordi det gikk mange måneder, det gikk et halvt år, og så leste jeg på nyhetene at Støttegruppen gikk ut og sa: «Det er så få som har fått bistandsadvokat, det er så mange flere som burde ha det. Ring advokaten», og så sa de navnet. Og så ringte jeg. Og da var det jo helt åpenbart at jeg skulle ha en bistandsadvokat. Hvordan kan de på en side si at du er fornærmet i saken? Hvorfor blir man ikke da bare automatisk en del av saken? Hvorfor får man ikke bare en bistandsadvokat? Hvorfor blir ikke en liste bare gitt til bistandsadvokatene så kan de ringe opp folk?

Politiet skal ved første kontakt med fornærmede i en straffesak informere om bistandsadvokat, slik at bistandsadvokaten kan være til stede under avhøret – og bistå fornærmede i forbindelse med etterforskning av saken, erstatningskravet og straffesaken. En annen deltager sa også at hen hadde savnet konkrete råd fra politiet knyttet til retten til å ha en bistandsadvokat:

Jeg skulle ønske at personen som ringte fra politiet, og spurte om jeg ønsket bistandsadvokat, skulle rådgitt meg dithen at det er fornuftig når man har status som fornærmet i en terrorsak. Jeg hadde lite kunnskap, spurte om råd, men fikk beskjed om at dette måtte jeg vite selv. Jeg hadde lite kunnskap om bistandsadvokater og tenkte kun at det var for de som ble skutt.

«Jeg føler meg ikke som et vitne»

En ting som opplevdes som særlig sårt, var å ikke få status som fornærmet i saken. For de deltagerne det gjaldt, opplevdes det som vanskelig å akseptere dette, særlig når de i tillegg opplevde mangelfull informasjon om bakgrunnen for at de ikke fikk denne statusen – og hvordan de eventuelt kunne klage på dette:

Jeg savner nok i å bli stilt som fornærma, jeg synes at...Jeg synes (gråtkvalt) at hele greien er en mye større påkjenning enn det som har blitt...Jeg synes det er flere som burde blitt stilt som fornærmet i den saken. Og jeg vet jo det at de som har tatt kontakt med voldsoffererstatning, det er jo mange av de som har fått endret status der da. Så jeg burde jo gjort det, det bare er vanskelig, (gråtkvalt) når man i utgangspunktet har fått brev om at man ikke var fornærmet. Jeg skjønner at det bare er en initiell sak, at jeg selv burde gjort noe, men jeg synes at den delen er vanskelig.

En annen beskrev det slik:

Og da lurer jeg jo veldig på, fra politiet, er vi da, som også var i den første etasjen der dansegulvet var, bare at vi gjemte oss, er vi da plutselig vitne til en hendelse som vi føler at vi er midt oppi? Vi tredde jo rett inn i en skuddsone hvor vi kunne ha risikert på å bli skutt på igjen, ikke sant? Er vi da fortsatt vitne til en hendelse? Eller er vi fornærmet i en hendelse? Og det her kjenner jeg etter hvert at jeg synes det har vært veldig fortvilende – at en har havnet i en vitne-kategori når en føler at en i stor grad er delaktig i en hendelse. For jeg har hatt store psykiske belastninger basert på den hendelsen, og jeg føler meg da ikke som noe vitne. Jeg føler at jeg er delaktig i en hendelse, og at jeg føler at... det var meg det ble skutt på der inne. (...) Så den sonedelingen, den virker for meg veldig lite gjennomtenkt, basert på hva som blir definisjonen som en fornærmet. (...) det er jo en hendelse som vil prege meg for alltid, og det å på en måte, etter hvert nå skjønner jeg at jeg skal være et vitne til en hendelse som har gjort så sterkt inntrykk – det kjenner jeg at jeg synes er litt problematisk, veldig problematisk. Jeg mener at politiet i større grad ikke burde ha satt sonene så tidlig (...) og sjekke dette her opp mot den belastningen som også har vært for de personene som på en måte kommer rett inn i en skudd-sone.

I tillegg til informasjon om rettigheter, særlig knyttet til fornærmede-status og bistandsadvokat, var det en del deltagere som ønsket informasjon om hvordan etterforskningen og straffesaken utviklet seg. Det handlet blant annet om hva etterforskningen avdekket, oppdatering på saksgang, når og hvordan rettssaken ville bli gjennomført og informasjon om erstatningsoppgjøret.

«Vanntette skott mellom helse og politi»

Til tross for at politiet ikke har ansvaret for helsehjelp, var det enkelte som ønsket at politiet, særlig i forbindelse med gjennomføringen av avhør, kunne ha gitt informasjon om eksisterende tilbud. En deltager hadde for eksempel savnet råd og informasjon knyttet til oppfølging av de rammede i tiden etter avhøret, inkludert kriseteam og Støttegruppa:

(...) for det var jo som sagt i det telefonintervjuet [avhøret], hvor det da var informert om en sånn type akutt selvmords-telefon, og så kunne de informert litt om at det er startet en gruppe, eller det er på en måte, å ta kontakt med kommunen, eller noen muligheter der, når de på en måte allerede var i kontakt med meg – og da også visste at det ikke gikk så bra psykisk, med de som hadde vært der.

Dette ble også tematisert av andre deltagere, for eksempel var det en person som sa:

Altså, at man var flinkere på å informere. Det er ikke det at jeg, jeg har ikke hatt det behovet, men likevel tenker jeg at det er noe som er viktig, at man er flinke på, for det er sikkert mange der ute som ikke engang vet, altså kanskje jeg til og med holdt på, la oss si, at jeg hadde hatt en senreaksjon, og bare der så hadde det vært nyttig å ha litt mer informasjon...om tilbud og muligheter. Ikke sant? Så.. i sånn sett så tenker jeg jo ja, at selv jeg som på en måte, ikke...Da jeg var i avhør, og ikke fikk noe særlig informasjon som jeg husker. De burde vært mye flinkere på å hvert fall ha noen sanne pamphlets man kan dele ut og «Se her, dette er en pakke som jeg ønsker å gi deg», som alle som er, ikke sant, som et minimum (...) Og så at man har reaksjoner, og så klarer man ikke å skjønne at «Du det her kan faktisk være på grunn av dette. Dette kan være en utløsende faktor, for dine plager». (...) Jeg tror rett og slett at det bare ikke er godt nok. Man er ikke godt nok skodd og utstyrt for det, at det er litt for vanntette skott mellom helse og politi og sånn, altså at man kunne spilt hverandre god eller bedre.

En annen deltager uttrykte også et slikt savn, knyttet til manglende kobling mellom politi og helsetjenester:

(....) og når du til og med på en måte har sittet på politiet og fortalt hvor mye det har påvirket deg, selv da, at kanskje da, burde det vært liksom, et eller annet apparat som ble koblet på fra helsevesenet da, eller fra en støttegruppe, eller fra traume, eller et eller annet som kunne plukket opp i hvert fall i den biten, siden før det, så var det jo ingen som visste at jeg på en måte var en del av dette, men da ga jeg meg liksom kjent til det offentlige.

Enkelte uttrykte noe tvil i forhold til hvem som egentlig hadde ansvaret. En svarte for eksempel slik på spørsmål om han hadde savnet noe i møtet med politiet:

Ja, jeg ville nok sagt ja. Og så er jeg ikke sikker på om det er konkret politiet jeg har savnet oppfølging fra, eller om jeg bare har savnet oppfølging generelt. Men jeg beskriver hva jeg har savnet og hvorfor: Jeg savnet egentlig bare å få tvunget informasjon på meg, fordi jeg ikke var på et mentalt sted hvor jeg selv skjønnte at jeg trengte å få oppfølging. (....) Så jeg savnet oppfølging. Spesielt i etterkant. (...) Melding om hvor for eksempel man kunne møtes for å snakke. Jeg hørte noen rykter om at det var et sted. Om det var noen kriseteam eller noe slikt. Men jeg klarte ikke å finne det, og jeg...Jeg var ikke mentalt til stede nok til å oppsøke det på rett måte. Ved å faktisk ringe til politiet. Fordi jeg følte at jeg ikke var den som trengte den hjelpen akkurat der og da.

«Politiet kontaktet oss ikke»

Det var også enkelte deltagere som savnet (mer) proaktivitet fra politiet den første tiden etter angrepet. En beskrev det slik:

Ganske kort tid etter angrepet (under tre måneder) ble en av mine venner som også var til stede på London Pub kontaktet av politiet, og det ble gjennomført telefonavhør. Politiet spurte da blant annet om [hen] hadde vært på London Pub med noen og i så fall hvem. [Hen] oppga da navn og kontaktinfo til meg og andre i vår vennegjeng. Politiet lovet da å kontakte oss så fort som mulig for å gjennomføre telefonavhør. Siden hørte ingen av oss noe som helst. Vi gikk og ventet og gruet oss til dette i lang tid før vi

innså at politiet ikke kommer til å kontakte oss. Det manglet altså både kontakt fra politiet overhode, men også at de fulgte opp de konkrete lovnadene de selv ga.

Et par deltagere sa at de følte seg avvist av politiet da de tok kontakt og ønsket å oppgi forklaring. En av dem sa: «Jeg var to ganger på Grønland politistasjon for å få meg registrert, at jeg var til stede ved London pub 25. juni. De ville ikke hjelpe». En annen beskrev det slik:

Jeg var sent ute med å få bistandsadvokat og som en del av prosessen ble jeg bedt om å gå til politiet for å gi en forklaring av hva jeg hadde opplevd. Det lot seg ikke gjøre å få saken min gjennom hos politiet. Bistandsadvokaten ordnet til slutt at jeg kunne levere en skriftlig egenrapportering av hendelsen. Politiet besvarte aldri mine henvendelser.

«En debrief med politiet»

Av de som var til stede under angrepet, var det flere som bidro med å overmanne gjerningspersonen eller tok på seg andre hjelperoller under angrepet, ved å for eksempel hjelpe de som ble skadet, eller prøvde å organisere evakuering og lignende. Enkelte av disse sa at de hadde savnet informasjon i form av en debrief med politiet om selve hendelsen. En beskrev dette slik:

Ja, men det er jo ikke et tilbud som politiet gir, så jeg vet ikke om det blir riktig svar å gi. Jeg ønsker jo som sagt...(…) For det var så mange spørsmål: Alt fra har vi gjort det riktig, til ...det var mye som var politirelatert som jeg skulle ønske at vi hadde en...at vi for eksempel hadde startet en gruppe hvor vi kunne møtt for eksempel noen fra politiet som også jobber med dette og debriefing. Det skulle jeg ønske også, fordi at man har en del tekniske spørsmål.

En annen deltager som var til stede under terrorangrepet, uten tilsvarende spesifikk hjelperolle, sa: «Jeg har egentlig savnet en litt sånn profesjonell debrief fra politiet, hva som skjedde, hvordan alt sammen fungerte, (...) egentlig vite litt hva som har skjedd, og hjelp til å sortere de tankene».

3.5.5 KONTAKT MED RETTSVESENET

Alle deltagerne ble spurt om sine erfaringer med rettsvesenet og voldserstatningsordningen etter terroren.

BISTANDSADVOKAT

Av de 221 deltagerne som svarte på spørsmålet om de hadde bistandsadvokat, rapporterte 65 % at de hadde det; 32 % hadde fått tildelt bistandsadvokat, mens 33 % hadde skaffet det selv. Blant de resterende deltagerne, rapporterte 15 % at de ikke hadde krav på bistandsadvokat, 3 % sa at ikke ønsket det, mens 18 % sa at de ikke hadde bistandsadvokat av andre grunner.

SÆRLIG NYTTIG HJELP I TIDLIG FASE

Under spørsmål om *kontakt med helsetjenester*, ble deltagerne bedt om å tenke tilbake på de første tre månedene etter terroren – og fortelle hvilke tjenester de opplevde som særlig nyttige i den første tiden. En deltager trakk frem bistandsadvokatene:

(...) og jeg vil også nevne faktisk bistandsadvokatene våre, som jeg har hatt veldig ... flere samtaler med, og de har også tatt seg veldig god tid selv på telefonen til å lytte til deg og forstå den vanskelige situasjonen du er i.

RETTSSAKEN

De fleste (69 %) av deltagerne rapporterte at de hadde fulgt med på rettssaken tilknyttet angrepet. Av disse hadde nesten alle (94 %) fulgt saken via media, men mange (66 %) hadde også fulgt den via bistandsadvokaten sin, og ca. en tredjedel (31 %) hadde fulgt saken fra salen enkelte eller flere dager.

VOLDSESTATNINGEN

Alle som har blitt utsatt for en alvorlig straffbar handling og fått fysisk og/eller psykisk skade, kan kreve voldserstatning fra gjerningspersonen eller søke om voldserstatning fra staten. Deltagerne i denne studien fikk spørsmål om de hadde krevd erstatning (oppreisning) i tingretten, eller om de skulle gjøre det i forbindelse med ankesaken. Totalt var det 60 % av deltagerne som sa at de hadde krevd og fått oppreisning i tingretten, og nesten 7 % hadde planlagt å kreve det i ankesaken. Resten hadde ikke krevd erstatning, antagelig fordi de ikke kjente til ordningen eller ikke hadde krav på det.

Utmålingen av voldserstatningen: De 312 som hadde status som fornærmet i rettssaken, fikk innvilget oppreisning i dommen som falt 4. juli 2024.

Utmålingen varierte avhengig av hvorvidt man: (1) var til stede under terroren, men ikke fikk fysiske skader; (2) overmannet gjerningspersonen; (3) fikk fysiske skader; eller (4) var etterlatt. Blant våre deltagere, rapporterte flertallet (64 %)

at de synes dette var rettferdig, mens 14 % ikke synes det. Resten av deltagerne svarte 'vet ikke'. De som ikke syntes utmålingen var rettferdig, fikk spørsmål om hva som burde vært gjort annerledes. Det var kun et fåtall deltagere (n<5) som mente at alle burde få likt erstatningsbeløp. Flertallet mente at gruppeinndeling burde vært gjort annerledes (68 %), og/eller at erstatningsbeløpet burde tilpasses hver enkelt sin situasjon (61 %). Videre rapporterte flertallet (68 %) at alle burde få være en del av et felles erstatningsoppgjør, uavhengig av om de fikk status som fornærmet før eller etter tingrettssaken.

Voldserstatningens betydning: Deltagerne som hadde krevd og fått tilkjent voldserstatning, rapporterte at det hadde hatt stor betydning for dem. Over 70 % opplevde for eksempel at voldserstatningen i (ganske/svært) stor grad var en anerkjennelse av det de hadde opplevd, mens omkring 40 % sa at i (ganske/svært) stor grad gjenoppretter en form for rettferdighet, eller at den dekket ekstra utgifter knyttet til angrepet (Tabell 21). Kun 7% mente det var feil å få penger for det de hadde opplevd.

Tabell 21. Betydning av voldserstatningen

	N	Ikke i det hele tatt		I liten grad		I noen grad		I ganske stor / I svært stor grad	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Den er en anerkjennelse av det jeg har opplevd	131	2	(1,5)	6	(4,6)	28	(21,4)	95	(72,5)
Den gjenoppretter en følelse av rettferdighet	130	19	(14,6)	22	(16,9)	34	(26,2)	55	(42,3)
Den dekker ekstra utgifter knyttet til angrepet	126	21	(16,7)	23	(18,3)	32	(25,4)	50	(39,7)
Det er rart at det settes en pris på det jeg har opplevd	130	36	(27,7)	13	(10,0)	33	(25,4)	48	(36,9)
Det blir feil å få penger for det jeg har opplevd	130	84	(64,6)	22	(16,9)	15	(11,5)	9	(6,9)

3.6 ERFARINGER MED SOSIAL STØTTE OG LIKEMANNSSTØTTE ETTER ANGREPET

Her vil vi presentere de rammedes tilgang til sosial støtte fra nær familie, venner, kollegaer og arbeidsgivere, samt Støttegruppa 25. juni, i tiden etter terrorangrepet. Deltagernes beskrivelser gir innsikt både i hva som har vært med på å bedre situasjonen, og hva som har gjort situasjonen mer krevende for dem.

3.6.1 SOSIAL STØTTE FRA NÆRE MOBILISERING AV SOSIALT NETTVERK

Deltagerne ble spurt om familie, venner eller arbeidsgiver var kjent med at de hadde vært til stede under terrorangrepet. Et stort flertall (83 %) svarte at de hadde fortalt noen at de var til stede under angrepet. Samtidig oppga nær én av fem (18 %) at de hadde valgt å ikke dele denne informasjonen med verken familie, venner, eller arbeidsgiver.

Det kan være mange grunner til at noen unnlater å fortelle om sin tilstedeværelse under et terrorangrep rettet mot skeive under Pride. Tilgang til støtte og hjelp, både fra nære relasjoner og offentlige tjenester, kan være påvirket av om omgivelsene er kjent med eksponeringen. Samtidig kan det også tenkes at det å skjerme seg ved å ikke fortelle, for enkelte kan oppleves som beskyttende – selv om dette er et område vi har lite kunnskap om.

Deltagere som oppga at de ikke hadde fortalt om sin tilstedeværelse under angrepet, ble bedt om å beskrive hvorfor, hvorav en del sa at det «bare ble sånn», eller at de «ikke hadde behov» for å fortelle det, mens resten beskrev ulike interpersonlige og personlige grunner.

INTERPERSONLIGE ÅRSAKER

«Orker ikke være snakkis»

Det var en del deltagere som beskrev at de hadde unnlatt å fortelle andre at de var til stede under angrepet av interpersonlige grunner. Dette handlet hovedsakelig om å skjerme seg selv fra uønsket oppmerksomhet. En beskrev det slik: «Jeg har unnlatt å fortelle det på jobb, sånn. Jeg orker ikke å være sirkusattraksjon på jobb. Ja, så jeg har unnlatt å fortelle enkelte kollegaer det, for jeg orker ikke å være sånn snakkis på jobb». Enkelte trakk også frem sin skeive identitet. En sa for eksempel: «Arbeidsgiver og kollegaer vet det ikke.

Jeg orker ikke stå i rollen som offer eller fornærmet, det er bare en tilleggsbelastning ut over at jeg også er skeiv. Det er tungt nok det». En annen sa:

For jeg synes at det er litt sånn, det er litt ubehagelig å bare annonsere der. (...) jeg er jo ikke i skapet, men jeg synes at, jeg vil gjerne holdt jeg på å si, at folk skal bli kjent med meg og eventuelt min legning... på en naturlig, vennskapelig måte. Ikke at man plasserer seg i en sånn spesiell offer-kontekst, det blir litt voldsomt da. Så det må være relevant for en samtale, for at det skal dukke opp da. (...)

«Hendelsen har blitt bagatellisert»

Andre hadde opplevd å bli møtt på en måte som ikke ble opplevd som støttende, og ville beskytte seg fra flere slike situasjoner:

Det er ikke alle som klarer å respondere godt på sanne hendelser, som jeg også har opplevd...Som begynner å fortelle om egne irrelevante episoder som de klarte seg bra ut av og så videre. Det handler om å beskytte seg for irrelevante...den type irrelevante hendelser, som kan være litt sårende, egentlig.

Enkelte hadde opplevd at hendelsen hadde blitt bagatellisert eller legitimert. For eksempel var det en deltager som sa:

Holder det ikke hemmelig, men ser det veldig an, da jeg opplever at hendelsen har blitt bagatellisert av media og mennesker rundt meg. Antydninger til folk som mente at det var noe vi måtte forvente siden vi er en del av Pride og støtter bevegelsen. Folk som mener at radikalisererte muslimer er gale, men at dette angrepet var mer "legitimt" enn annen terror. Vanskelig å forklare, men det er følelsen jeg får av enkelte.

En sa:

Jeg har unnlatt å fortelle en del personer det fordi at jeg ...på en måte har prøvd med noen. Og så er det sånn at det virker ikke som om de forstår. De bare "oi, oi, shit", og så er det liksom på en måte glemt. (...) Det virker som de tar så lett på det. Og så er det glemt så fort.

«Skåne dem»

Enkelte unnlot å fortelle det til familiemedlemmene sine, inkludert egne barn og foreldre, for å skåne dem. En sa for eksempel:

Ja, jeg unnlot å fortelle det til foreldrene mine fordi de er ikke så friske... De var allerede bekymret for at jeg bodde i Oslo og så på nyhetene at det var det ene og det andre som foregikk i Oslo. Så jeg valgte å ikke fortelle dem det, for å på en måte skåne deres psykiske helse.

PERSONLIGE ÅRSAKER

«Orket ikke snakke om det»

En del deltagere sa også at de hadde unngått å fortelle at de var til stede under angrepet av personlige årsaker, hovedsakelig at det var et vanskelig tema å snakke om. En sa for eksempel:

Det koster litt å fortelle det, forklare og få spørsmål om det. For meg har det vært greiere å ikke...bare ikke fortelle så mye om det selv. (...) hver gang jeg forteller om det, (...) så får man det litt fram igjen. En blir litt, man får en reaksjon, blir litt urolig, og føles litt stresset. Det er ubehagelig å gå igjennom hendelsen og hva man opplevde.

En annen sa: «Jeg var student og bytta arbeidsgiver mellom angrepet og rettssaken. Så under rettssaken var det ingen rundt meg som visste det. Jeg orket ikke å snakke om det med noen».

«Jeg vil glemme det»

Enkelte sa eksplisitt at de bevisst unngikk å tenke på eller snakke om det som skjedde. En sa: «Fordi at jeg vil glemme det, og jeg har på en måte ikke lyst til å identifisere meg med det». En annen deltager beskrev det slik:

Jeg hadde store problemer med å forholde meg til det som skjedde i ettertid. Valgte å ikke tenke på det, lese om det, høre om det – og fortalte det kun til noen nære. Vet at dette er en «metode» jeg bruker om jeg opplever vanskelige ting.

En annen sa:

Så var jeg veldig skamfull for at jeg ikke hjalp noen...Og jeg var livredd. Min måte å takle det på var jo å prøve alt jeg kunne å ikke tenke på det som hadde skjedd, å ignorere det som hadde skjedd...Så jeg var, nei, jeg var ikke klar til å snakke om det, i tiden etter, i det hele tatt. Jeg var veldig flau, og skamfull, og...ja, full av skam.

Kort oppsummert gir deltagernes beskrivelser av årsaker til at de har unnlatt å fortelle andre at de var til stede under angrepet oss viktig innsikt i personlige vurderinger, bekymringer og erfaringer med sosiale reaksjoner etter terroren.

TILGANG TIL SOSIAL STØTTE OG OMSORG

Alle deltagerne ble spurt om deres egen opplevelse av tilgang til støtte og omsorg. Funnene tyder på at de aller fleste deltagere opplever å ha god støtte fra sitt sosiale nettverk. Mer spesifikt oppga 73–82 % at de per i dag har tilgang til (nesten) så mye omsorg, kjærlighet, praktisk hjelp og støtte som de kunne ønske seg (Tabell 22). Samtidig rapporterte omtrent 20 % at de gjerne skulle hatt mer støtte og omsorg, hvorav halvparten (rundt 10 %) uttrykte et behov for betydelig mer støtte.

Tabell 22. Sosial støtte og omsorg

	N	(Mye) mindre enn jeg ønsker		Noe, men jeg ville ønsket mer		(Nesten) så mye jeg ønsker	
		n	%	n	%	n	%
Jeg har mennesker rundt meg som bryr seg om hva som skjer med meg	227	11	(4,8)	29	(12,8)	187	(82,4)
Jeg får kjærlighet og omsorg	227	22	(9,7)	22	(9,7)	183	(80,6)
Jeg har mulighet til å snakke med noen om arbeid-/studieproblemene mine	227	31	(13,6)	20	(8,8)	176	(77,5)
Jeg har mulighet til å snakke med noen jeg stoler på om mine personlige problemer eller familieproblemer	228	21	(9,2)	20	(8,8)	187	(82,0)
Jeg blir bedt med ut for å gjøre ting med andre mennesker	228	22	(9,7)	29	(12,7)	177	(77,6)
Jeg får nyttige råd om viktige ting i livet	226	23	(10,2)	37	(16,4)	166	(73,4)
Jeg får hjelp når jeg ligger syk til sengs	227	42	(18,5)	19	(8,4)	166	(73,1)
	M	SD	Range				
Gjennomsnitt (1–5)	4,16	0,87	1–5				

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation).

Vi vet at tilgang til sosial støtte er viktig etter kriser og katastrofer. Likevel har vi begrenset kunnskap om hva nære, som for eksempel familie og venner, kan gjøre for å hjelpe rammede i den tidlige fasen etter et terrorangrep. Nære kan være særlig betydningsfulle i denne perioden, både fordi de kjenner den rammede godt, og fordi de ofte er blant de første som merker endringer i funksjon, atferd og behov. For å få bedre innsikt i hva som oppleves som hjelpsomt eller ikke i denne fasen, stilte vi deltagerne et åpent spørsmål: *Hva gjorde dine nærmeste – som familie eller venner – i løpet av de første tre månedene etter angrepet som bedret eller forverret situasjonen for deg?*

GOD SOSIAL STØTTE

Majoriteten av deltagerne beskrev hva deres nære hadde gjort de tre første månedene etter angrepet, som de hadde opplevde som hjelpsomt. Under følger en tematisk oppsummering av disse beskrivelsene.

«Noen ville høre historien min»

Mange deltagere trakk frem at de hadde hatt noen å snakke med, hvorav de aller fleste sa at de hadde fått muligheten til å snakke med noen om det de hadde opplevd under angrepet. En sa for eksempel: «De støttet og snakket med meg hvis jeg ønsket å snakke om hendelsen. Det bedret situasjonen veldig». En annen sa: «Vennene og familie ville jo høre historien, og jeg delte det jo gledelig når jeg...for de som ville høre den. Og det i seg selv er jo en terapi».

Flere understrekte betydningen av måten de ble møtt på da de fortalte om det de hadde opplevd, inkludert at de kjente på en anerkjennelse av alvoret i hendelsen og en forståelse for reaksjonene de hadde fått, men også muligheten til å bruke humor. En sa: «Venner stilte opp og snakket med oss om det, lyttet når vi trengte det og tålte det når galgenhumoren ble drøy. Jeg er veldig takknemlig». En annen beskrev det slik:

Det var jo, at de ville høre når jeg pratet med dem, at de har vist veldig støtte. Og så, når jeg pratet med dem, så fikk man på en måte, for jeg fikk jo en ganske sann fysisk reaksjon på det hele, og psykisk. Kanskje også uten at jeg forstod helt omfanget av hvordan det var. Når man da møter andre som virkelig også – hva blir det riktige ordet – det med å anerkjenne, eller liksom at det faktisk var en veldig stor eller alvorlig hendelse, å få det bekreftet liksom, sånn at man ikke er rar som reagerer så veldig. Så det må det kanskje være, ja.

En annen sa:

(...) da jeg fortalte dem om det, i hvert fall for de aller nærmeste... dagen etterpå, eller når det var, så opplevde jeg at ...jeg følte empati. At de syntes det var kjipt at dette hadde skjedd med meg og så videre. Og det synes jeg, det var jo godt på en måte, å føle at jeg hadde en støtte blant dem.

Deltagerne sa at de satte pris på at andre aktivt spurte hvordan det gikk, samtidig som deres nære respekterte det hvis de ikke ønsket å snakke om det. En sa for eksempel:

Og så er det bare det at de er innom av og til, spør hvordan går det, «Vil du snakke om det?», og det er egentlig det beste. De som gjorde det, altså, det de gjorde som var bra, var jo å spørre hvordan jeg har det, og om jeg vil snakke om det. For da har jeg muligheten til det, og ikke bare sånn at jeg må ta initiativ til det hvis jeg vil det, men jeg kan også si «Nei takk» hvis jeg ikke ønsker å snakke om det.

Enkelte hadde behov for å snakke om det de hadde opplevd i lang tid, mens andre hadde sterkest behov de første dagene. En sa for eksempel:

For de første dagene var det et ekstremt behov for meg til å handle, til å snakke om dette med folk...hele tiden. Det var altoppslukende på en måte. Men når det hadde gått, for min del, en liten uke, med en god del bearbeiding med venner og familie, så merket jeg at det behovet dempet seg. (...) Så er jeg sikker på at det var det, fire-fem dager, med veldig mye aktivitet sammen med venner og familie, som handler om dette, å gjenopplevde og rekapitulerte, som bedret situasjon.

«Å bearbeide det sammen»

Mange deltagere sa også at det hadde vært en fordel at de hadde opplevd angrepet sammen med noen de kjente – som de kunne snakke med og bearbeide hendelsen sammen med i tiden etter – som virkelig forstod hva de hadde vært igjennom. En sa for eksempel: «Nei, altså de jeg opplevde terror sammen med, vi var mye sammen og delte det fellesskapet. Det var veldig fint. Det var veldig godt». En annen sa:

I denne perioden...Det de gjorde bedre, eller det de gjorde som gjorde situasjonen bedre, var at de lyttet. De var åpne for å prate. Og de pratet selv. Det er noe med å bearbeide det sammen. Og det hjelper oss å høre andres opplevelser. Og så ikke minst det å på en måte samkjøre, hva skjedde i hvilken rekkefølge. Og alt sammen. Så man fikk mer totaloversikt, og forståelse av situasjonen.

En beskrev dette i mer detalj:

Ja, nei, altså det de gjorde bedre var, de var jo der, til stede, for meg, og ikke sant, delte jo, ikke sant. Ikke sant, «Det her er jo grusomt», og ja, støttet meg jo i det, absolutt. Men samtidig så tror jeg også at du må ha vært i en sånn situasjon for å helt skjønne hva som på en måte, hvordan det er, ikke sant. Så man får empati og omsorg, men man merker at det er...de forstår ikke helt og likevel, kan du si, hvor ille det faktisk var. Det kan jeg... det var kanskje litt det jeg kjente på. Kjempesnill familie og alt sånt, men jeg tror ikke de skjønnte helt alvoret, faktisk. Du skjønner at, det er noe med å ha vært i situasjonen selv som gjør at man blir...Og det gjelder ikke bare de, det gjelder jo også kollegaer og ledere, alle andre også, og så på en måte du merker. Jeg merker at vi tre som var i situasjonen, og vi snakker sammen om det her, så vet vi mer hva vi snakker om.

En annen beskrev det slik:

(..) der vi snakket oss gjennom hendelsen og på en måte lyttet til hverandres historier og en slags uformell de-brief, nesten da så...de tingene for meg er mer, jeg vet at sånn som jeg er skrudd sammen, så er det mer verdifullt enn den enn å skulle hatt en sånn veldig formell sak, en strukturert de-brief, egentlig.

«Stille kjærlighet»

Det var også mange deltagere som sa at deres nære, inkludert familie, venner, arbeidsgiver og kollegaer, hadde støttet dem og vært der for dem i tiden etter angrepet. Alt fra at de hadde vist forståelse og omsorg, vært tålmodige og vist hensyn, ringt oftere og tilbrakt mer tid sammen med dem, til at de hadde stilt opp i forhold til praktiske ting, som å kjøre og hente dem, handle for dem, og hjulpet til med papirarbeid. En sa for eksempel: «Min søster stilte opp og var

her sammen med meg. Laget mat, ordnet med papirer, kjørte meg til lege og terapi, passet så jeg fikk sovnet og hvilt». En annen beskrev det slik:

De var veldig oppmerksomme på meg, spurte ved flere anledninger i ettertid om hvordan jeg hadde det, om det hadde traumatisert meg, eller om jeg følte på ubehag i etterkant. De har opptrådd veldig omsorgsfullt og jeg har ikke savnet noe.

En annen beskrev det slik:

(...) ellers så, det er mye den her, som min far kaller for stille kjærlighet (...) ting du gjør uten at det blir veldig vokalisert. Og det er jo en ting som jeg responderer godt på, for jeg synes så store ord er veldig, veldig kleint. Så jeg merker jo det at det var de her små tingene. Folk lagde mat til meg, kaffe, blomster, men også bare det, «Trenger du hjelp til det?», «Hjelp til det?».

«Jeg trengte et spark bak»

En del deltagere sa at de hadde fått hjelp fra fagpersoner i sitt nettverk til å håndtere hendelsen, eller blitt oppmuntret av sine nære til å oppsøke profesjonell hjelp. En beskrev det slik:

Og det var jo min kjære partner som sørget for at jeg fikk snakket med psykolog. (...) Jeg måtte nok ha det sparket bak. Jeg er jo en klassisk person som tenker at «Jeg ikke skal være til bry», og at «alt ordner seg», så jeg trengte det sparket bak, rett og slett, fordi at jeg ikke ville være, jeg hadde en lang periode der jeg ikke ville anerkjenne at det var noe synd på meg for at jeg var der – for det var jo ikke meg, dette gikk...dette var imot. Det føltes jo ganske tidlig som at dette var et angrep spesifikt på en gruppe mennesker da, med eventuelt en homofil legning som jeg ikke på en måte har selv, så ganske tidlig så begynte jeg å tenke at: «Dette her har jo ikke egentlig noe med meg å gjøre, og det var jo ikke meg dette var mot, det var bare uflaks at jeg sto der, så de som trenger hjelp nå det er jo ikke meg». Så det var liksom en del av det jeg tenkte, tenkte...tror jeg, og så hadde jeg en partner da som sa at: «Du var jo der like forbannet, så du må snakke med noen», liksom, så det sparket bak, det trengte jeg.

En annen sa:

Familien og vennen jeg var der med ringte meg hver dag. Jeg isolerte meg selv etter angrepet, klarte ikke å gå ut av huset. De sørget for at jeg ikke mistet kontakt med virkeligheten og oppsøkte hjelp.

SOSIALE REAKSJONER SOM FORVERRET SITUASJONEN

Mange deltagere beskrev sosiale reaksjoner fra familie, venner, kollegaer eller arbeidsgiver som de opplevde at forverret situasjonen for dem. Dette handlet i stor grad om en opplevelse av manglende forståelse og/eller anerkjennelse av det de hadde vært utsatt for.

«Mange misforstod»

Flere deltagere sa at de hadde opplevd en manglende forståelse og/eller anerkjennelse av det de hadde vært utsatt for i møte med sine nære i tiden etter angrepet. En sa for eksempel: «Jeg synes foreldrene mine ikke skjønte det liksom, så det var jo litt sånn, det hørtes ut som at jeg hadde bare vært på butikken, jeg synes det virket litt sånn, enten så skjønner de det ikke, eller så, de virket litt sånn fraværende på akkurat det». Enkelte hadde opplevd at hendelsen ble bagatellisert. En sa for eksempel: «Noen folk på jobb bagatelliserte det, mente det ikke var noe terror mot skeive, og viste lite forståelse. Det synes jeg var vanskelig». En annen beskrev det slik:

Folk, veldig mange misforstod hva jeg hadde opplevd. Jeg tror de fleste antok det som at det hadde vært en skyting i nærområdet, men at jeg ikke hadde direkte selv sett eller opplevd det da. Så jeg tror de fleste var...syntes synd på meg i starten, men var sånn: Ok, dette her har skjedd. Det skjedde ikke noe med deg, det går bra.

En sa:

Jeg fikk noen sånne kommentarer om at: «Hvorfor må du være der det blir bråk bestandig?», for eksempel. «Hvorfor må du være i områder, eller i situasjoner der du kan regne med at folk ikke er enige i den stillingen du har tatt i forhold til andre menneskers rettigheter og verdi?». Så den var litt tøff å svelge, husker jeg, fordi jeg brenner veldig for den saken, da, med Pride og alt det her, så den var tøff å svelge. Og den gjorde det nok ikke så lett i starten, men det endret seg heldigvis fort – og jeg forstod ganske raskt at det handlet om redsel og frykt for mitt velbefinnende.

«Virket som de hadde glemt det»

En del deltagere opplevde at deres nære raskt glemte hendelsen, og at de ikke for eksempel spurte hvordan de hadde det eller lyttet til dem når de fortalte hva de hadde opplevd. En sa for eksempel: «(...) også gikk det ganske fort før de hadde glemt hva som hadde skjedd, følte jeg da (...) jeg synes det var litt rart at de ikke spurte hvordan det går med det». En annen sa: «(...) og at jeg syntes verden gikk veldig raskt videre, og at fokuset skiftet, og at andre var klare, da, for å legge dette bak seg. Før jeg var det». En beskrev det slik:

Familie...har nok frem til det siste vist veldig lite forståelse for hva vi gikk gjennom og hadde vært med på. (...). Ja, folk forstod veldig lite, og noen ganger virket det litt som om de hadde glemt at vi hadde vært med på det. Og venner...så var det nok på en måte, at de som hadde vært der...da tror jeg at vi i en periode støttet hverandre i hvert fall. Men så var de fleste opptatt av å gå videre, men det har ikke jeg klart på samme måte. Og noen nære venner er nok fortsatt støttende, mens jeg vil si min opplevelse er at resten har glemt det. I hvert fall av de som på en måte ikke har vært, hva skal jeg si, påvirket, både etter opplevelser eller rettssaker eller på en måte sånne ting.

Enkelte deltagere hadde opplevd at de ikke ble lyttet til. En sa for eksempel: «Fordi det er vel det som har forverret det, med noen av vennene jeg har hatt, at de ikke lar meg fortelle, og det merker man ganske fort. Ja, at de går over til noe annet, eller avbryter». Enkelte bemerket at de ikke hadde fått noen sosial støtte i tiden etter. En sa for eksempel: «Var vel egentlig ingen som spurte hvordan det egentlig gikk. Det hadde vel kanskje innerst inne vært godt og pratet ut til noen som ville høre».

«Følte meg verre»

Noen beskrev at de syntes det var vanskelig å motta støtte fra mennesker de følte at ikke forsto hva de hadde opplevd.:

Jeg prøvde jo å følge litt sånne råd om at man skal gå og være med venner og ikke være alene og sånn, men jeg tror nok jeg kjente litt på, når jeg da var med venner etterpå, som ikke er en del av det skeive miljøet, og på en måte... ikke helt liksom var på den bølgelengden jeg var på, selv om de mente godt og sånn, så dro jeg egentlig hjem og følte meg verre etterpå, og kjente at dette hjelp veldig lite, eller egentlig motsatt. Så ja, det er litt

vanskelig å forklare egentlig. Jeg tror kanskje jeg trengte å være litt alene også.

«En vanvittig jobb å skulle håndtere det»

For enkelte var det vanskelig å håndtere all støtten de hadde blitt møtt med. En sa for eksempel:

Så, det er jo først og fremst en lykkelig historie, men jeg fikk jo også en vanvittig dose med sympati. Og mennesker som bare...sendte meg melding og ville meg vel. Ville høre om det gikk bra, og syntes at det var så dumt det som om hadde skjedd. Det ble...en vanvittig jobb å skulle, liksom, håndtere det. Jeg ble vanvittig sliten av det.

En annen beskrev det slik:

Litt sånn som jeg var inne på i sted, så var det veldig mange henvendelser. Jeg opplevde jo, at det ble jo veldig deres behov for å si at de brydde seg og var tilgjengelig. Det ble nesten litt overveldende, så jeg vet at i den første perioden, så syntes jeg at det var veldig vanskelig.

Andre sa det var vanskelig å fortelle om hendelsen til alle som tok kontakt og som ville vise støtte. En sa for eksempel:

(...) og det syntes jeg var vanskelig husker jeg, fordi jeg klarte ikke å, jeg syntes det var vanskelig å skulle ta imot all den oppmerksomheten, den omsorgen, og alle de henvendelsene, fordi jeg klarte ikke å grave i det på nytt og fortelle historien så mange ganger – om hvordan dette hadde vært og hva jeg hadde opplevd.

«Jeg måtte trøste dem»

Enkelte opplevde at de selv måtte trøste og støtte sine nære, som ble svært opprørt over hva det hadde vært utsatt for. En beskrev det slik:

Det eneste som kanskje... var...det at folk kan bli litt sånn, at nesten så jeg må trøste andre – fordi det ble så forferdelig for dem. Det var kanskje det eneste. Men samtidig var det jo bedre at de turte faktisk å snakke om det, enn at de unngikk det. Men det var ikke...bestandig å trøste folk fordi de ble så lei seg på mine vegne. Jeg har jo noen venner som blir veldig

følsomme og som tårene triller. Og så er det jo veldig ok, samtidig som det kanskje ble litt mye da. Kanskje. Men det er ikke noe kritikk til dem. Jeg er veldig glad for at de i hele tatt var der og at de stilte opp. Det er ikke noe kritikk, men kanskje de kunne prøve å unngå at jeg måtte sitte og prøve... For det måtte jeg i noen tilfeller nærmest overbevise dem om at jeg hadde det bra. Og så visste jeg jo ikke helt om jeg hadde det bra. For det tok litt tid før man fikk det bra. Det tok litt tid før jeg visste om jeg hadde det bra eller ikke. Og da var det ikke bare å sitte og prøve å si at jeg hadde det bra, og så visste jeg ikke helt.

«Skånet meg for normal livsførsel»

Enkelte opplevde at det var ubehagelig at venner og bekjente prøvde å få dem til å oppsøke hjelp, eller prøvde å skåne dem for mye. En sa for eksempel: «Noen venner ble sinte fordi jeg ikke gikk til psykolog». En annen sa:

(...) og andre prøvde vel egentlig bare å være så sensitive som mulig, og så er jeg usikker på hvor positivt eller negativt det var. Fordi jeg setter jo pris på at de prøvde å vise omsorg for de som er i husholdningen, men samtidig så tror jeg det er viktig i hvert fall for meg å kunne delta, i livet. Så det kan kanskje ha hatt et litt negativt utslag at de på en måte skånet meg for normal livsførsel.

3.6.2 ERFARINGER MED STØTTEGRUPPA 25.JUNI

Erfaringer fra tidligere terrorhendelser i Norge og andre land viser at støttegrupper ofte etableres for å ivareta rammedes behov og rettigheter. I det følgende presenterer vi deltagerne erfaringer med Støttegruppa 25. juni.

Deltagelse i støttegruppa: Det var 83 deltagere (37 %) som rapporterte at de hadde deltatt på aktiviteter i regi av Støttegruppa 25. juni, samt et fåtall (4 %) som hadde hatt en formell rolle i gruppa (for eksempel sittet i styret).

Funksjoner støttegruppa har hatt for rammede: Av funksjonene Støttegruppa hadde hatt for de rammede, var det først og fremst det å bidra til forskning på konsekvensene av angrepet (55 %), samt at Støttegruppa er en interesseorganisasjon som arbeider på vegne av de berørte (49 %), som ble trukket frem som viktig i (ganske) stor grad (Tabell 23).

Tabell 23. Funksjoner Støttegruppa har hatt for de rammede

	N	n	%	Ikke det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I (ganske) stor grad		
				n	%	n	%	n	%
Kun de som hadde deltatt på aktiviteter:									
Å møte andre som har opplevd noe lignende	81	13	(16,0)	15	(18,5)	26	(32,1)	27	(33,3)
Å kunne snakke om mine erfaringer	81	19	(23,5)	19	(23,5)	22	(27,2)	21	(26,0)
Å kunne delta på samlinger og markeringer med andre rammede	80	11	(13,8)	13	(16,2)	19	(23,8)	37	(46,2)
Å få kunnskap om viktige tema ved deltagelse på seminarer eller kurs	81	18	(22,2)	10	(12,3)	20	(24,7)	33	(40,7)
Alle deltagerne:									
At de arrangerer minnemarkeringer	198	84	(42,4)	14	(7,1)	38	(19,2)	62	(31,3)
Å få viktig informasjon knyttet til rettsprosessen/helsetjenester	202	68	(33,7)	17	(8,4)	33	(16,3)	84	(41,6)
Å være en interesseorganisasjon som jobber for viktige saker på vegne av de berørte	204	68	(33,3)	13	(6,4)	23	(11,3)	100	(49,0)
Å ha bidratt til forskning på konsekvensene av terrorangrepet for de som ble rammet	196	55	(28,1)	10	(5,1)	24	(12,2)	107	(54,6)

Blant de som hadde deltatt på aktiviteter i regi av Støttegruppa, trakk deltagerne først og fremst frem betydningen av å kunne delta på samlinger og markeringer med andre rammede (46 %), samt at det var viktig å få kunnskap om relevante tema ved deltagelse på seminarer eller kurs (41 %) (Tabell 23).

Andre funksjoner: En del deltagere beskrev også andre viktige funksjoner Støttegruppa 25. juni hadde hatt for dem. Dette er oppsummert tematisk i det følgende.

«Et talerør»

Enkelte sa at de synes Støttegruppa har hatt en fin profil utad og gjort en viktig jobb med å opprettholde fokus og oppmerksomhet på angrepet i offentligheten. En sa for eksempel: «De har vært et talerør og representasjon for oss. (...) stå på en måte som et ansikt eller en støtte for oss som var der og er pårørt». En sa: «(...) men synes de har hatt en veldig fin profil ute av i media. Og profilert det på en fin og nyansert måte». En annen beskrev det slik:

Jeg synes de har vært flinke på både det å holde i markeringen og holde fokus og holdt lys på at det faktisk skjedde. Holde det relevant, da, kanskje. Det betyr mye for at man sitter igjen og kanskje kan kjenne at det snakkes ikke så mye om.

Lignende sa en annen:

De har på en måte tatt på seg det offentlige sin oppgave, og har på en måte stått i bresjen for å på en måte, på alle mulige måter. Alt i forhold til før rettssaken kommer opp, til etter rettssaken, og de er på en måte imponerende.

«Et slags sikkerhetsnett»

Enkelte uttrykte at Støttegruppa hadde vært viktig og gitt dem en følelse av trygghet. En sa for eksempel: «Nei, det måtte egentlig være at det ble laget støttegrupper. For de som har hatt behov for det. Og så har jeg lest at det har vært noe der, i fall jeg skulle få behov for det». En sa: «Trygghet. Noen har tatt ansvar og gitt mye god og nyttig informasjon». En annen beskrev det slik:

En sosial, fin arena. Det er en fin møteplass for å treffe andre, både kjente og ukjente. Det er en god anledning for å se om det er noen som trenger mer hjelp enn det andre trenger. Det er ikke alle som har det like lett. Det er et slags sikkerhetsnett, på en måte.

En annen sa:

Det har betydd veldig mye for meg for å ha...at noen...at det er et sted jeg på en måte kan henvende meg til. Jeg har ikke gjort det så mye, men de gangene har jeg bare blitt møtt med forståelse, og omtanke, og de har prøvd å hjelpe så mye som de kan.

«Nyttig informasjon»

Enkelte sa at de hadde satt pris på informasjonen de hadde fått fra Støttegruppa. En sa for eksempel: «Ja, det har jo vært nyttig, den informasjonen de kommer ut med, så jeg har ikke hatt behov for å følge for eksempel media noe særlig, for det har jeg ikke likt å gjøre». En kvinne understreket betydningen av Støttegruppas arbeid i forbindelse med det juridiske:

Jeg takket nei til bistandsadvokat i samtaler med politiet, da jeg ikke forstod dette tilbudet også var for oss som var tett på og ikke kun var fysisk skadet. Jeg ønsket ikke å være til bry, og vil skjerme meg fra saken. Etter rettssaken, tok en nær venninne kontakt med 25.juni-støttegruppa og ble rådet på mine vegne til å ta kontakt med en bistandsadvokat. Så på grunn av støttegruppens informasjon har jeg nå i ettertid fått bistandsadvokat.

En annen sa:

Mest informasjonsflyten derfra, som er fin å ha. Og mye i forhold til rettssak. For da følte jeg plutselig at jeg stod på bare bakke og visste ikke mye. (...) Så den informasjonen jeg skulle gjerne hatt av bistandsadvokaten har jeg fått fra støttegruppen.

«Snu det til noe positivt»

Enkelte engasjert i Støttegruppa sa at det hadde vært godt å kunne være handlingsorientert i forhold til angrepet, og å «kunne snu det til noe positivt ved å jobbe med det».

NEGATIVE ERFARINGER MED STØTTEGRUPPA

Det var også en del deltagere som beskrev negative erfaringer med Støttegruppa. Dette handlet først og fremst om gruppas tilgjengelighet, dynamikk og funksjon/rolle, samt mangel på oppfølging av de som satt i styret.

«De var ikke til stede»

Enkelte av deltagerne bemerket utfordringer med tilgjengelighet, både i forhold til etableringen og lokaliseringen av gruppa, samt møtetidspunktene. For eksempel var det en som sa: «Har vært umulig å få hjelp fra Støttegruppen, da de konsekvent har møttes på dagtid. Og jeg er i full jobb og får ikke fri fra arbeidsgiver til å forlate jobb dagtid». Enkelte deltagere sa at de ikke hadde mulighet til å reise inn til Oslo for å delta på møter. Enkelte bemerket at de savnet at gruppa hadde vært opprettet på et tidligere tidspunkt. En sa for eksempel: «Men det var ingen støttegruppe til stede rett etter skytingen... Og det savnet jeg. Det var veldig tydelig at de ikke var til stede». Ellers var det en del deltagere som sa at de aldri hadde hørt om Støttegruppa.

«En støttegruppe for de skeive»

Enkelte deltagere sa at de opplevde Støttegruppa som ekskluderende for rammede som ikke var en del av det skeive miljøet. En sa for eksempel:

Det handler om at...det kanskje ikke, det er i hvert fall en opplevelse av at det å være til stede under terroren kanskje ikke var godt nok for å være en del av Støttegruppa, (...) En må være.. det var en opplevelse av at en må være skeiv, eller en må være en del av det skeive miljøet, for å få en full verdig billett inn, da.

En annen beskrev dette slik:

Jeg forstår at terroren blir sett på som å ramme det skeive miljøet, og at nok hensikten sikkert var det, men så er det en del av oss som ikke er skeive, og den støttegruppen føles veldig for skeive. Jeg opplever det. (...) og det er ikke det at jeg ikke forstår at det blir det, fordi det er – jeg skjønner at det var en terror som rammet dem veldig hardt, men det er ikke engang et spørsmål om noen av oss ikke er det, liksom.

Enkelte understreket at dette ikke handlet om erfaringer med Støttegruppa, men egne fordommer mot gruppen:

Jeg har ikke villet være i den støttegruppa (...) Det har vært litt sånn...Jeg har liksom følt at jeg ikke har hørt til der. Det er jo min teite egen dømming av meg selv, da. Men jeg har liksom følt at det har vært for de skeive, da.

«Kommer seg ikke videre»

Noen få påpekte at de opplevde at Støttegruppa bidro til å holde fokuset på saken på en måte som de opplevde som negativ. En synes for eksempel det var en belastning at hen fortsatt ofte fikk mail fra Støttegruppa, flere år etter hendelsen:

Og det blir en påminnelse hele tiden, når de sender ut meldinger og mailer om det som skjedde. (...) I stedet for at nå er det snart tre år siden, og man burde kanskje komme seg litt videre. For min del har det blitt en dårlig erfaring med Støttegruppa 25.juni.

En annen deltager synes Støttegruppa var for aktive i å oppfordre rammede til å oppsøke hjelp:

Som sagt i forhold til at jeg føler at de melker det litt for mye. (...) Altså, man på en måte... Ikke forgude det, men man på en måte...Ja, nå husker jeg på en måte ikke ordet. (...) Og man kommer seg ikke videre, og det synes jeg er litt dumt. (...) Og samme i forhold til at de har...Jeg synes det er, altså, fremdeles holder de på å si at hvis du er rammet av det, så må du søke hjelp. Nå er det tross alt tre år siden. Hvis du ikke vet at du har vært rammet av det innen nå, så er du kanskje ikke så veldig rammet av det heller.

Enkelte hadde negative erfaringer med innholdet på møtene, blant annet at det var belastende å høre andre rammede sine historier. En sa for eksempel:

Det er jo bare en episode som jeg synes var litt sånn...Vi skulle ha en sånn... Vi skulle sette oss sammen på bord. Vi medlemmer, og...Jeg husker ikke hva temaet var, men det endte jo med det at man satt og fortalte hva man opplevde den kvelden og hva man så. Og det ble litt voldsomt for meg, merka jeg (...) Ja, det var nesten sånn at vi satt og...Det var jo sikkert vår feil, vi satt og delte med hverandre som til psykologer, og det ble litt mye å spise for meg, egentlig, når man sitter med sitt eget traume. Men ja, det gikk bra.

Enkelte hadde negative erfaringer med andre deltagere, som de opplevde tok (for) mye plass.

«Et krevende arbeid»

Enkelte av de som har engasjert seg i Støttegruppa, sa at det hadde vært et krevende og tungt arbeid, særlig med tanke på at de selv hadde vært utsatt for en svært dramatisk hendelse – og at de kunne hatt nytte av profesjonell hjelp. En sa for eksempel:

Altså vi var terrorisert og traumatisert og hadde ikke noen andre enn hverandre å støtte oss på. Å skulle bygge en organisasjon fra skrætsj, forsøke å søke om penger, og lage store arrangementer, og gikk på møter rundt forbi, og kastet oss ut i media uten noen som guida oss og hjelper oss med hva som skjer når man er ute i media, all kontakten man får av

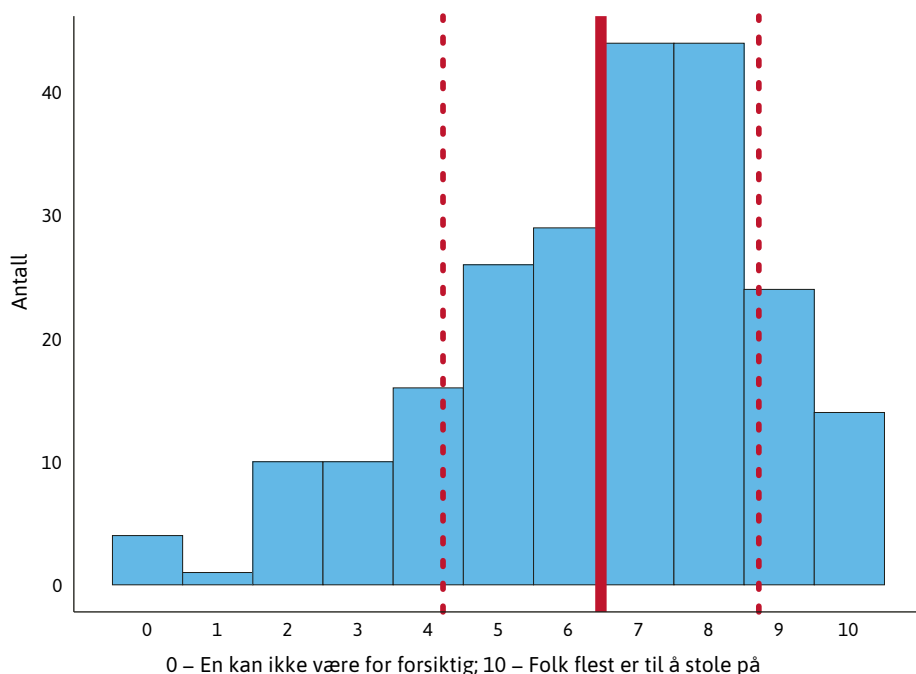
fremmede mennesker, som plutselig begynner å ringe deg og skrive meldinger til deg. (...) samtidig som det også var veldig slitsomt og uttømmende, (...) alle medlemmene som hadde det vanskelig, og det var mange timer og mange samtaler med mange mennesker som hadde det tungt og det var veldig slitsomt, og vi hadde ingen støtteordninger i det hele tatt for oss som satt med dette (...) og vi etterspurte, at vi trenger jo å ha en slags bedriftshelsetjeneste, eller et opplegg rundt oss som sitter med dette, og fikk nei på det. Og det var tungt synes jeg, at det ikke var noen rammer for oss, så vi kunne på en måte tømme oss et sted, med alt det vi blir sittende igjen med, av andre sin og fortvilelse og frustrasjon og manglende helsehjelp og ødelagt liv og alkoholproblemer. Selvmords problemer, ja, alt.

3.7 TILLIT ETTER TERRORANGREPET

3.7.1 TILLIT TIL ANDRE MENNESKER

Generalisert tillit viser til i hvilken grad mennesker har en grunnleggende tro på at andre generelt sett er til å stole på. Alle deltagerne ble spurt om de stort sett vil si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre ("En kan ikke være for forsiktig" (0) – "Folk flest er til å stole på" (10). I gjennomsnitt svarte deltagerne 6,5, og vi fant ingen signifikant forskjell mellom skeive og ikke-skeive på generalisert tillit (Figur 8 og tabell 24).

At folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig



Figur 8. Tillit til andre mennesker (generalisert tillit)

Den røde linjen gjenspeiler gjennomsnittet, og de stiplede linjene indikerer standardavviket (SD) rundt gjennomsnittet.

Tabell 24. Tillit til andre mennesker

	N	Alle			Ikke skeive (n = 84)		Skeive (n = 137)		p
		M	SD		M	SD	M	SD	
Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?	222	6,46	(2,25)		6,59	(2,26)	6,39	(2,24)	0,532

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfældigheter.

3.7.2 TILLIT TIL TJENESTER, MYNDIGHETER OG MEDIA

Institusjonell tillit handler om deltagerne tillit til sentrale institusjoner, myndigheter og media. Gjennomsnittlig oppga deltagerne høyest tillit til rettsvesenet (7,7), etterfulgt av politiet (6,8) og helsevesenet (6,7). Lavere

nivåer av tillit ble rapportert for Stortinget (5,7), PST (5,5) og media (5,3). Det er imidlertid viktig å merke seg at disse forskjellene i tillit mellom institusjoner ikke er testet for statistisk signifikans.

Når det gjelder institusjonell tillit generelt, var det ingen uttalte forskjeller mellom skeive og ikke-skeive deltagere – med unntak av tilliten til PST, der skeive deltagere oppga et signifikant lavere tillitsnivå (Tabell 25).

Tabell 25. Institusjonell tillit – til tjenester, myndigheter og media

	Alle			Ikke skeive (n = 84)		Skeive (n = 137)		
	N	M	SD	M	SD	M	SD	p
På en skala fra 0–10, hvor stor tillit har du personlig til...								
Helsevesenet	222	6,68	(2,45)	6,93	(2,28)	6,53	(2,57)	0,237
Politiet	222	6,82	(2,47)	7,17	(2,12)	6,60	(2,66)	0,081
Politiets sikkerhetstjeneste (PST)	221	5,53	(2,72)	6,40	(2,43)	5,02	(2,74)	<0,001
Rettsvesenet	220	7,65	(1,92)	7,52	(1,66)	7,73	(2,07)	0,416
Stortinget	221	5,71	(2,20)	5,94	(1,80)	5,58	(2,42)	0,214
Media	222	5,29	(2,11)	5,18	(1,83)	5,37	(2,25)	0,492

N, totalt antall besvarelser; n, antall svar på angitt svarkategori; M, gjennomsnitt (mean); SD; standardavvik (standard deviation); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter.

3.8 KONSEKVENSER FOR RAMMEDE OG SAMFUNNSSIKKERHETEN

Her presenteres resultater fra eksplorative multiple regresjonsanalyser, samt korrelasjonsanalyser på tverrsnitts materialet – satt opp på bakgrunn av skisserte sosial-psykotraumatologisk modeller (Figur 1 side 41 og Figur 2 side 73). De kvantitative analysene ble utført som beskrevet i under kvantitative analyser i metodedel. Mål på opplevelser under terrorangrepet omfattet peritraumatisk eksponering og reaksjoner; eksponering for hat inkluderte hatytringer eller handlinger motivert av negative holdninger eller hat rettet mot identitet eller gruppetilhørighet (mot en selv eller noen man kjenner, i barndom, før eller etter angrepet); mål på psykisk helse omfattet symptomer på PTSD og K-PTSD; og opplevde samfunnsendringer ble målt ved SAFE-index (f.eks., mer motsetninger mellom grupper, mindre samhold og ytringsrom, samt mer frykt, utrygghet og hat), som beskrevet i metode.

3.8.1 MODELL 1: KONSEKVENSER FOR RAMMEDE

Primært utforsket vi sammenhenger mellom rammedes opplevelser under terrorangrepet og eksponering for hat, med psykisk helse, generalisert tillit, og opplevd samfunnsendring (Figur 2, Modell 1). I fire multiple regresjonsanalyser utforsket vi mer spesifikt sammenhenger mellom peritraumatisk eksponering og reaksjoner og eksponering for hat (mot seg selv/bekjente, før/etter angrepet) med følgende utfall: i) symptomer på PTSD og ii) tilleggssymptomer ved K-PTSD (DSO), ii) generalisert tillit, og iii) opplevde samfunnsendringer (SAFE), justert for alder, registrert kjønn, og utdanningsnivå, samt kjente risiko- og resiliensfaktorer (i.e., interpersonlig vold og sosial støtte).

PSYKISK HELSE: PTSD OG K-PTSD

Resultatene viste en tydelig sammenheng mellom sterke opplevelser under angrepet (peritraumatiske erfaringer og reaksjoner) og høyere nivå av PTSD-symptomer, nær tre år etter hendelsen (Tabell 26). Videre fant vi at livstids-eksponering for for hat var signifikant forbundet med høyere nivå av symptomer på K-PTSD (f.eks. affektiv dysregulering, negativ selvoppfattelse, samt relasjonsvansker).

Tabell 26. Sammenhenger mellom terror, hat og psykisk helse (Modell 1)

	PTSD ¹			K-PTSD ²		
	b	95% CI	p	b	95% CI	p
PT-E (sum 0–13)	0,70	0,40 – 1,00	<0,001	0,21	-0,08 – 0,50	0,155
PT-R (sum 0–5)	1,11	0,65 – 1,56	<0,001	0,12	-0,33 – 0,56	0,601
Hat (sum 0–6)	0,36	-0,00 – 0,73	0,050	0,51	0,16 – 0,86	0,005
Observasjoner	221			221		
R ² / R ² adj.	0,432 / 0,411			0,473 / 0,453		

^{1,2} Justeringsvariablene: Kjønn [mann]: 1) b = -2,23, 95%CI: -3,53 – -0,93, p = 0,001; 2) b = -1,07, 95%CI -2,33 – 0,19, p = 0,097; Alder: 1) b = 0,04, 95%CI -0,02 – 0,10, p = 0,152; 2) b = -0,10, 95%CI -0,15 – -0,04, p = 0,001; Utdanning [høyere]: 1) b = -1,53, 95%CI -2,85 – -0,20, p = 0,025; 2) b = -1,53, 95%CI -2,85 – -0,20, p = 0,025; IPV (sum 0–15): 1) b = 0,30, 95%CI 0,01 – 0,59, p = 0,046; 2) b = 0,32, 95%CI 0,03 – 0,60, p = 0,028; Sosial støtte (gjennomsnitt, 0–5): 1) b = -2,14, 95%CI -2,84 – -1,43, p < 0,001; 2) b = -3,69, 95%CI -4,37 – -3,00, p < 0,001. b, regresjonskoeffisient; CI konfidensintervall (confidence interval); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter. PT-E – peritraumatisk eksponering sumskåre; PT-R – peritraumatiske reaksjoner sumskåre; IPV – interpersonlig vold sumskåre.

GENERALISERT TILLIT

Opplevelser under angrepet og livstidseksponering for hat var ikke signifikant assosiert med generalisert tillit i den multiple modellen. Som forventet, fant vi en signifikant sammenheng mellom høyere nivå av sosial støtte og høyere tillit til andre mennesker.

EKSPLORATIVE UJUSTERTE KORRELASJONER MELLOM EKSPONERING, PTSD OG ANDRE HELSEPLAGER

Sammenhengen mellom opplevelser under angrepet, eksponering for hat, symptomer på PTSD og K-PTSD, og andre helseplager og problematisk bruk av rusmidler, ble undersøkt ved hjelp av ujusterte Spearman rho-korrelasjoner (Tabell 27).

Resultatene viste en sterk korrelasjon mellom symptomer på PTSD, symptomer på angst og depresjon, og hodepine, samt en moderat korrelasjon mellom symptomer på PTSD og insomni, sinne, muskel/ledd smerte, og problematisk bruk av medikamenter. K-PTSD symptomer var sterkt korrelert med symptomer på angst og depresjon, insomni, og hodepine, og moderat korrelert med muskel og ledd smerter.

Videre fant vi svake, men signifikante, positive sammenhenger mellom opplevelser under angrepet, symptomer på angst og depresjon, hodepine og problematisk bruk av medikamenter, samt en svak, men signifikant, positiv sammenheng mellom eksponering for hat, symptomer på angst og depresjon, søvnvansker og hodepine.

Disse ujusterte korrelasjonene tar ikke høyde for eventuelle systematiske forskjeller i data knyttet til registrert kjønn, alder eller utdanning. Resultatene må derfor tolkes i lys av dette.

Tabell 27. Eksplorative korrelasjoner mellom terror, hat, PTSD med andre helseplager

	Angst og depr.	Insomni	Sinne	Smerte	Hodepine	Medikamenter	Alkohol	Andre rus
PT-E	0,16	0,09	0,13	0,12	0,25	0,23	-0,07	0,01
PT-R	0,21	0,19	0,15	0,17	0,2	0,13	-0,04	0,01
Hat	0,23	0,22	0,05	0,04	0,26	-0,01	0,14	0,08
PTSD	0,55	0,43	0,36	0,39	0,56	0,31	-0,03	0,03
K-PTSD	0,74	0,59	0,25	0,32	0,5	0,25	0,2	0,16

PT-E – peritraumatisk eksponering sumskår; PT-R – peritraumatiske reaksjoner sumskår; IPV – interpersonlig vold sumskår; PTSD – post-traumatisk stress sumskår; K-PTSD – tilleggssymptomer ved kompleks posttraumatisk stress, disturbance of self-organization (DSO) sumskår; Angst og depresjon gjennomsnitt; Insomni gjennomsnitt; Sinne gjennomsnitt; Smerte sumskår; Hodepine sumskår; medikamenter, alkohol, and andre rus sumskår. Signifikante korrelasjonskoeffisienter (Spearman rho) ($p < .05$) i fet skrift.

OPPLEVDE SAMFUNNSENDRINGER (SAFE)

Vi fant en signifikant sammenheng mellom eksponering for hat og en opplevelse av mer negative samfunnsendringer etter angrepet (f.eks. mer motsetninger mellom grupper, mindre samhold og ytringsrom, samt mer frykt, utrygghet og hat). Opplevelser under angrepet var derimot ikke signifikant assosiert med opplevde samfunnsendringer. Som forventet, fant vi at sosial støtte var signifikant assosiert med en opplevelse av mer positive samfunnsendringer (Tabell 28).

Tabell 28. Sammenhenger mellom terror, hat, trygghet og tillit (Modell 1)

	Opplevd samfunnsendring (SAFE) ¹			Generalisert tillit ²		
	b	95% CIs	p	b	95% CIs	p
PT-E (sum 0–13)	0,15	-0,07 – 0,36	0,175	-0,03	-0,18 – 0,11	0,645
PT-R (sum 0–5)	-0,03	-0,35 – 0,30	0,872	-0,22	-0,43 – 0,00	0,051
Hat (sum 0–6)	-0,69	-0,95 – -0,43	<0,001	-0,07	-0,24 – 0,11	0,448
IPV (sum 0–15)	0,12	-0,08 – 0,33	0,233	-0,11	-0,25 – 0,03	0,131
Sosiale støtte (avg, 0–5)	0,89	0,38 – 1,39	0,001	0,59	0,25 – 0,92	0,001
Observasjoner	219			221		
R² / R² adj.	0,198 / 0,168			0,148 / 0,115		

^{1,2} Justeringsvariablene: Kjønn (**mann**): 1) b = 0,90, 95%CI: -0,02 – 1,83, p = 0,055; 2) b = 0,47, 95%CI: -0,15 – 1,09, p = 0,138; **Alder**: 1) b = -0,01, 95%CI: -0,05 – 0,03, p = 0,520; 2) b = 0,02, 95%CI: -0,00 – 0,05, p = 0,097; **Utdanning**: 1) b = -0,32, 95%CI: -1,25 – 0,62, p = 0,506; 2) b = 0,02, 95%CI: -0,61 – 0,65, p = 0,944.

b, regresjonskoeffisient; CI konfidensintervall (confidence interval); p, p-verdien - angir sannsynligheten for at det observerte resultatet skyldes tilfeldigheter. **SAFE** Høyere skårer reflekterer økt opplevelse av trygghet, sosial tilhørighet, ytringsrom og redusert polarisering, frykt og hat, Intern konsistens; PT-E – peritraumatisk eksponering sumskåre; PT-R – peritraumatiske reaksjoner sumskåre; IPV – interpersonlig vold sumskåre.

3.8.2 MODELL 2: INDIKATORER FOR SAMFUNNSSIKKERHET

Dernest utforsket vi sammenhenger mellom individuelle konsekvenser for rammede (psykisk helse, tillit til andre mennesker og opplevde samfunnsendringer) og konsekvenser for samfunnssikkerheten (Figur 2, modell 2). Samfunnssikkerhet måles her eksplorerende, som dekning av rammedes hjelpebehov, deres institusjonelle tillit (f.eks. til helsevesen, politi, PST, rettsvesen, Stortinget og media), og samfunnsdeltagelse, der udekkede hjelpebehov, lavere institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse tolkes å indikere en svekkelse av samfunnssikkerheten (NOU 2023:17, s. 17).

I fire multiple lineære regresjonsanalyser utforsket vi hvordan rammedes psykiske helse (symptomer på PTSD/K-PTSD), generaliserte tillit, og opplevde endringer i samfunnet (SAFE), henger sammen med sentrale indikatorer for samfunnssikkerhet – målt som: i) udekkede hjelpebehov, ii) institusjonell tillit, iii) fungering og iv) deltagelse i arbeidsliv (deltagelse versus frafall fra arbeidsliv, i form av arbeidsledighet eller uførhet), nær tre år etter hendelsen, justert for alder, registrert kjønn og utdanningsnivå, kjente risiko- og resiliensfaktorer (f.eks., interpersonlig vold og sosial støtte), samt opplevelser under terrorangrepet (peritraumatisk eksponering og reaksjoner), og eksponering for hat .

UDEKKEDE HJELPEBEHOV

Det var kun høyere nivå av symptomer på PTSD som var signifikant forbundet med udekkede hjelpebehov i den multiple lineære regresjonsmodellen (Tabell 29).

INSTITUSJONELL TILLIT

Både høyere nivå av generalisert tillit og høyere nivå av positive samfunnsendringer var signifikant forbundet med høyere tillit til sentrale institusjoner, i de justerte multiple logistiske regresjonsanalysene (Tabell 29). I tillegg fant vi, noe overraskende, at høyere nivå av symptomer på PTSD, var signifikant forbundet med høyere institusjonell tillit. Interpersonlig vold var forbundet med lavere institusjonell tillit.

Tabell 29. Sammenhenger mellom individuelle konsekvenser, dekning av hjelpebehov og institusjonell tillitt (Modell 2)

	Udekkede hjelpebehov ¹			Institusjonell tillitt ²		
	OR	95% CIs	p	b	95% CIs	p
PTSD (sum 0–24)	1,23	1,12 – 1,37	<0,001	0,06	0,01 – 0,10	0,018
K-PTSD (sum 0–24)	1,05	0,96 – 1,15	0,261	-0,05	-0,09 – 0,00	0,054
SAFE (sum 6–30)	0,99	0,88 – 1,12	0,872	0,09	0,03 – 0,14	0,004
Generalisert tillit (avg 0–19)	1,19	0,99 – 1,44	0,072	0,24	0,15 – 0,32	<0,001
Sosiale støtte (avg, 0–5)	1,04	0,84 – 1,27	0,726	0,18	-0,08 – 0,44	0,181
PT-E (sum 0–13)	1,04	0,84 – 1,27	0,726	-0,09	-0,18 – 0,01	0,067
PT-R (sum 0–5)	0,91	0,66 – 1,26	0,566	-0,03	-0,17 – 0,12	0,705
Hat (sum 0–6)	0,81	0,61 – 1,04	0,115	0,02	-0,10 – 0,13	0,770
IPV (sum 0–15)	1,11	0,93 – 1,33	0,245	-0,21	-0,30 – -0,12	<0,001
Observasjoner	217			219		
R² / R² adj,	0,32			0,44 / 0,41		

^{1,2} Justeringsvariablene: **Kjønn [mann]:** 1) OR = 0,92, 95%CI: 0,40 – 2,15, p = 0,844; 2) b = 0,41, 95%CI: 0,01 – 0,80, p = 0,045, **Alder:** 1) OR = 0,94, 95%CI: 0,90 – 0,97, p < 0,001; 2) b = 0,02, 95%CI: 0,00 – 0,04, p = 0,014; **Utdanning [høyere]:** 1) OR = 1,29, 95%CI: 0,62 – 2,63, p = 0,236; 2) b = 0,07, 95%CI: -0,33 – 0,47, p = 0,730; R² Tjur rapportert for udekkede hjelpebehov. PT-E – peritraumatisk eksponering sumskår; PT-R – peritraumatiske reaksjoner sumskår; IPV – interpersonlig vold sumskår.

SAMFUNNSDELTADELSE

Fungering i hverdagen: Høyere nivå av symptomer på PTSD og K-PTSD var signifikant assosiert med lavere funksjon på sentrale livsområder, som arbeid, studier, sosialt liv og fritid, i de multiple analysene (Tabell 30). Utover dette var verken generalisert tillit, eller opplevde samfunnsendringer selvstendig forbundet med fungering i justerte analyser.

Som forventet var tilgang til sosial støtte positivt assosiert med fungering på disse områdene. Verken opplevelser under angrepet, eksponering for hat eller interpersonlig vold, var selvstendig forbundet med fungering i justerte analyser.

Arbeidsdeltagelse: arbeidsledighet og uførhet: I de multiple regresjons-analysene var deltagelse i arbeidsliv, ikke signifikant forbundet med verken mål på psykisk helse, tillit eller samfunnsendringer. Kun høyere alder var signifikant assosiert med frafall fra arbeidsliv i disse analysene (Tabell 30).

Tabell 30. Sammenhenger mellom individuelle konsekvenser, fungering og deltagelse i arbeidsliv (Modell 2)

	Fungering ¹			Deltagelse i arbeidsliv ²		
	<i>b</i>	95% CIs	<i>p</i>	OR	95% CIs	<i>p</i>
PTSD symptomer (sum 0–24)	-0,06	-0,08 – -0,04	<0,001	0,94	0,87 – 1,03	0,192
Kompleks-PTSD symptomer (sum 0–24)	-0,06	-0,08 – -0,04	<0,001	0,95	0,87 – 1,04	0,262
Samfunnsendringer (SAFE) (sum 6–30)	-0,00	-0,03 – 0,02	0,949	1,00	0,90 – 1,12	0,932
Generalisert tillit (avg 0–19)	-0,00	-0,04 – 0,04	0,913	0,97	0,82 – 1,14	0,684
Sosiale støtte (avg, 0–5)	0,13	0,01 – 0,24	0,032	0,83	0,50 – 1,36	0,475
PT-E (sum 0–13)	-0,02	-0,06 – 0,03	0,428	1,03	0,86 – 1,23	0,762
PT-R (sum 0–5)	0,02	-0,04 – 0,09	0,442	1,06	0,81 – 1,39	0,665
Hat (sum 0–6)	-0,01	-0,06 – 0,04	0,631	1,13	0,90 – 1,44	0,290
IPV (sum 0–15)	0,01	-0,03 – 0,05	0,658	0,93	0,79 – 1,09	0,355
Observasjoner	219			219		
R² / R² adj.	0,623 / 0,601			0,134		

^{1,2} Justeringsvariablene: **Kjønn [mann]:** 1) *b* = 0,32, 95%CI: 0,14 – 0,49, *p* < 0,001; 2) OR = 1,48, 95%CI: 0,72 – 3,05, *p* = 0,282; **Alder:** 1) *b* = -0,01, 95%CI: -0,01 – 0,00, *p* = 0,143; 2) OR = 0,94, 95%CI: 0,90 – 0,97, *p* < 0,001; **Utdanning [høyere]:** 1) *b* = 0,06, 95%CI: -0,12 – 0,24, *p* = 0,498; 2) OR = 1,29, 95%CI: 0,62 – 2,63, *p* = 0,490; R² Tjur rapportert for Deltagelse i arbeidsliv. PT-E – peritraumatisk eksponering sumskår. PT-R – peritraumatiske reaksjoner sumskår; IPV – interpersonlig vold sumskår.

3.8.3 MODELL 3: BETYDNING AV SKEIV IDENTITET

Avslutningsvis undersøkte vi hvorvidt skeiv identitet var av selvstendig betydning for psykisk helse (symptomer på PTSD/K-PTSD), tillit (generalisert og institusjonell), opplevde samfunnsendringer, samt samfunnsdeltagelse, utover faktorer allerede inkludert i modellen (f.eks., alder, registrert kjønn, utdanningsnivå, opplevelser under terrorangrepet, eksponering for hat og interpersonlig vold, samt tilgang til sosial støtte) (Figur 2, Modell 3).

I de multiple analysene, fant vi at skeiv identitet ikke var selvstendig forbundet med psykisk helse, tillit, eller samfunnsdeltagelse. Inkludering av skeiv identitet som forklaringsvariabel medførte ingen vesentlige endringer av hovedfunn (komplette modellresultater i **Vedleggstabeller 1 og 2**).

Koeffisientene til variablene var generelt sammenlignbare med resultater fra Modell 1 og Modell 2. Skeiv identitet var imidlertid signifikant forbundet med opplevelse av negative endringer i samfunnet etter terrorangrepet, i justert modell.

4 DISKUSJON



Målsettingen med denne studien, var å undersøke opplevelsene og reaksjonene til personer som ble direkte rammet av terrorangrepet 25. juni 2022. Nesten 40 % (N=229) av de som var til stede under angrepet har valgt å dele sine erfaringer – for å bidra til bedre hjelp nå og ved fremtidige terrorangrep og katastrofer. Studien har to hovedfunn som krever bred samfunnsmessig oppmerksomhet og målrettede tiltak:

- **Udekkede hjelpebehov:** Tre år etter angrepet rapporterer én av fire udekkede hjelpebehov. Foreløpige analyser tyder på at dette i stor grad henger sammen med høye nivåer av PTSD-symptomer, som igjen er nært knyttet til andre helseplager, som angst, depresjon, søvnvansker, hodepine eller smerter. Det finnes effektive behandlinger for PTSD – og funnene våre kan tyde på at et betydelig mindretall av de rammede etter terrorangrepet 25. juni, 2022, fortsatt kan ha behov for slik hjelp. Betydelige udekkede hjelpebehov hos rammede etter terror kan oppleves som et brudd på samfunnskontrakten, og utgjøre en trussel mot institusjonell tillit og trygghet.
- **Mer hat:** Mange rammede – særlig skeive – har vært utsatt for hatytringer og handlinger motivert av negative holdninger til deres

identitet eller gruppetilhørighet. Én av tre skeive har opplevd hat i tiden etter angrepet – nær ti ganger så mange som de ikke-skeive. Mange var også utsatt for hat og diskriminering før angrepet. Vi fant at eksponering for hat var sterkt forbundet med helseplager, og fremmet en opplevelse av frykt og utrygghet. Denne formen for hatkriminalitet bør forstås som voldshandlinger med stort skadepotensial – både for den enkelte og for samfunnssikkerheten (World Health Organization, 2002).

I det følgende vil vi belyse funn knyttet til de direkte rammedes eksponering under angrepet, samt helse, trygghet, tillit og samfunnsdeltagelse, sett i lys av deres erfaringer med samfunnets respons – i møte med politi, helsevesen, rettsvesen, sosiale nettverk og Støttegruppa 25. juni. Dette danner grunnlag for å diskutere implikasjoner for forebygging og beredskap fremover.

4.1 HØY EKSPONERING UNDER ANGREPET

Terrorangrepet 25. juni, 2022, rammet midt i Oslo, en varm sommernatt under Pride, i et område kjent for å være trygt for alle. Elleve personer ble skutt, hvorav to ble drept og ni alvorlig skadet. Hundrevis ble utsatt for livsfare. Antall skadde og drepte kunne vært langt større dersom ikke sivile på stedet raskt hadde overmannet gjerningspersonen (25. juni-utvalget, 2023). Et stort flertall av deltagerne våre beskrev sterke sanseinntrykk under angrepet, særlig lyden av skudd, og at de forsøkte å gjemme seg eller flykte. Over halvparten var vitne til at noen ble skadet eller drept, og én av ti hjalp en alvorlig skadet person. Mange fryktet for livet til en nærstående, og rundt to tredjedeler var redde for å dø, bli alvorlig skadet eller følte seg fanget. Enkelte opplevde å miste en nær under eller i tilknytning til angrepet.

I tråd med tidligere forskning (Brewin et al., 2000; Vance et al., 2018), fant vi at høy traumeeksponering og sterke reaksjoner under hendelsen, var forbundet med økt risiko for senere helseplager. Siden det var så få etterlatte som deltok i studien, kan vi ikke rapportere hvor mange av dem som oppfylte kriteriene for forlenget sorglidelse, men det er verdt å gjenta at ifølge en relativt ny systematisk oversikt over forskningen på prevalensen av forlenget sorglidelse blant voksne etter et unaturlig tap, rapporterte nærmere 50 % symptomer av klinisk betydning (Djelantik et al., 2020).

4.2 MER HAT – SÆRLIG RETTET MOT SKEIVE



Terrorangrep er voldshandlinger som har til hensikt å oppnå et politisk, økonomisk, religiøst eller sosialt mål, ved å fremkalle frykt og usikkerhet i befolkningen (START, 2022; Butler et al., 2003). Mange av deltakerne i studien, hvorav 62 % identifiserte seg som skeive, uttrykte frykt for et nytt angrep. På spørsmål om hvordan de opplever det norske samfunnet i dag sammenlignet med før terrorangrepet, svarte rundt 70 % at de opplever en negativ utvikling. Samlet sett, rapporterte mange av deltagerne at de opplevde økt frykt og utrygghet, samt sterkere motsetninger mellom ulike grupper – og en tydeligere tilstedeværelse av hat i samfunnet – nå enn tidligere. Flere opplevde også et svekket fellesskap og mindre ytringsfrihet. Den mest tydelige samfunnsendringen deltakerne beskrev, var økt hets og hat mot det skeive miljøet, og opplevelsen av negative samfunnsendringer var sterkere blant skeive deltagere enn ikke-skeive. Flere uttrykte at de opplever at det i dag er større sosial aksept for å ytre hat mot skeive enn tidligere. Dette bildet støttes av at nærmere en av tre skeive deltakere rapporterte egne erfaringer med hatefulle ytringer og handlinger i tiden etter angrepet, sammenlignet med om lag 4 % blant de ikke-skeive.

Økningen i hat mot skeive støttes også av politiets statistikk, som viser en betydelig vekst i antall anmeldelser av hatkriminalitet motivert av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk etter 25. juni 2022

(Politidirektoratet & Oslo Politidistrikt, 2023). Det er usikkert om dette skyldes en økt bevissthet om å anmelde slik kriminalitet etter terrorangrepet, eller om det innebærer at det har vært flere hendelser (Politidirektoratet & Oslo Politidistrikt, 2023). Det er selvsagt også usikkert i hvilken grad disse (opplevde) endringene er knyttet spesifikt til selve terrorangrepet, eller til endringer i samfunnet mer generelt. Men, det kan nevnes at forskning har funnet at terrorangrep kan gi næring til (nett)hat (Oksanen et al., 2020). Derfor har slike angrep blitt omtalt i litteraturen som 'trigger-hendelser' (Williams & Burnap, 2016). For eksempel fant Hanes og Machin (2014) en betydelig økning i hatkriminalitet mot asiater og arabere nesten umiddelbart etter terrorangrepet i London i juli 2005 og 9/11 terrorangrepet i USA i 2001. Selv om økningen avtok noe, forble den høyere enn nivåene før angrepet ett år senere. Dette var hatkriminalitet rettet mot mennesker med lignende bakgrunn/etnisitet som gjerningsmennene. De negative reaksjonene beskrevet i denne studien, derimot, handler om et økt hat mot den rammede gruppen (i.e., skeive). Lignende, i en relativt fersk studie, der nesten 300 av de som overlevde terroren på Utøya i 2011 deltok, fant Glad et al. (2023), at 1/3 hadde mottatt personlige hatytringer og/eller trusler etter angrepet. At rammede mennesker og grupper blir utsatt for hat og trusler i tiden etter et terrorangrep er alvorlig og kan oppleves som en stor tilleggsbelastning (Glad et al., 2023).

Pågående hat og frykt for nye angrep synes å påvirke rammedes deltagelse i samfunnslivet. Eksempelvis svarte to tredjedeler av deltagerne i denne studien, som noen gang hadde deltatt på skeive arrangementer eller møteplasser, at de var bekymret for å bli utsatt for trakassering, hatefulle ytringer, annen hatkriminalitet, eller terror, dersom de deltar på slike arrangementer eller møteplasser igjen. I tillegg oppga ca. 40 % at de har unngått skeive arrangementer eller møteplasser i tiden etter angrepet, av frykt for slike hendelser. På spørsmål om hvorvidt de som identifiserer seg som skeive opplevde at terrorangrepet hadde påvirket i hvilken grad de viser andre at de er skeive, svarte halvparten at de hadde blitt mer forsiktige. Disse resultatene tyder, dessverre, på at terrorangrepet, til en viss grad, har hatt den tilsiktede effekten: å fremkalle frykt i den skeive befolkningen. Lignende fant Glad et al. (2023) i Utøya-studien at ca. ¼ av de rammede sa at hatet og truslene de hadde opplevd i tiden etter angrepet hadde ført til en politisk tilbaketrekning. Noen hadde for eksempel blitt forsiktige med hvilke temaer de ville kommentere offentlig, mens andre hadde sluttet å bruke klær med et

politisk budskap eller å dra på jobbrelaterte reiser. Samlet sett viser dette at terrorangrep og påfølgende hatytringer ikke bare er personlig belastende for de som blir utsatt, i form av utrygghet og sosiale begrensninger, men et demokratisk problem, som undergraver viktige samfunnsverdier, inkludert friheten til å vise hvem man er og hva man står for.

På den andre siden er det verdt å nevne at over en tredjedel av deltagerne som identifiserte seg som skeive, oppga at de i større grad har vært mer opptatt av å vise at de er skeive i tiden etter angrepet. Lignende fant Glad et al. (2023) i studien om hat og trusler etter terrorangrepet på Utøya at noen følte seg sterkere og ble mer motivert til å involvere seg politisk. Tilsvarende, i en studie om nederlandske politikere som levde under terrortrussel og som fikk beskyttelse etter to politiske mord i Nederland, fant Nijdam et al. (2010) at mens økt frykt gjorde noen mer forsiktige i å uttrykke sine meninger om sensitive spørsmål, og noen til og med trakk seg fra stillingene sine, rapporterte andre at truslene hadde styrket deres politiske synspunkt.

Samlet sett tyder funnene fra denne studien på at hat i etterkant av terrorangrepet har forsterket de helsemessige konsekvensene for mange av deltagerne. For å forstå betydningen av dette, må terrorangrepet og hatet ses som mer enn enkeltstående hendelser. Deltagernes beskrivelser tyder på at hatet de opplever etter angrepet inngår i et mønster, der skeive – ofte fra tidlig alder – har økt risiko for å bli utsatt for ulike former for psykisk vold. Dette inkluderer både direkte trusler og voldshandlinger motivert av hat knyttet til identitet eller gruppetilhørighet, gjentatte erfaringer med mobbing, trakassering og sosial ekskludering – både i og utenfor nære relasjoner. Hatet som har kommet til uttrykk etter angrepet kan – særlig for skeive – føye seg inn i en langvarig erfaringshistorie.

Gjentatt eksponering for sosial avvisning, diskriminering, og strukturell vold, kan føre til maktesløshet, utrygghet og psykiske helseplager, særlig dersom sosial støtte og anerkjennelse uteblir (Farmer, 2003; Selten & Cantor-Graae, 2005). De vanligste reaksjonene deltagerne beskrev tilknyttet de negative samfunnsendringene de hadde opplevd, var økt frykt og utrygghet. Mange rapporterte også andre negative følelser, inkludert apati, håpløshet, sinne og ensomhet. Dette er i overensstemmelse med funn fra Utøya-studien (Glad et al., 2023). Social defeat-teorien understreker hvordan diskriminering avler slike følelser av avmakt og motløshet (Selten & Cantor-Graae, 2005). Etter

traumatiske hendelser, er denne typen reaksjoner også beskrevet som ledd i symptombildet knyttet til PTSD (kategorisert som D-kriteriet, ihht DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), eller tilleggssymptomer karakteristiske for K-PTSD ihht ICD-11, (World Health Organization, 2019)).

Terrorangrepet viste tydelig at hat kan bli til handling. I lys av dette fungerer hat etter et terrorangrep som en traumepåminner, som kan trigge gjenopplevelse av hendelsen, men også som en bekreftelse på at faren ikke er over (Glad et al., 2023). Reaksjonene handler derfor ikke bare om minner om det som skjedde den natten, men om en opplevd, vedvarende trussel i samfunnet. Anerkjennelse av rammedes opplevelser, samt reetablering av trygghet, er grunnleggende for tilheling ved traumer. Når opplevd trusselbilde opprettholdes, eller øker – i form av økt hat mot skeive, kan dette hindre tilheling og resiliens.

Kort oppsummert tyder funnene våre på at deltagerne har opplevd negative samfunnsendringer i tiden etter angrepet, særlig negative reaksjoner mot det skeive miljøet, inkludert en økt forekomst av hets og hat. Det er usikkert om dette kan knyttes spesifikt til terrorangrepet 25. juni, eller om det handler om endringer i samfunnet de siste årene mer generelt. Uansett rapporterer deltagerne at endringene har ført til en følelse av frykt og utrygghet. Mange rapporterer at de i større grad enn før terrorangrepet unngår å vise at de er skeive, eller å delta på skeive arrangementer eller møteplasser av frykt for å oppleve trakassering, hatefulle ytringer, eller annen hatkriminalitet.

4.3 BETYDELIGE HELSEPLAGER OG UDEKKEDE HJELPEBEHOV



Hvordan man fungerer i hverdagen kan gi en god pekepinn på betydningen av aktuelle helseplager. Totalt rapporterte de fleste (80 %) av deltagerne i studien at de er helt tilbake (53 %) eller i stor grad tilbake (27 %) til nivået av fungering de hadde forut for angrepet innen studier eller jobb, huslige plikter, i relasjon til venner og familie, samt i forhold til fritidsaktiviteter. Samtidig er det mange som har betydelige helseplager. Funn fra studien tyder på at litt over halvparten av deltagerne (54 %) ikke hadde noen hjelpebehov på intervjudispunktet, våren 2025, mens 21 % hadde dekket sine behov for hjelp, og 25 % hadde behov for nye eller forsterkning av eksisterende hjelpetiltak. Blant de intervjuede som hadde udekkede hjelpebehov, hadde 26 % selvmordstanker eller planer, men kun et fåtall (<5) hadde behov for akutt hjelp. Så godt som alle med udekkede hjelpetiltak ønsket å få tilsendt oppsummerte svar i form av en *individuell tilbakemelding* til bruk i kontakt med tjenestene. Funn fra foreløpige analyser tyder på at de udekkede hjelpebehovene særlig kan knyttes til symptomer på PTSD.

Totalt tyder funnene våre på at nesten halvparten av deltagerne i varierende grad er plaget av PTSD-symptomer, nærmere tre år etter angrepet. Mer spesifikt fant vi at en av fem (21 %) rapporterte et symptomnivå tilsvarende sannsynlig PTSD, mens én av fire (26 %) var plaget av PTSD symptomer, uten å

oppfylle alle symptomkriteriene. Dette er i tråd med tidligere forskning, som viser at mange direkte rammede strever med symptomer på PTSD i flere år etter hendelsen. For eksempel fant Paz García-Vera et al. (2016), i en systematisk gjennomgang av internasjonal litteratur om PTSD blant direkte rammede av et terrorangrep, at 33–39 % av rammede utsatt for livsfare utviklet PTSD i løpet av det første året, mens 15–26 % fortsatt hadde PTSD 6–7 år etter.

Når det gjelder symptomer på angst og depresjon, fant vi at en av tre (34 %) rapporterte et høyt symptomnivå, mens 12 % var noe plaget av slike symptomer. Dette er også i tråd med tidligere forskning. For eksempel fant Bell et al. (2024), at 31 % oppfylte kriteriene for en angstlidelse, og 43 % for depresjon, 11–32 måneder etter terrorangrepet i Christchurch, New Zealand. En mindre utforsket, men klinisk betydningsfull konsekvens av eksponering for en potensielt traumatiserende hendelse, er problematisk sinne, som er tett forbundet med PTSD, depresjon, aggresjon, og relasjonskonflikter (Forbes et al., 2024). Vi fant at nesten en av fem (18 %) av deltagerne i denne studien rapporterte et problematisk sinne. Dette er omtrent tilsvarende det Forbes et al. (2024) fant blant amerikanske og australske militærpersonell: 19 % i det australske utvalget og 21 % i det amerikanske utvalget.

Vi fant også at nesten 60 % av deltagerne rapporterte at de hadde opplevd vedvarende eller tilbakevendende hodepine, muskel- eller leddsmerter, eller søvnproblemer – over en periode på minst tre måneder, i tiden etter angrepet. Videre rapporterte i overkant av én av fem nåværende plager med hodepine, og nesten én av tre muskel- eller leddsmerter (lokalisert til korsrygg, øvre del av rygg, nakke, kjeve, bryst, armer eller bein), av minst tre måneders varighet. Nær halvparten oppga at de hadde betydelige søvnproblemer (svarende til insomni). I tråd med dette har tidligere forskning funnet at mange rammede kan utvikle søvnproblemer, samt fysiske plager som hodepine, samt muskel- og leddsmerter (Greger et al., 2023; Lieb et al., 2002; North et al., 2004; Slone & Mann, 2016; Zhang et al., 2015). Funn fra Utøya-studien viser eksempelvis betydelig økt risiko for hyppig forekommende migrene, tensjonshodepine, samt insomni, blant de direkte rammede (Porcheret et al., 2024; Stensland et al., 2018).

På spørsmål om problematisk rusmiddelbruk, rapporterte i overkant av en av fem av deltagerne risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol, samt risikofyllt eller

skadelig bruk av medikamenter (for eksempel reseptbelagte smertestillende, beroligende midler og sovemedisiner). Videre rapporterte 10 % risikofylt eller skadelig bruk av andre rusmidler (for eksempel, cannabis, kokain). Dette tilsvarer moderat til høy risikoskåre i henhold til ASSIST-klassifisering (WHO ASSIST Working Group, 2002; World Health Organization, 2010). Fra tidligere forskning vet vi at mange direkte rammede av terrorangrep (DiMaggio et al., 2009; Eliashar et al., 2024), og andre potensielt traumatiserende hendelser (Basedow et al., 2020; Blakey et al., 2021; Carlyle et al., 2021; Leung et al., 2022; Paltell et al., 2020) bruker alkohol og andre rusmidler oftere i tiden etterpå. Andre studier, derimot, har funnet at rammede synes å redusere bruken av rusmidler i etterkant av den traumatiske hendelsen (Layman et al., 2022). Funn fra denne studien tyder på at opplevelser under angrepet, samt PTSD kan ha medført økt problematisk bruk av medikamenter blant rammede.

Det er vel etablert at PTSD er forbundet med en rekke psykiske og fysiske helseplager (Yehuda et al., 2015). For å se på sammenhenger mellom PTSD og de studerte helseplagene blant deltagerne, gjennomførte vi utforskende korrelasjonsanalyser. Vi fant at både symptomer på PTSD og K-PTSD var sterkt korrelert med symptomer på angst og depresjon, søvnvansker og hodepine. Det ble også funnet moderate sammenhenger med muskel- og leddsmarter, sinne, og problematisk bruk av medikamenter og alkohol. Disse funnene understøtter forståelsen av PTSD som en systemisk lidelse med bred påvirkning på både psykisk og somatisk helse (Burback et al., 2024), og bekrefter at traumatiske erfaringer ofte kan komme til uttrykk i form av en rekke ulike helseplager, samt problematisk bruk av rusmidler (Baumann-Larsen et al., 2024; López-Martínez et al., 2019; Stangeland et al., 2024; Yehuda et al., 2015).

Kort oppsummert viser funnene våre at mange av de direkte rammede fortsatt strever med betydelige psykiske og fysiske helseplager samt sannsynlig økt bruk av medikamenter, nesten tre år etter terrorangrepet. Dette samsvarer med tidligere forskning, og understreker de potensielt langvarige helsemessige konsekvensene det kan ha å bli eksponert for en slik hendelse. Funnene peker også på behovet for helhetlig kartlegging av helseplager hos rammede av terror og andre traumatiske hendelser, som basis for behovsbaserte tiltak, behandling og oppfølging av både PTSD og tilgrensende helseutfordringer i klinisk praksis (Keyan et al., 2024).

4.4 SAMFUNNSRESPONSEN ER AV STOR BETYDNING



Hvordan et terrorangrep omtales og defineres i offentligheten har stor betydning for de rammede – da det påvirker felles forståelse av hendelsen og dens konsekvenser, tilgang til anerkjennelse og utforming samfunnsresponsen, inkludert mobilisering, fordeling, tilgang til ressurser og tjenester, straffeutmåling og voldserstatning. Særlig media, myndigheter og domstoler spiller en sentral rolle i å forme denne forståelsen. I denne studien, fant vi at over 80 % svarte at det i (svært) stor grad var viktig for dem at angrepet ble definert som terror av myndighetene og i media, og at rettens dom lød på grov terror.

Deltagerne ble også bedt om å vurdere hvordan de opplevde at ulike instanser hadde håndtert terrorangrepet. Overordnet fant vi at de fleste deltagerne var (svært) fornøye med rettsvesenet (75 %), samt politiets innsats (59 %). Videre var et betydelig mindretall (svært) fornøye med håndteringen fra media (44 %), helsevesenet (36 %), regjering og Stortinget (32 %), mens færre (20 %) var (svært) fornøye med PSTs håndtering.

I studien delte deltagerne sine opplevelser i møtet med hjelpeapparatet – inkludert helsetjenestene, politi og rettsvesen – fra tidlig fase etter angrepet. Samlet sett var det noen sentrale elementer som gikk igjen i tilbakemeldingene. Deltagerne fortalte at møtene med enkeltpersoner innenfor de

ulike tjenestene var viktige for dem – ofte møtte de personell som viste forståelse, gjorde at de følte seg trygge, anerkjent og respektert. De vektla også betydningen av at kontakten med de ulike tjenestene hjalp dem bearbeide opplevelsene sine – eksempelvis gjennom samtaler med psykolog, fastlege, kriseteam, men også under avhør, eller i samtaler med bistandsadvokat. Utover dette var deltagerne i studien klare i sine tilbakemeldinger knyttet til mangelfull katastroferespons og psykososial oppfølging etter terrorangrepet. Dette gikk i liten grad på møter med enkeltpersoner, men var snarere en *‘kritikk av et system’*.

I den akutte fasen etterlyste de særlig en samlet katastroferespons på tvers av nødetatene – for identifisering og registrering av rammede, informasjonsutveksling, og tilgang til akutt psykososial hjelp i krisen, som basis for videre oppfølging.

Videre etterlyste de rammede ulike elementer knyttet til proaktiv psykososial oppfølging over tid, for å sikre tilgang til nødvendige tjenester ved behov. Flere sa at de i liten grad forstod hva de trengte eller visste hvordan de kunne få den hjelpen de hadde behov for – enten det gjaldt tilgang til tiltak eller behandling ved psykiske helseplager eller rettshjelp.

De hadde for eksempel ønsket seg mulighet for kommunikasjon mellom tjenestene, eksempelvis om politiet i avhør avdekket behov for oppfølging fra helsetjenestene, men opplevde at det var *‘vanntette skott’*. I tillegg vektla noen behov for tilgang til tjenester med kompetanse og kunnskap om virksomme tiltak og behandling etter kriser og katastrofer samt oppfølging over tid.

Oppfølgingen deltagerne beskrev at de ønsket seg, var i stor grad i overensstemmelse med gjeldende retningslinjer for etablering av et etterlatte- og pårørendesenter (EPS) i akutt fase ved store katastrofer, samt retningslinjer for proaktiv psykososial oppfølging av rammede som ledd i den generelle kriseresponsen (Helsedirektoratet, 2016b). Etter terroren ble det besluttet at psykososial oppfølging skulle skje i regi av hjemkommunene. Funn fra studien tyder på at rammede har opplevd at oppfølgingen ikke har fungert etter hensikten. Systemkritikken overlapper i stor grad overordnet sett med funnene fra *Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli 2011* (Helsedirektoratet, 2016a).

Terrorangrepet 25. juni ble ikke definert som en nasjonal krise, noe som medførte at nasjonal beredskap og katastroferespons ikke ble mobilisert (25. juni-utvalget, 2023). Håndteringen av hendelsen ble derfor overlatt til lokale tjenester i Oslo kommune. I ettertid har det blitt tydelig at omfanget av katastrofen oversteg lokal kapasitet. Denne beslutningen kan ha hindret tilstrekkelig mobilisering for en effektiv krisehåndtering. Som det fremgår i denne studien, synes manglende systematikk i oppfølgingen å ha utgjort en tilleggsbelastning for de rammede. Det er sannsynlig at den manglende nasjonale koordineringen også medførte betydelige belastninger på personell i lokale tjenester, slik man ofte ser i forbindelse med helsekriser (Pollock et al., 2020; Stensland et al., 2025).

Funn fra studien tyder på at det i dag er et vesentlig misforhold mellom rammedes behov og forventning om en proaktiv oppfølging versus tjenestenes evne eller mulighet til å etterleve anbefalingene. En stor utfordring knyttet til proaktiv psykososial oppfølging – som fremkom i studien – handler om manglende identifisering og avklaring av hvem som skal omfattes av den anbefalte proaktive psykososiale oppfølging. De rammede etterlyste en også mer systematisk informasjonsutveksling mellom nødetatene i den akutte fasen.

Enkelte vektla at de hadde en forventning om å bli registrert for videre oppfølging, men at dette enten ikke skjedde, eller at registrering av politiet ikke medførte noen oppfølging verken fra dem eller helsevesenet – i hvert fall ikke i løpet av den første tiden etter hendelsen, da dette kunne vært særlig nyttig.

I dette tilfelle kan manglende registrering og oppfølging ha sammenheng med at man etter terrorangrepet raskt valgte å avvikle samlingssted på åstedet, og unnlot å etablere etterlatte- og pårørendesenter (EPS) (25. juni-utvalget, 2023). Dette har sannsynlig sammenheng med manglende nasjonal mobilisering.

Enkelte rammede sa eksplisitt at det burde finnes mer effektive måter å løse dagens utfordringer knyttet til helsemessig og rettslig oppfølging av rammede – fra tidlig fase og på tvers av tjenestene. Noe som kan ha komplisert oppfølgingen av rammede på tvers av tjenester, særlig i dette tilfelle, dreier seg om at et relativt stort antall av de rammede kanskje ikke ønsket å knyttes til angrepet. Vi fant for eksempel at én av tre unngår å være åpne om sin

skeive identitet ovenfor nære eller i samfunnet ellers. I alle tilfeller vil det være særegenheter knyttet til populasjonen, eksponeringen, eller andre forhold som gjør at det er helt sentralt å legge opp til en tilpasset katastrofe-respons. Også i dette tilfellet er det mulig at populasjonen kunne vært mer tjent med en alternativ modell for oppfølging, tilpasset de rammedes behov. Det fordrer imidlertid kunnskap om nettopp populasjonen, karakteristika ved deres opplevelser, reaksjoner og hjelpebehov fra tidlig fase, som basis for nødvendig skalering av respons over tid.

4.4.1 ERFARINGENE MED HELSETJENESTENE

Det ble ikke iverksatt noen særskilte ordninger for gjennomføring av psykososial oppfølging av de rammede etter terrorangrepet 25. juni. Rammede skulle følges opp lokalt i hjemkommunene sine i tråd med gjeldende retningslinjer. For Oslo kommune omfattet dette oppfølging av over 50 % av de direkte rammede som var bosatt i kommunen, i tillegg til oppfølgingen av tilreisende. Ettersom gruppen rammede som skulle motta proaktiv oppfølging ikke var definert, kan dette ha vanskeliggjort implementering i praksis.

Mange av deltagerne var ikke tilfreds med hjelpen og behandlingen de hadde fått etter terrorangrepet. Hele 62 % rapporterte at de i liten grad eller ikke i det hele tatt var tilfreds. Videre rapporterte til sammen 54 % at de hadde et høyere hjelpebehov enn mottatt hjelp for psykiske plager tilknyttet angrepet. For de fleste av disse var det kun et lite avvik mellom opplevd behov og mottatt hjelp, mens 14 % opplevde et stort avvik mellom behov og tilgang til hjelp. De samme spørsmålene om erfaringene med helsetjenestene ble også besvart av de overlevende og foreldrene deres omtrent 2,5 -3 år etter terrorangrepet på Utøya i 2011. Funnene tyder på at en mindre andel av de rammede etter 25. juni-angrepet var tilfreds med den psykososiale oppfølgingen, enten det dreide seg om tilgjengelighet, proaktivitet, organisering, tid til samtale/kontakt, eller andre aspekter ved hjelpeapparatet (Stene et al., 2016; Strøm et al., 2024).

Både terrorangrepet 22. juli 2011 og terrorangrepet under Oslo Pride 25.juni 2022 rammet mennesker fra hele landet. Utover dette var det, slik det alltid er ved katastrofer, store forskjeller mellom de to angrepene, både med hensyn til populasjonen som ble rammet, hendelsens karakter, omfang av døde, samt andre forhold av betydning for oppfølgingen.

Kommunemodellen for psykososial oppfølging ble videreutviklet for å sikre proaktiv oppfølging av rammede etter terroren 22. juli 2011, i deres hjemkommuner. Ifølge den anbefalte modellen, skulle kommunenes kriseteam etablere tidlig kontakt, deretter skulle alle overlevende og deres nærmeste pårørende få en egen kontaktperson fra kommunen. Kontaktpersonen skulle sørge for proaktiv oppfølging av de etterlatte, de overlevende og familiene deres i minst ett år etter angrepet, inkludert kartlegginger av helseplager, sosial støtte og fungering 5–6 uker, 3 måneder og 12 måneder etter angrepet. Imidlertid var ikke kommunene forpliktet til å følge den anbefalte modellen for psykososial oppfølging, og forskning tyder på at det var stor variasjon i hva slags hjelp som ble gitt, og at mange ikke fikk proaktiv oppfølging så lenge som anbefalt (Nilsen et al., 2017; Stene et al., 2025; Stene & Dyb, 2015).

I denne studien fant vi at rammede etter terrorangrepet 25. juni 2022 var betydelig mindre tilfredse med den psykososiale oppfølgingen, enn det som ble funnet blant rammede etter terrorangrepet på Utøya i 2011. Bare en av ti oppga at de hadde hatt en kontaktperson. Både proaktivitet og kontaktperson er tiltak som omtales i Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2016b). Ut fra svarene vi fikk i denne undersøkelsen, virker det som proaktiv oppfølging og kontaktperson i nokså liten grad ble implementert. Manglene som beskrives av de rammede etter terroren 25. juni synes i stor grad å overlappe med tidligere kritikk av den psykososiale oppfølgingen av rammede etter store katastrofer i Norge (Helsedirektoratet, 2016a).

4.4.2 MØTET MED POLITI OG RETTSVESEN

Nesten alle som deltok i studien, rapporterte at de hadde vært i kontakt med politiet i forbindelse med terrorangrepet. For eksempel hadde nær halvparten snakket med politiet på åstedet, mens over 90 % hadde vært inne til avhør, og i overkant av en tredjedel oppga at de hadde blitt fulgt opp av politiet i ettertid. De fleste deltagerne uttrykte at de var fornøyde med hvordan politiet hadde møtt dem. De opplevde for eksempel at politiet hadde vist forståelse, og sa at de følte seg trygge, og at de ble tatt på alvor og respektert. Samtidig er det verdt å merke seg at en tredjedel av deltagerne hadde savnet noe i oppfølgingen fra politiet i tiden etter angrepet, hvorav en del savnet noe samme natt som terrorangrepet fant sted, mens de aller fleste savnet (bedre) informasjon og oppfølging i tiden etter. De som hadde savnet noe fra politiet

samme natt, nevnte blant annet at politiet kunne gjort en kartlegging av de som var til stede. Dette ville gitt bedre oversikt over hvem som var berørt, muliggjort rask informasjonsdeling, og lagt grunnlag for videre oppfølging og kommunikasjon i ettertid. De som beskrev hva de savnet i tiden etter angrepet, trakk spesielt frem at de hadde savnet å få (mer) informasjon, særlig etter avhøret og i forbindelse med rettssaken. Dette var hovedsakelig knyttet til hvilke rettigheter de hadde, inkludert rett til bistandsadvokat, samt informasjon om/forklaring på hvilken status de hadde i rettssaken. Til tross for at politiet ikke har ansvaret for helsehjelpen som tilbys, var det også noen som savnet at politiet hadde gitt informasjon om eksisterende hjelpetilbud, særlig i forbindelse med gjennomføringen av avhøret.

Politiets arbeid den natten terrorangrepet fant sted, har blitt evaluert av 25. juni-utvalget (25. juni-utvalget, 2023). I evalueringen slås det fast at politiet og kommunen etablerte en samleplass for evakuerte og vitner som i praksis fungerte som et mottaks-, registrering-, og evakuertesenter. På bakgrunn av dette arbeidet, vurderte politiet og kommunen at det ikke var behov for et senter for evakuerte og pårørende (EPS). Til tross for at 25. juni-utvalget vurderte at politiet og kommunen ivaretok sine oppgaver i tilknytning til dette arbeidet, ble det stilt spørsmål ved om politiet og kommunen forstod hva slags behov en slik hendelse ville få for de involverte, der og da, og på sikt. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at flere ikke ble fanget opp av dette tilbudet og at mange ikke fikk tilstrekkelig informasjon og oppfølging.

Det er verdt å merke seg at det kun var ca. 65 % av deltagerne i studien som rapporterte at de hadde bistandsadvokat. En bistandsadvokat skal ivareta fornærmedes og etterlattes interesser i forbindelse med en straffesak, både på etterforskningsstadiet og i selve rettssaken. Av de som savnet informasjon fra politiet, var det ca. 40 % som ikke hadde bistandsadvokat. Det er mulig at dette kan forklare noe av savnet de beskrev i oppfølgingen fra politiet, gitt at informasjon knyttet til avhør, saksutvikling, og rettssak, først og fremst formidles via bistandsadvokaten. En sentral utfordring i rettssaker med mange berørte, som et terrorangrep, er hvem som skal defineres som fornærmede/etterlatte, og hvem som skal få oppnevnt bistandsadvokat, da en terrorhandling gjerne rammer et stort antall mennesker, enten direkte eller indirekte, uten at alle nødvendigvis kan sies å ha et legitimt behov for en bistandsadvokat, slik det er definert i straffeprosessloven. Blant våre deltagere var det ca. 15 % som sa at de ikke hadde krav på bistandsadvokat, mens ca.

18 % rapporterer at de ikke hadde bistandsadvokat av andre grunner. Det er usikkert hva disse andre grunnene er, men det er mulig at det reflekterer manglende kunnskap om ordningen blant deltagerne.

Kort oppsummert, til tross for at flere savnet (mer) oppfølging fra politiet, uttrykte de fleste at de var fornøyde med hvordan politiet hadde møtt dem. Dette tyder på at mange av deltagerne opplevde selve møtene med politiet som gode, men at de gjerne skulle hatt flere møtepunkter – og en mer organisert oppfølging gjennom hele etterforskningsprosessen. Et tydelig og viktig læringspunkt fra studien, er at direkte rammede ønsker å få informasjon om hvilke rettigheter de har, inkludert rett til bistandsadvokat, hvilken status de har i rettssaken, samt informasjon om eksisterende hjelpetilbud.

4.4.3 VOLDSERSTATNINGEN

Alle som har blitt utsatt for en alvorlig straffbar handling og som har fått fysisk og/eller psykisk skade, kan søke om voldserstatning. De 312 som hadde status som fornærmet i rettssaken, fikk innvilget oppreisning i dommen som falt 4. juli 2024. Utmålingen varierte avhengig av hvorvidt man: (1) var til stede under terroren, men ikke fikk fysiske skader; (2) overmannet gjerningspersonen; (3) fikk fysiske skader; eller (4) var etterlatt. Nesten 60 % av våre deltagere sa at de hadde krevd og fått oppreisning i tingretten, og at dette hadde hatt en stor betydning for dem. Over 70 % opplevde for eksempel at voldserstatningen var en anerkjennelse av det de hadde opplevd, litt over 40 % sa at den gjenoppretter en form for rettferdighet, og 40 % sa at den dekket ekstra utgifter knyttet til angrepet. Voldserstatningen har med andre ord en viktig symbolsk funksjon for de som får den, samtidig som den også kan ha en viktig økonomisk funksjon. Dette er i tråd med funnene i en rapport om volds-erstatning til de som overlevde terrorangrepet på Utøya 22. juli, 2011 (Nilsen et al., 2016). Her fant også forskerne at det å motta voldserstatning hadde stor betydning for mange av de rammede, inkludert at det ga økonomisk trygghet i nuet, eller som et sikkerhetsnett for fremtiden. Nilsen et al. (2016) fant også at flere av deltagerne var opptatt av hva staten forsøkte å kommunisere til dem ved å utbetale en slik oppreisning. Ifølge forskerne forstod de rammede voldserstatningen som et uttrykk for at noen anerkjente dem som ofre eller tok ansvar, enten for det som hadde skjedd eller for å kompensere dem. Dette kommer også frem i en evaluering av erstatningsordningen (Oxford Research, 2019). Rapporten understreker at anerkjennelse og tillit er to nøkkelbegrep for å forstå ordningens bidrag for den enkelte. Det inkluderer at staten

anerkjenner at man har blitt utsatt for en urett, noe som kan gjenopprette en følelse av rettferdighet, som igjen kan gi tillit til rettsstaten og myndighetene.

I 25. juni-saken vet vi at mange av de overlevende ikke fikk søkt volds-erstatning i tingretten, men planla å gjøre det i ankesaken, som ble avlyst få dager før den skulle starte. Det betyr at mange må gå til sivilrettslig søksmål, som byr på flere utfordringer. Ifølge NRK (2025), er det 81 personer som krever erstatning fra terrordømte Matapour. Dette kan være en konsekvens av det flere rapporterte i denne studien, nemlig at de ikke hadde informasjon verken om hvorvidt de hadde rett på en bistandsadvokat, eller hva en bistandsadvokat er og gjør. Som nevnt var det kun ca. 65 % som hadde bistandsadvokat. Halvparten av dem hadde skaffet bistandsadvokat selv, men det er vanskelig å si om dette henger sammen med manglende eller endret fornærmede-status underveis i saken, eller først og fremst speiler muligheten man har i ordningen for å selv skaffe seg den bistandsadvokaten man ønsker seg.

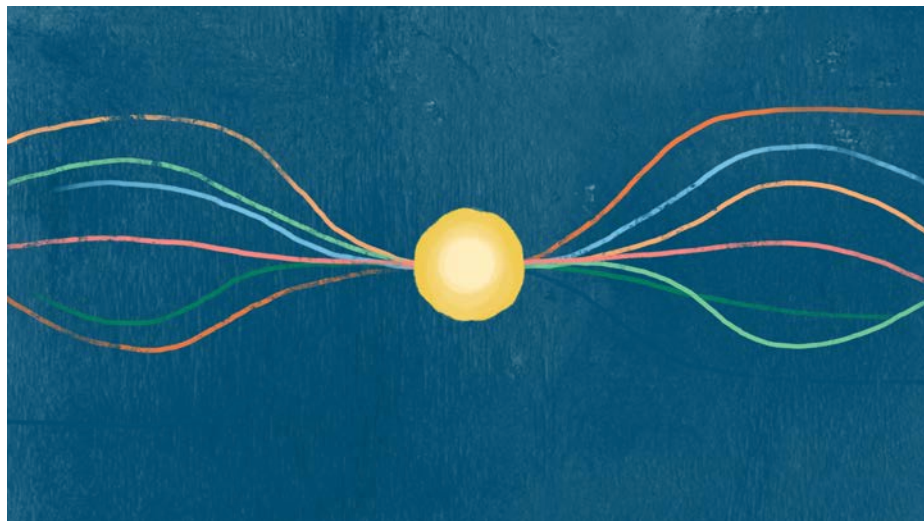
4.4.4 INSTITUSJONELL TILLIT TRE ÅR ETTER

Institusjonell tillit handler om tilliten vi har til sentrale institusjoner. I tiden etter en katastrofe blir samfunnets institusjoner satt på prøve, og deres håndtering kan ha stor betydning for de direkte rammede sin opplevelse av tillit, trygghet og tilheling. Manglende tillit til myndigheter, tjenester og samfunnsinstitusjoner kan for eksempel potensielt hindre at rammede søker og får tilgang til nødvendige tjenester, samt deres opplevelse av å være beskyttet av samfunnet rundt dem, og dermed forverre situasjonen deres over tid. I denne studien fant vi at deltagerne i gjennomsnitt oppga relativt høy tillit til rettsvesenet, politiet, og helsevesenet. Noe lavere nivåer ble rapportert for Stortinget, PST, og media, men det er viktig å nevne at disse forskjellene ikke er testet for statistisk signifikans. I en studie av de som overlevde terrorangrepet på Utøya, gjennomført 14–15 måneder etter angrepet, fant Nilsen et al. (2019) relativt lik gjennomsnittskåre for tilliten de rammede rapporterte til både rettsvesenet og politiet.

Nilsen et al. (2019) fant at rammede med høyere nivå av PTSD symptomer rapporterte lavere institusjonell tillitt. I denne studien fant vi i motsetning signifikant høyere institusjonell tillit blant deltagere med høyere nivå av PTSD. Årsaken til forskjellen i funn er uklar – og kan skyldes tilfældigheter. Det er

også mulig at personer med høyere nivå av helseplager er mer i kontakt med tjenesten og utvikler et tillitsforhold til denne.

Ifølge Jakobsen (2022), er institusjonell tillit ofte lavere innenfor minoritetsgrupper, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Videre har studier blant skeive personer pekt på at denne gruppen ser ut til å ha redusert tillit til politiet (Girardi, 2022). I vår studie fant vi ingen uttalte forskjeller mellom skeive og ikke-skeive deltagere i deres tillit til ulike institusjoner, med unntak av tilliten til PST, der skeive deltagere oppga et signifikant lavere tillitsnivå enn ikke-skeive. Myndighetenes håndtering av terrorangrepet 25. juni har vært gjenstand for kritikk, og 25. juni-utvalget konkluderte med at det er mulig at angrepet kunne vært forhindret dersom PST hadde opprettet en forebyggende sak mot gjerningsmannen i månedene frem mot angrepet eller hadde fulgt opp et varsel fra E-tjenesten fem dager før angrepet inntraff. (25. juni-utvalget, 2023; Oslo Tingrett, 2024). Følgelig er det ikke overraskende at relativt få deltagere rapporterte at de var fornøyde med PSTs håndtering av angrepet, og at de har relativt lav tillit til PST i dag. Det er usikkert hvorfor det er signifikant lavere tillit blant de skeive deltagerne, men det er mulig at dette delvis er knyttet til at angrepet var rettet mot det skeive miljøet.



4.5 GOD SOSIAL STØTTE ER VIKTIG



4.5.1 STØTTE FRA EGET NETTVERK

Sosial støtte fra de nærmeste er av stor betydning for helse og fungering etter traumatiske hendelser. Funnene våre tyder på at de aller fleste deltagerne opplever å ha god støtte og omsorg fra sitt sosiale nettverk. Majoriteten oppga at de per i dag har tilgang til (nesten) så mye omsorg, kjærlighet, praktisk hjelp og støtte som de kunne ønske seg. Videre fant vi at de som rapporterte god tilgang på støtte i dag hadde mindre PTSD-symptomer. Dette er i tråd med tidligere forskning, som har funnet at sosial støtte ser ut til å bidra til å beskytte traumeutsatte mot negative helsekonsekvenser (f.eks., Brewin et al., 2000; Lee, 2019; Ozer et al., 2003). Høy grad av sosial støtte var også forbundet med bedre fungering, mer tillit til andre mennesker, og en mer positiv opplevelse av samfunnsendringene etter terroren blant rammede. Det er imidlertid viktig å merke seg at psykiske vansker og lavere fungering kan påvirke tilgang til sosial støtte på mange måter, som eksempelvis ved å redusere evne til å søke hjelp, evne til å ivareta sosiale relasjoner eller oppleve støtte fra andre – også fra sine nærmeste (Wang et al., 2021).

Det viktigste aspektet ved sosial støtte synes å være «opplevd sosial støtte», altså opplevelsen den traumeutsatte har av at kognitiv, emosjonell, og praktisk støtte, vil være tilgjengelig ved behov (Joseph, 1999). I tråd med dette sa mange av deltagerne at det hadde vært til stor hjelp at familiemedlemmer,

venner og/eller kollegaer hadde vært tilgjengelige for å snakke om det de hadde opplevd. Deltagerne sa at de opplevde at deres nære hadde lyttet, anerkjent alvoret i hendelsen, og møtt dem med empati og forståelse. Mange beskrev også betydningen av å ha blitt møtt med omsorg og tålmodighet i tiden etter, og at deres nære hadde gjort flere praktiske ting for dem, som å handle eller hjelpe til med papirarbeid, samt hjulpet dem komme i kontakt med hjelpeapparatet. Enkelte hadde mottatt så mye støtte og oppmerksomhet at det var vanskelig å håndtere, og kunne da ha god nytte av hjelp fra nære til å holde kontakt med og informere familie og venner som gjerne ville gi sin støtte. Ellers var det flere som også trakk frem betydningen av det å ha opplevd angrepet sammen med noen de kjente. Dette gjorde at de hadde muligheten til å snakke om og bearbeide hendelsen med noen som virkelig forstod hva de hadde vært igjennom.

Næres reaksjoner på traumeerfaringer varierer i stor grad. Funn fra en systematisk analyse av betydningen av andres reaksjoner ved avdekking av utsatthet for interpersonlig vold, tyder på at det å ikke bli trodd, å bli avvist, stigmatisert, kritisert eller klandret, kan øke risiko for psykisk uhelse hos rammede (Dworkin et al., 2019). I denne studien var det svært få som beskrev slike negative sosiale reaksjoner i tiden etter angrepet, men enkelte fortalte at de for eksempel hadde opplevd at hendelsen hadde blitt bagatellisert eller forsvart (som at det var noe man måtte forvente). Mange deltagere opplevde imidlertid at deres nære misforstod eller ikke anerkjente det de hadde vært utsatt for. Det å unnlate å søke sosial støtte etter en katastrofe, for eksempel fordi man føler at andre ikke kan forstå hva man har opplevd, at de har nok problemer selv, eller at andre er lei av å høre om det, er en betydelig risikofaktor for helseplager (Thoresen et al., 2014; Thoresen et al., 2017). Følgelig er det viktig at både det sosiale nettverket og profesjonelle hjelper traumeutsatte og deres nærmeste til å finne en god balanse for å ivareta både egne og andres behov i tiden etter en katastrofe (Thoresen et al., 2017), samt sikre tilgang til aktuelle tjenester (eks. behandling) ved behov.

4.5.2 STØTTEGRUPPA HAR VIKTIGE FUNKSJONER

DELTAGELSE I STØTTEGRUPPAS AKTIVITETER

Både nasjonalt og internasjonalt har støttegrupper blitt etablert for overlevende og etterlatte etter massetraumer (f.eks., katastrofer og politisk vold) over flere tiår (Eyre, 2019). Slike grupper etableres ofte for å ivareta rammedes behov og rettigheter, og er basert på premisset om at folk som har

opplevd en lignende hendelse kan tilby hverandre nyttig støtte, håp og oppmuntring (de Ven et al., 2023). Støttegruppa 25. juni ble stiftet i begynnelsen av mars 2023, og jobber for å formidle rammedes erfaringer og behov i møte med myndighetene, tjenestetilbydere og andre relevante instanser. Vi fant at nesten 40 % av deltagerne i denne studien hadde deltatt på aktiviteter i regi av Støttegruppa. Det betyr at mange av de rammede har vært i kontakt med Støttegruppa og deltatt på det de har arrangert. Sammenlignet med funn fra tidligere undersøkelser i Norge, er dette likevel en relativt lav andel (Bækkelund et al., 2024; Thoresen et al., 2017). Noen av deltagerne i studien sa at de aldri hadde hørt om Støttegruppa 25.juni, og enkelte uttrykte at de ikke hadde mulighet til å delta på grunn av møtetidspunktene eller lokaliseringen av møtene som ble arrangert. Videre hadde enkelte valgt å ikke ha kontakt med Støttegruppa, fordi de hadde en opplevelse av at dette var en gruppe for skeive. Dette kan kanskje delvis forklare hvorfor ikke flere hadde deltatt på aktiviteter i regi av Støttegruppa 25. juni. Det også er godt mulig mange fikk dekket behovet for samtaler og samvær med andre rammede gjennom sitt sosiale nettverk – og dermed ikke hadde behov for en aktiv deltagelse i Støttegruppa.

STØTTEGRUPPAS FUNKSJONER

I tråd med tidligere studier (Fiskerstrand, 2002), fant vi at blant de som hadde deltatt i Støttegruppas aktiviteter, opplevde mange det som viktig å kunne delta på samlinger og markeringer med andre rammede, samt at de hadde fått kunnskap om viktige temaer gjennom deltagelse på seminarer. Enkelte sa også at de synes det var fint at det fantes en støttegruppe – for de som hadde behov for det – selv om de selv ikke hadde brukt den. Den funksjonen flest deltagere rapporterte at var viktig for dem i (ganske) stor grad, var å bidra til forskning på konsekvensene av terrorangrepet for de som ble rammet. Dette er kanskje ikke overraskende, gitt at de har valgt å delta i studien, men det er likevel viktig å merke seg at terrorrammede selv opplever denne forskningen som viktig. I tråd med dette har Nasjonalt støttegruppenettverk (2022) bemerket at støttegrupper kan være initiativtagere til, eller støttespillere for, forskningsprosjekter som fremmer kunnskap om relevante tema for de rammede. NKVTS har tidligere samarbeidet tett med flere støttegrupper i forbindelse med initiering og gjennomføring av forskningsprosjekter. Samarbeid med støttegruppene har vært avgjørende for gjennomføring av katastrofestudiene, særlig for å nå ut til – og rekruttere – de direkte rammede,

men også ved valg av tematikk, samt formidling av forskningsresultater til de berørte.

NEGATIVE ERFARINGER MED STØTTEGRUPPA

En del deltagere beskrev negative erfaringer med Støttegruppa. Dette handlet først og fremst om gruppas tilgjengelighet, dynamikk og funksjon/rolle, men også en manglende oppfølging av de som satt i styret. Både nasjonalt og internasjonalt finnes det svært lite forskning på negative effekter av støttegruppe-virksomhet, men i studiene som finnes, har lignende tema som vi fant blitt trukket frem, inkludert at det kan være en belastning å høre andres historier, frustrasjon knyttet til enkelte personligheter i gruppa, bekymring for om et vedvarende fokus på den traumatiske hendelsen kan ha en potensiell negativ effekt, samt at det kan være personlig krevende å lede slike grupper (de Ven et al., 2023; Drury et al., 2022; Fiskerstrand, 2002). I tråd med våre funn, fant for eksempel Fiskerstrand (2002) at lederne i flere ulike støttegrupper formidlet både positive og negative erfaringer knyttet til sin rolle. De opplevde arbeidet som viktig, men også krevende og slitsomt. Fiskerstrand skriver: *“Man må ikke glemme at de som leder arbeidet står i samme situasjon som de øvrige katastroferammede, en situasjon hvor ansvaret og arbeidsmengde vil kunne bli svært belastende og ta fokuset bort fra egne reaksjoner”* (2002, s. 51). Følgelig, som også påpekt av Thoresen et al. (2017), kan det være nyttig at fremtidige støttegrupper får ekstern bistand, slik at ansvaret og belastningen knyttet til å aktivt engasjere seg i slike grupper ikke blir for stor. Dette støttes av både EUs håndbok for ivaretagelse av direkte berørte av terror (EU Centre of Expertise for Victims of Terrorism, 2021), hvor det spesifikt løftes frem at de direkte rammede sin manglende erfaring med slikt arbeid kan tilsi at de har et behov for assistanse fra myndighetene til opprettelse og drift av en støttegruppe, samt en ekspertuttalelse fra INVICTIM- symposiet i Strasbourg 2019 (INVICTM, 2019). Som tidligere nevnt, var det også enkelte som sa at de hadde en opplevelse av at Støttegruppa var for de rammede som var skeive. Dette er en viktig lærdom å ta med seg i fremtidig støttegruppe-virksomhet etter katastrofer; at selv om et angrep er rettet mot én gruppe, blir gjerne flere rammet – og det bør etterstrebes at alle føler seg inkludert og anerkjent.

4.6 KONSEKVENSER FOR RAMMEDE OG SAMFUNNSSIKKERHETEN



I studien undersøkte vi mulige sammenhenger mellom terrorangrepet, eksponering for hat, og konsekvenser for rammede og samfunnssikkerheten, i tråd med mandatet.

- **KONSEKVENSER FOR RAMMEDE:** Primært utforsket vi sammenhenger mellom rammedes opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet og eksponering for hat, med psykisk helse, generalisert tillit, og opplevd samfunnsendring (Figur 2, Modell 1).
- **KONSEKVENSER FOR SAMFUNNSSIKKERHET:** Dernest utforsket vi sammenhenger mellom individuelle konsekvenser for rammede (psykisk helse, tillit til andre mennesker og opplevde samfunnsendringer) og konsekvenser for samfunnssikkerheten, målt på grunnlag av sentrale indikatorer knyttet til samfunnsrespons – inkludert dekning av rammedes hjelpebehov, deres institusjonelle tillit til samfunnet og samfunnsdeltagelse (Figur 2, modell 2). Udekkede hjelpebehov, lavere institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse tolkes å indikere en svekkelse av samfunnssikkerheten (NOU 2023:17, s. 17).
- **BETYDNINGEN AV SKEIV IDENTITET:** Avslutningsvis undersøkte vi hvorvidt skeiv identitet var av selvstendig betydning for psykisk helse (symptomer på PTSD/K-PTSD), tillit (generalisert og institusjonell),

opplevde samfunnsendringer, samt samfunnsdeltagelse, utover faktorer allerede inkludert i modellen (f.eks., alder, registrert kjønn, utdanningsnivå, opplevelser under terrorangrepet, eksponering for hat og interpersonlig vold, samt tilgang til sosial støtte) (Figur 2, Modell 3).

4.6.1 KONSEKVENSER FOR RAMMEDE

Først så vi på hvordan rammedes opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet, samt eksponering for hat (rettet mot en selv/bekjente, før/etter angrepet), hang sammen med symptomer på PTSD og K-PTSD, generalisert tillit, og opplevde samfunnsendringer (SAFE), nær tre år etter hendelsen. Som tidligere nevnt fant vi at både peritraumatisk eksponering og peritraumatiske reaksjoner var sterkt assosiert med nivå av PTSD-symptomer. Dette støtter tidligere forskning som har dokumentert at graden av eksponering, subjektiv opplevelse av livsfare, samt emosjonelle reaksjoner under traumat, er sentrale prediktorer for PTSD (Keyan et al., 2024; Tortella-Feliu et al., 2019).

Vi fant også at eksponering for hat var signifikant assosiert med symptomer på K-PTSD (f.eks., affektiv dysregulering, negativ selvoppfatning, og relasjonelle vansker). Dette støtter en sosialt forankret forståelse av K-PTSD, om at gjentatt ekskludering, stigmatisering og diskriminering kan undergrave opplevelsen av trygghet, verdi og tilhørighet – spesielt når det rammer individets identitet (Bryant, 2023; Herman, 1992). Et sentralt bidrag fra denne studien, er at slike symptomer blant de rammede av terroren 25. juni i liten grad så ut til å være drevet av opplevelser under selve terrorangrepet, men snarere av sosial fiendtlighet og hat rettet mot deres identitet og tilhørighet. Funnene utvider også forståelse av hatets betydning som en mulig sentral drivkraft for psykisk uhelse – særlig når hatet er rettet mot marginaliserte grupper (Farmer, 2003; Selten & Cantor-Graae, 2005).

Det ble ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom opplevelser og reaksjoner under terrorangrepet, eksponering for hat, og generalisert tillit, når det ble kontrollert for sosiodemografiske og psykologiske faktorer (PTSD og K-PTSD). Derimot fremsto tilgangen til sosial støtte som sentralt for deltagerens nivå av tillit til andre mennesker. Dette kan tyde på at generalisert tillit er relativt stabil, og i større grad formet av relasjonelle erfaringer og sosial tilknytning enn av enkeltstående traumatiske hendelser (Bryant, 2023; Herman, 1992).

Når det gjelder opplevde samfunnsendringer etter angrepet, viser resultatene en tydelig sammenheng mellom høy samlet eksponering for hat – både i barndom, før og etter angrepet – og en negativ vurdering av samfunnsutviklingen etter angrepet. Mer spesifikt fant vi at høyere eksponering for hat var assosiert med opplevelsen av et samfunn preget av mer frykt, motsetninger mellom ulike grupper, og hat, samt mindre ytringsrom, trygghet, samhold og fellesskap. Dette indikerer at eksponering for hat kan fungere som vedvarende påminnelser om trussel og ekskludering, i tråd med tidligere forskning på sekundær traumatisering, gjennom sosial fiendtlighet og marginalisering (Burback et al., 2024). Det kan også tyde på at hat utgjør en type psykisk vold – med særlig stort skadepotensiale knyttet til psykisk uhelse og utrygghet.

Sosial støtte fremstod som en gjennomgående og robust resiliensfaktor eller motstandskraft. Høy grad av opplevd støtte var assosiert med lavere nivåer av PTSD-symptomer, økt tillit til andre mennesker, og en opplevelse av mer positive samfunnsendringer. Dette samsvarer med omfattende litteratur, som fremhever sosial støtte som en sentral buffer i møte med traumatiske belastninger (Keyan et al., 2024). Det er imidlertid viktig å understreke at funnet også kan reflektere at rammede med mindre psykiske helseplager, som kjenner seg tryggere, og har mer tillit til andre mennesker, lettere får tilgang til den sosiale støtten de trenger for å håndtere hverdagen (Wang et al., 2021). Dette er en viktig erkjennelse som kan bidra til økt forståelse og aksept for at det kan være krevende å hjelpe og støtte rammede med store vansker på en god måte. Informasjon og støtte til nære kan være et viktige tiltak – også når rammede er voksne. Funnene bekrefter videre at eksponering for interpersonlig vold er sterkt forbundet med dårligere psykisk helse, i tråd med tidligere epidemiologiske meta-analyser (Tortella-Feliu et al., 2019).

4.6.2 KONSEKVENSER FOR SAMFUNNSSIKKERHET

Resultatene fra analysene våre gir også viktig innsikt i hvordan rammedes symptombelastning (PTSD og K-PTSD), tillit til andre mennesker (generalisert tillit), og opplevelse av samfunnsendring etter terrorangrepet (SAFE), henger sammen med sentrale indikatorer for samfunnssikkerhet – definert som dekningsgrad av hjelpebehov, institusjonell tillit og samfunnsdeltagelse.

UDEKKEDE HJELPEBEHOV

Én av fire deltagere i studien rapporterte om udekkede hjelpebehov nær tre år etter angrepet. PTSD-symptomer fremsto som en sterk og selvstendig prediktor for udekkede behov, også når det ble kontrollert for kjente risikofaktorer og eksponeringsnivå. Dette antyder at høy symptombyrde i seg selv kan hemme evnen til å søke, motta eller nyttiggjøre seg hjelp – noe som også er vist i tidligere studier etter terror (Stene et al., 2016). Funnene tydeliggjør behovet for langvarig, tilgjengelig og tilpasset oppfølging – særlig for dem med vedvarende symptomer.

INSTITUSJONELL TILLIT

Når det gjelder tillit til sentrale institusjoner, som helsevesen, politi, rettsvesen og media, viste analysene at både høyere generalisert tillit og mer positiv vurdering av samfunnsutviklingen etter angrepet (SAFE), var signifikant forbundet med høyere institusjonell tillit – som forventet. Mer uventet var funnet om at også høyere PTSD-symptomnivå var svakt, men signifikant, assosiert med økt institusjonell tillit. Dette kan være et statistisk artefakt – men kan også reflektere at enkelte med høy symptombyrde faktisk har fått god hjelp, og dermed utviklet eller bevart tillit til systemet, til tross for samlet økt risiko for udekkede behov i denne gruppen.

SAMFUNNSDELTADELSE

Høyere nivåer av PTSD- og K-PTSD-symptomer var signifikant forbundet med redusert fungering på sentrale livsområder som arbeid, studier, i relasjon til familie og venner og på fritiden. Dette samsvarer med internasjonal forskning som viser at PTSD og særlig K-PTSD svekker individets kapasitet til å opprettholde funksjon i hverdagen (Bryant, 2023; Burbach et al., 2024). Det ble imidlertid ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom PTSD-symptomer og frafall fra arbeidslivet (i form av arbeidsledighet eller uførhet). Dette kan tyde på at mange fortsatt står i arbeid, til tross for høy symptombyrde, eller at andre faktorer – som alder og strukturelle forhold i arbeidslivet – spiller en større rolle. Det er også mulig at et relativt inkluderende arbeidsliv i Norge, med tilgang til tilrettelegging og sykemelding, gjør det mulig å forbli i jobb tross helseplager. Alternativt kan arbeidsfravall komme som en senere konsekvens av langvarig ubehandlet plager – noe som i så fall understreker betydningen av å initiere effektive tiltak for de direkte rammede (25 %) som fortsatt har udekkede hjelpebehov, som synes å være drevet av PTSD.

4.6.3 BETYDNINGEN AV SKEIV IDENTITET

Vi fant at skeiv identitet ikke var signifikant assosiert med verken psykisk uhelse (symptomer på PTSD/K-PTSD), tillit til andre mennesker eller samfunnsinstitusjoner, eller samfunnsdeltagelse, når eksponering for hat, interpersonlig vold, og tilgang til sosial støtte, samt sosiodemografiske faktorer var kontrollert for. Dette tyder på at forskjeller mellom skeive og ikke-skeive i stor grad kan forklares av akkumulert belastning over tid – særlig relatert til hat og psykisk vold.

Analysene viser at det å ha en skeiv identitet i seg selv er signifikant forbundet med opplevelsen av negative samfunnsendringer etter terrorangrepet – også etter justering for øvrige inkluderte variabler. Dette kan tyde på at det å tilhøre målgruppen for selve angrepet har en særlig kraft i å fremme følelser av utrygghet. Det er også mulig at terrorangrepet forsterker effekten av senere hat – særlig for skeive.

Funnene støtter en sosial-psykotraumatologisk forståelse av konsekvenser etter terror (Bryant, 2023; Herman, 1992), og er i tråd med teori om hvordan ulikhet i eksponering for hat, vold og tilgang til sosiale ressurser i samfunnet påvirker gruppers helse ulikt (Coleman, 1988; Frost & Meyer, 2023; Selten & Cantor-Graae, 2005). Disse modellene vektlegger at psykososial sårbarhet er knyttet til vedvarende negative sosiale erfaringer, samt ulik tilgang til – eller frakobling fra – beskyttende sosiale ressurser, snarere enn av minoritetsstatus i seg selv.

4.6.4 KONSEKVENSER KORT OPPSUMMERT

Samlet sett viser funnene at terrorangrepet og etterfølgende eksponering har påført de berørte betydelige belastninger. Dette kommer til uttrykk gjennom psykisk uhelse, svekket trygghetsfølelse, redusert tilgang til nødvendige tjenester, svekket tillit til sentrale samfunnsinstitusjoner, og utfordringer med å gjenvinne funksjonsevne og delta aktivt i samfunnslivet. Den økte utryggheten i samfunnet sees særlig hos skeive. Til sammen kan dette tolkes som tegn på en svekkelse i den sosiale kontrakten mellom de rammede og myndighetene – en utvikling som utfordrer flere kjerneelementer i samfunns-sikkerheten. Økt utrygghet for skeive som minoritet bidrar til økt sosial ulikhet.

Særlig alvorlig er det at én av fire fortsatt rapporterer udekkede hjelpebehov tre år etter hendelsen. Studien peker på at symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan være en sentral underliggende årsak til disse behovene. Når udekkede hjelpebehov sammenfaller med økt utrygghet og opplevelse av tillitsbrudd, utfordres grunnleggende forutsetninger for samfunnets evne til å ivareta befolkningen – særlig knyttet til beskyttelse, tillit og kollektiv robusthet.

4.7 STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER

Om lag 40 % av de som ifølge politiets oversikt var til stede under angrepet, deltok i studien. Dette er en relativt høy svarprosent gitt at det er gått nesten tre år siden hendelsen. Det er en stor styrke at så mange har blitt med. Funnene som presenteres her gir viktige indikasjoner, men må tolkes med forbehold.

For de 194 deltakerne som har samtykket til kobling med helse- og velferdsregistre, vil det være mulig å følge gruppen fra og med 2008 – 17 år tilbake i tid – og fremover, for å utforske studiens hovedspørsmål mer inngående. Dette vil gi grunnlag for dypere innsikt og mer presise konklusjoner.

Analysene i denne rapporten ble hovedsakelig gjennomført i perioden etter at datainnsamlingen ble avsluttet 16. mai 2025 og frem til levering 10. juni 2025. Resultatene er derfor foreløpige og basert på nylig bearbeidet materiale. Videre analyser og kvalitetssikring, inkludert fagfellevurdering, gjenstår.

MULIGE SKJEVHETER I UTVALG: Det at 60 % av de direkte rammede ikke har deltatt i studien åpner for mulige skjevheter. Det er ikke kjent om de som valgte å delta skiller seg systematisk fra de som avsto, men det er grunn til å anta at både de med sterke helseplager og de som følte seg lite berørt kan ha hatt lavere tilbøyelighet til å delta. Videre er det uklart i hvilken grad skeive personer er representert i studien på en måte som gjenspeiler fordelingen blant de rammede.

TVERRSNITTSUNDERSØKELSE: Studien er gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse, noe som innebærer visse metodiske begrensninger. Uten gjentatte måletidspunkter er det ikke mulig å si noe sikkert om utvikling over tid, eller om årsakssammenhenger mellom eksponering og utfall. For

eksempel kan ikke studien fastslå i hvilken grad dagens helseproblemer blant de rammede er direkte forårsaket av angrepet, eller andre samtidige eller forutgående faktorer.

RETROSPEKTIVE MÅL: Videre omhandler studien deltageres opplevelser under og kort tid etter angrepet. Det er naturlig at svar på slike spørsmål preges av hukommelse og fortolkning, snarere enn nøyaktig gjenkalling av hendelsesforløp. Dette gjelder eksempelvis vurderinger av hvorvidt man mottok tilstrekkelig hjelp, eller hvordan man opplevde sosial støtte. Resultatene som presenteres her gir viktig innsikt i rammedes opplevelser.

KUNNSKAP OM RAMMEDES OPPLEVELSER OG REAKSJONER: Samtidig har studien flere betydelige styrker. Det mest sentrale er at den gir oppdatert og systematisk kunnskap om hvordan det går med de direkte rammede på et relativt sent tidspunkt etter angrepet – en periode hvor mange tilsvarende studier med andre populasjoner ikke lenger har hatt kontakt med deltagerne. Studien belyser dermed langtidseffekter og eventuelle udekkede behov som kan ha vedvart eller oppstått senere. Den kombinerer kvantitative kartlegginger med kvalitative beskrivelser, og gir dermed både bredde og dybde i forståelsen av deltageres situasjon. De åpne svarene utgjør et særlig verdifullt materiale, som gir innsikt i deltageres egne fortolkninger, reaksjoner og erfaringer.

SAMARBEID: Et viktig aspekt ved denne studien, er det omfattende og strukturerte samarbeidet som har preget hele prosessen – fra design og gjennomføring, til formidling. Oppdraget er gitt og finansiert av Justis- og beredskapsdepartementet og Kultur- og likestillingsdepartementet, noe som gir studien en særskilt styrke. Resultatene leveres direkte til beslutningstakere med ansvar for politikk- og tiltaksutvikling, noe som øker sannsynligheten for at kunnskapen faktisk omsettes i praksis. Samarbeidet med Støttegruppen 25. juni har i tillegg vært avgjørende for gjennomføring av studien. Representeranter fra gruppen har deltatt aktivt i utviklingen av tematikk, spørreskjema, metode og rekrutteringsstrategi, samt i vurderinger knyttet til inkludering, samtykke og språkføring. Gruppen har også hatt en sentral rolle i utarbeidelsen av formidlingsplan, samt i produksjonen av informasjons- og rekrutteringsfilm. Brukerinvolvering i studien har bidratt til å forankre studien i de berørtes perspektiver, og har styrket både relevans, legitimitet og tillit. Samarbeid med forskningsmiljøer og praksisfelt (inkludert bidragsyttere fra

C-REX, Institutt for samfunnsforskning, OUS, politiet, Oslo kommunes kriseteam (SAA), bistandsadvokat samt RVTS-ene og intervjuerne) har løftet den metodiske kvaliteten i prosjektet og bidratt til en forskningsrigg, studiedesign og spørreskjema som både er forskningsfaglig solid og tilpasset konteksten og målgruppen. Samarbeidet har også sikret kompetanse og kapasitet i studien for nødvendig ivaretagelse av deltagere og beredskap i studien.

FLEKSIBEL METODE: Et annet metodologisk fortrinn, er fleksibiliteten i datainnsamlingen. Deltagerne kunne selv velge om de ville delta via videobasert intervju eller nettbasert spørreskjema. Videointervjuene muliggjorde god kontakt mellom deltager og intervjuer, og deltagerne kunne samtidig se svaralternativene på skjermen – noe som kan ha bidratt til økt presisjon i svarene. I tillegg var det en betydelig styrke at intervjuene ble gjennomført av helsepersonell med klinisk erfaring, opplært i å fange opp udekkede hjelpebehov. Dette gjorde det mulig å etablere en beredskap rundt studien som bidro til identifisering og oppfølging av deltagere med behov for videre hjelp. Vi fant også at det var flere med udekkede hjelpebehov blant rammede som deltok per intervju, enn rammede som deltok per selvutfylling. Dette kan tyde på at intervju som metode kan være bedre egnet for sårbare grupper. Samtidig var deltagelse ved selvutfylling for mange mindre tidkrevende. Det er mulig deltagere med mindre helseplager foretrakk denne løsningen. Rammede hadde også mulighet til å endre modus – dersom de eksempelvis så at selvutfylling ble for komplisert eller likevel ikke hadde tid til et planlagt intervju. En slik fleksibel løsning kan ha vært av stor betydning for å fremme deltagelse og behovsbasert ivaretagelse av deltagerne.

FORSKNINGSDESIGN FOR BEHOVSBASERT KATASTROFERESPONS: Forskningsdesignet i studien representerer i seg selv en styrke. Den er spesifikt utformet for å fange opp rammedes opplevelser, reaksjoner og hjelpebehov i sanntid. Dette gir grunnlag både for individuelt tilpasset oppfølging og for aggregerte tilbakemeldinger til myndigheter og tjenesteapparat. Målet har vært å bidra til metode- og kunnskapsutvikling som kan forbedre fremtidig oppfølging av rammede. Rigger er tilpasset de berørtes behov, og kan implementeres som en del av katastroferesponsen for å sikre systematisk kunnskapsinnhenting – fra tidlig fase og gjennom hele kriseforløpet. Dette gir et viktig grunnlag for behovsbaserte tiltak, skalering og tilpasning av samfunnsresponsen over tid. Et sentralt element er muligheten for individuell tilbakemelding til deltagerne,

som kan benytte egne svar i møte med tjenestene. Dette er utviklet for å styrke deltagerens tilgang til hjelp, samtidig som det reduserer dobbeltregistrering – og kan bidra til å avlaste både den rammede og tjenesteapparatet. Designet kan integreres med konkrete tiltak og dermed fungere som et rammeverk for kunnskapsbasert, behovsstyrt psykososial oppfølging og data-drevet krisehåndtering som vil kunne muliggjøre mer treffsikre tiltak – tilpasset krisens utvikling.

5 KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER

Studien gir et innblikk i direkte rammedes opplevelser og reaksjoner under og etter terrorangrepet 25. juni 2022. Mange klarer seg godt nærmere tre år etter terroren, og majoriteten er tilbake i normal fungering fra forut for angrepet. Samtidig har nesten halvparten fortsatt behov for hjelp og støtte, og en av fire har udekkede hjelpebehov, særlig knyttet til PTSD og relaterte plager som angst, depresjon, søvnvansker og smerter eller rusproblematikk. Et annet viktig funn gjelder omfattende eksponering for hat blant rammede – særlig rettet mot skeive. Erfaringer av hat rettet mot egen eller kjentes identitet eller gruppetilhørighet synes å være kilde til økt utrygghet – særlig blant skeive. Hatet kan forstås som voldshandlinger med stort skadepotensiale.

Store, udekkede hjelpebehov og eksponering for hat utgjør ikke bare en psykososial belastning for den enkelte, men en alvorlig utfordring for samfunnssikkerheten. Selv om terrorangrepet 25. juni er en unik hendelse – har alle katastrofer noen fellestrekk. Særlig fremtredende er det at vi som samfunn ofte ikke klarer å møte rammedes hjelpebehov eller verne mot ytterligere vold og belastninger.

Sammenfattet peker denne studien på et behov for tydeligere forpliktelser i arbeidet med langsiktig psykososial oppfølging av de rammede etter terrorangrepet 25. juni 2022, og fremtidige katastrofer. Den gir også grunnlag for å vurdere konkrete tiltak for styrking av rettsvern, institusjonell samordning og totalberedskap etter terrorangrep, katastrofer og kriser. Et trygt samfunn forutsetter ikke bare fysisk sikkerhet, men også tilgang til hjelp, vern mot hat, og et sosialt og institusjonelt fellesskap som evner å ta vare på dem som rammes.

Basert på funn fra 25. juni-studien ser vi nå tre hovedutfordringer – knyttet til totalberedskap og samfunnssikkerhet – som krever målrettede tiltak:

1) Sikre rammede hjelp ved udekkede hjelpebehov nå

Høye nivå av udekkede hjelpebehov blant direkte rammede nesten tre år etter terrorangrepet er en stor utfordring for den enkelte, helsetjenesten og samfunnssikkerheten. Funn fra studien kan tyde på at mange har betydelige PTSD-symptomer og relaterte helseplager. Dette kan gi en pekepinn på at mange kan ha nytte av traumebehandling. Det er behov for å sikre de rammede med udekkede hjelpebehov tilgang til nødvendige helsetjenester nå.

2) Styrke skeive og andre minoriteters vern mot hat

Etter angrepet har om lag én av tre skeive opplevd hatytringer eller handlinger direkte rettet mot egen identitet. Skeive er nesten ti ganger mer utsatt enn ikke-skeive. Hatet skaper utrygghet og må anses som voldshandlinger med alvorlig skadepotensial. Det er avgjørende å iverksette tiltak som beskytter særlig skeive og andre minoriteter mot videre hat og vold – for å ivareta helse, trygghet og tillit. Samtidig bør det vurderes tiltak for å ansvarliggjøre aktører som sprer hat og vold.

3) Sikre psykososial oppfølging integrert i samordnet beredskap og respons

Psykososial oppfølging etter katastrofer må prioriteres høyere, og psykososiale tiltak bør sikres gjennom lovverket og implementeres i nasjonale og lokale beredskapsplaner og praksis. Det anbefales å:

- Etablere systemer for tidlig identifisering av direkte rammede for å muliggjøre proaktiv og behovsbasert oppfølging fra tidlig fase. Erfaringer viser at rammede særlig etterspør tidlig kontakt og oppfølging over tid, noe som forutsetter en systematisk og koordinert innsats fra start.
- Utvikle og implementere en fleksibel «screen-and-treat»-modell for behovsbasert psykososial oppfølging etter alvorlige hendelser. En slik modell muliggjør tidlig identifisering av rammedes reaksjoner og hjelpebehov, og legger til rette for målrettet innsats og effektiv ressursbruk. Integrering av sanntidskunnskap i beredskapssystemet kan styrke skalerbarheten i responsen, og en familiebasert tilnærming – også for voksne – kan bidra til bedre informasjonsflyt og sosial motstandskraft.

6 Referanser

25. juni-utvalget. (2023). *Rapport fra 25. Juni-utvalget. Evaluering av Politet og PST*. http://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/evalueringsrapporter/evaluering_25juni2022.pdf
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987). *Communicating social support*. Sage Publications.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Fifth edition.). American Psychiatric Association. – (5th ed.)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5[1] TR* (5th edition, text revision.). American Psychiatric Association Publishing. – (5th ed., text rev.)
- Anderssen, N., Eggebo, H., Stubberud, E., & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen. http://www2.bufoir.no/globalassets/global/nbbf/kjonn_identitet/seksuell_orientering_kjønsmangfold_og_levekar_resultater_fra_sporreundersokelsen_2020.pdf
- Anderssen, N., Sivertsen, B., Lønning, K. J., & Malterud, K. (2020). Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*, 20(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8228-5>
- Bækkelund, H., Glad, K. A., Nilsen, L. G., Stene, L. E., & Andreassen, A. L. (2024). *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvt.no/rapport/studie-om-overlevende-og-prorende-etter-alexander-l-kielland-ulykken/>
- Basedow, L. A., Kuitunen-Paul, S., Roessner, V., & Golub, Y. (2020). Traumatic Events and Substance Use Disorders in Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00559>
- Baumann-Larsen, M., Storheim, K., Stangeland, H., Zwart, J.-A., Wentzel-Larsen, T., Skurtveit, S., Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2024). Childhood trauma and the use of opioids and other prescription analgesics in adolescence and young adulthood: The HUNT Study. *PAIN*, 165(6), 1317. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003131>
- Bell, C., Sulaiman-Hill, R., Tanveer, S., Porter, R., Dean, S., Schluter, P. J., Beaglehole, B., & Boden, J. M. (2024). Factors associated with mental health outcomes in a Muslim community following the Christchurch terrorist attack. *BJPsych Open*, 10(6), e209-. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.774https://doi.org/10.1192/bjo.2024.774>
- Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., Nordanger, D., Garcia, F. O., Punamaki, R.-L., Schnyder, U., Sezgin, A. U., Wittmann, L., & Olff, M. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69–74. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066266>
- Blakey, S. M., Tsai, J., Elbogen, E. B. (2021). Drinking to Cope with Posttraumatic Stress: A Nationally Representative Study of Men with and without Military Combat Experience. *Journal of Dual Diagnosis*, 17(2), 101–112. <https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1891360>
- BMJ Best Practice. (2023) *Mental health response to disasters and other critical incidents*. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1065/pdf/1065/Mental%20health%20response%20to%20disasters%20and%20other%20critical%20incidents.pdf>
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1–49.
- Bosmans, M. W. G., Plevier, C., Schutz, F., Stene, L. E., Yzermans, C. J., & Dückers, M. L. A. (2022). The impact of a terrorist attack: Survivors' health, functioning and need for support following the 2019 Utrecht tram shooting 6 and 18 months post-attack. *Frontiers in Psychology*, 13, 981280-. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.981280>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670>
- Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049–2057. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000206>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients. *Medical Care*, 26(7), 709–723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Brown, L. A., Belli, G. M., Asnaani, A., & Foa, E. B. (2019). A Review of the Role of Negative Cognitions About Oneself, Others, and the World in the Treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 143–173. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9938-1>
- Bryant, R. A. (2023). Attachment processes in posttraumatic stress disorder: A review of mechanisms to advance theories and treatments. *Clinical Psychology Review*, 99, 102228–102228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102228>
- Burback, L., Brémault-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2024). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-art Review. *Current Neuropharmacology*, 22(4), 557–635.
- Butler, A. S., Panzer, A. M., & Goldfrank, L. R. (2003). Understanding the Psychological Consequences of Traumatic Events, Disasters, and Terrorism. In Butler, A. S., Panzer, A. M., Goldfrank, L. R. (Eds.). *Preparing for the Psychological Consequences of Terrorism* (pp. 34–63). National Academies Press. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230428091433> – In A. S. Butler, A. M. Panzer, & L. R. Goldfrank (Eds.).
- Call, J. A., & Pfefferbaum, B. (1999). Lessons From the First Two Years of Project Heartland, Oklahoma's Mental Health Response to the 1995 Bombing. *Psychiatric Services*, 50(7), 953–955. <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.953>
- Carlyle, M., Leung, J., Walter, Z. C., Juckel, J., Salom, C., Quinn, C. A., Davidson, L., Ellem, R., Newland, G., & Hides, L. (2021). Changes in Substance Use Among People Seeking Alcohol and Other Drug Treatment During the COVID-19 Pandemic: Evaluating Mental Health Outcomes and Resilience. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15, 11782218211061746. <https://doi.org/10.1177/11782218211061746>
- Carlyle, M., Walter, Z. C., Theroux, B., Leung, J., & Hides, L. (2023). Reliability of online self-report versions of the Australian Treatment Outcome Profile (ATOP) and Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among people in residential treatment for substance use problems. *Addictive Behaviors*, 144, 107756–107756. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107756>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Laurence Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology*, 94, S95–S120. <https://doi.org/10.1086/228943>
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228–260. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.228>
- de Ven, P. van, Leferink, S., & Pemberton, A. (2023). The Key Characteristics and Role of Peer Support in the Aftermath of Victimization: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 899–912. <https://doi.org/10.1177/15248380211043826>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Diamond, P. R., Airdrie, J. N., Hiller, R., Fraser, A., Hiscox, L. V., Hamilton-Giachritsis, C., & Halligan, S. L. (2022). Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: A meta-analytic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2066456. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066456>
- DiMaggio, C., Galea, S., & Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism: A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894–904. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02526.x>
- Dinesen, P. T., & Jæger, M. M. (2013). The Effect of Terror on Institutional Trust: New Evidence from the 3/11 Madrid Terrorist Attack. *Political Psychology*, 34(6), 917–926. <https://doi.org/10.1111/pops.12025>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Drury, J., Stancombe, J., Williams, R., Collins, H., Lagan, L., Barrett, A., French, P., & Chitsabesan, P. (2022). Survivors' experiences of informal social support in coping and recovering after the 2017 Manchester Arena bombing. *BJPsych Open*, 8(4), e124-. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.528> - e124.
- Dworkin, E. R., Brill, C. D., & Ullman, S. E. (2019). Social reactions to disclosure of interpersonal violence and psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, 101750. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101750>
- Dyb, G., Jensen, T. K., Nygaard, E., Ekeberg, Ø., Diseth, T. H., Wentzel-Larsen, T., & Thoresen, S. (2014). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 361–367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.133157>
- Dyb, G., Stensland, S. Ø., Glad, K. A., Lingaas, I., Undset, A. B., Andreassen, A. L., & Porcheret, K. (2021). «Opplevelser og reaksjoner hos de som var på Utøya 22. Juli 2011» En oppsummering av fjerde intervjurunde. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2021/05/Utøya_oppsummering-fjerde-intervjurunde-1.pdf
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Eliashar, R., Zilberstein, T., Shmulewitz, D., Skvirsky, V., Vider, M., & Lev-Ran, S. (2024). Reported Increase in Substance Use Following Mass Terrorism and the Role of Psychosocial Factors. *JAMA Network Open*, 7(7), e2423993. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.23993>
- European Social Survey. (2023). *Most people can be trusted or you can't be too careful*. https://ess.sikt.no/en/datafile/242aaa39-3bbb-40f5-98bf-bfb1ce53d8ef/123?tab=1&elems=516a53f9-4639-4471-9dd4-fbeaf454b320_1
- EU Centre of Expertise for Victims of Terrorism. (2021). *EU Handbook on victims of terrorism*. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/criminal-justice/protecting-victims-rights/eu-centre-expertise-victims-terrorism_en
- Eyre, A. (2019). The value of peer support groups following disaster: From Aberfan to Manchester. *Bereavement Care*, 38(2–3), 115–121. <https://doi.org/10.1080/02682621.2019.1679453>

- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor* (Vol. 4). University of California Press.
- Felner, J. K., Wisdom, J. P., Williams, T., Katuska, L., Haley, S. J., Jun, H.-J., & Corliss, H. L. (2020). Stress, Coping, and Context: Examining Substance Use Among LGBTQ Young Adults With Probable Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 71(2), 112–120. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900029>
- Fiskerstrand, S. R. (2002). *Når katastrofen rammer ... Strukturelle og funksjonelle aspekter ved støttegrupper dannet etter katastrofer, hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi*. Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultetet.
- Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, N. (2020). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (Third ed.). The Guilford Press.
- Forbes, D., LeardMann, C. A., Lawrence-Wood, E., Villalobos, J., Madden, K., Gutierrez, I. A., Cowlshaw, S., Baur, J., & Adler, A. B. (2024). Three-Item Dimensions of Anger Reactions Scale. *JAMA Network Open*, 7(2), e2354741-. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.54741>
- Fortuna, P., & Nunes, S. (2018). A Survey on Automatic Detection of Hate Speech in Text. *ACM Computing Surveys*, 51(4), 1–30. <https://doi.org/10.1145/3232676>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. Free Press.
- Girardi, R. (2022). 'It's easy to mistrust police when they keep on killing us': A queer exploration of police violence and LGBTQ+ Victimization. *Journal of Gender Studies*, 31(7), 852–862. <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.1979481>
- Glad, K. A., Dyb, G., Hellevik, P., Michelsen, H., & Øien Stensland, S. (2023). "I Wish You Had Died on Utøya": Terrorist Attack Survivors' Personal Experiences with Hate Speech and Threats. *Terrorism and Political Violence*, 1–17.
- Glad, K. A., Nilsen, L. G., Bækkelund, H., Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2024). *Kunnskapsoppsummering og råd om støttegrupper* (Avrop 11). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Glad, K. A., Stensland, S., Czajkowski, N. O., Boelen, P. A., & Dyb, G. (2022). The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress and complicated grief: A random intercepts cross-lag analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 386–392. <https://doi.org/10.1037/tra0001087>
- Gómez de La Cuesta, G., Schweizer, S., Diehle, J., Young, J., & Meiser-Stedman, R. (2019). The relationship between maladaptive appraisals and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1620084. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1620084>
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 521–542. <https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>
- Gram, K. H. (2021). 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Statistisk sentralbyrå (SSB). <http://www.ssb.no/sosialeog-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
- Greger, H. K., Kristianslund, S. K., & Stensland, S. Ø. (2023). Interpersonal violence and recurrent headache among adolescents with a history of psychiatric problems. *Annals of General Psychiatry*, 22, 2. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00432-7>
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldrop, A. E., & Mechanic, M. B. (2003). Participation in trauma research: Is there evidence of harm? *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 221–227. <https://doi.org/10.1023/A:1023735821900>
- Haanshuus, B. P., & Solheim, Ø. B. (Manuskript sendt inn for publisering). The community impact of terrorism: The case of the 2022 Pride terrorist attack in Norway.
- Hanes, E., & Machin, S. (2014). Hate Crime in the Wake of Terror Attacks: Evidence From 7/7 and 9/11. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 30(3), 247–267. <https://doi.org/10.1177/1043986214536665>

- HateCycle. (2025). *HateCycle: The life cycle of hate crimes – Patterns, responses and consequences – C-REX – Center for Research on Extremism*. <https://www.sv.uio.no/c-rex/english/topics/projects/hatecycle/index.html>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. Juli 2011 (R9154)*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016b). *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Mestring, samhörighet og håp)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- Helsedirektoratet. (2024). *Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmondsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. BasicBooks.
- Herman, J. L. (2023). *Truth and Repair: How Trauma Survivors Envision Justice*. Basic Books UK.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., Jong, J. T. V. M. de, Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *https://Doi.Org/10.1521/PySc.2007.70.4.283*, 70(4), 283–369. <https://doi.org/10.1521/pysc.2007.70.4.283>
- Hogan, N., Knapp, M., McDaid, D., Davies, M., & Brewin, C. R. (2021). Cost-effectiveness of 'screen-and-treat' interventions for post-traumatic stress disorder following major incidents. *BMJ Open*, 11(10), e049472–e049472. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049472><https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049472>
- Hudson, J. (2006). Institutional Trust and Subjective Well-Being across the EU. *Kyklos*, 59(1), 43–62. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.2006.00319.x>
- International Headache Society. (2018). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, (3rd. ed. Cephalalgia, 38(1), 1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202> - Disorders (3rd ed.).
- INVICTM. (2019). *Supporting Victims of Terrorism. Report of the INVICTM Symposium in Strausbourg, France 2019*. https://www.researchgate.net/publication/353002697_SUPPORTING_VICTIMS_OF_TERRORISM_REPORT_of_the_INVICTIM_Symposium_Strasbourg_2019
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Jakobsen, M. H. (2022). Resultater fra LHBTIQ+ undersøkelsen på Pride 2022 (POD-RAPPORT 2/2023). Politidirektoratet. – (POD-Rapport 2/2023).
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Joseph, S. (1999). Social support and mental health following trauma. In *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 71–91). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1136/adc.80.2.107>
- Kaakinen, M., Oksanen, A., Gadarian, S. K., Solheim, Ø. B., Herreros, F., Winsvold, M. S., Enjolras, B., & Steen-Johnsen, K. (2021). Online Hate and Zeitgeist of Fear: A Five-Country Longitudinal Analysis of Hate Exposure and Fear of Terrorism After the Paris Terrorist Attacks in 2015. *Political Psychology*, 42(6), 1019–1035. <https://doi.org/10.1111/pops.12732>
- Keyan, D., Garland, N., Choi-Christou, J., Tran, J., O'Donnell, M., & Bryant, R. A. (2024). A systematic review and meta-analysis of predictors of response to trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 150(7), 767–797. <https://doi.org/10.1037/bul0000438>

- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Gjestad, R. (2020). Different Trajectories of Prolonged Grief in Bereaved Family Members After Terror. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.545368>
- Layman, H. M., Thorisdottir, I. E., Halldorsdottir, T., Sigfusdottir, I. D., Allegrante, J. P., & Kristjansson, A. L. (2022). Substance Use Among Youth During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 24(6), 307–324. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01338-z>
- Lee, J.-S. (2019). Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. *PloS One*, 14(8), e0220454–e0220454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220454>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Leung, J., Quinn, C., Carlyle, M., Ellem, R., Tisdale, C., Davidson, L., White, M. J., Kavanagh, D. J., & Hides, L. (2022). Retrospective Self-Reports of How Adolescent Substance Use Changed with the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13680. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013680>
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Höfler, M., Tholen, S., & Wittchen, H.-U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17(6), 321–331. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00686-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00686-7)
- Liedl, A., O'Donnell, M., Creamer, M., Silove, D., McFarlane, A., Knaevelsrud, C., & Bryant, R. A. (2010). Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychological Medicine*, 40(7), 1215–1223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991310>
- Lindstrom, M., & Mohseni, M. (2009). Social capital, political trust and self-reported psychological health: A population-based study. *Social Science & Medicine*, 68(3), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.004>
- López-Martínez, A. E., Reyes-Pérez, Á., Serrano-Ibáñez, E. R., Esteve, R., & Ramírez-Maestre, C. (2019). Chronic pain, posttraumatic stress disorder, and opioid intake: A systematic review. *World Journal of Clinical Cases*, 7(24), 4254–4269. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i24.4254>
- Lowe, S. R., & Galea, S. (2017). The Mental Health Consequences of Mass Shootings. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(1), 62–82. <https://doi.org/10.1177/1524838015591572>
- Maël, G., & Daniel, O. (2022). The link between trauma and substance use disorders: A literature review. *Archives of Clinical Psychology*, 49(6), 66–72. <https://doi.org/DOI: 10.15761/0101-60830000000501>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Meyer, F. (2008). *Nasjonal støttegruppe for pårørende, overlevende og berørte etter flodbølgekatastrofen 2004: En studie av organisering og virksomhet (Rapport 1/2008)*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Mulvad-Reinhardt, S. (2017). *Ofres opplevelser ved anmeldelse af seksuelle overgrep til politiet*. Justitsministeriets Forskningskontor.
- Nasjonalt støttegruppenettverk. (2022). *Rapport til Stiftelsen Dam for mottatt prosjektilskudd*. <https://stottegruppene.no/wp-content/uploads/2022/11/NSN-SLUTTRAPPORT-MED-VEDEGG-121022.pdf>
- Neria, Y., DiGrande, L., & Adams, B. G. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks: A Review of the Literature Among Highly Exposed Populations. *The American Psychologist*, 66(6), 429–446. <https://doi.org/10.1037/a0024791>
- Nijdam, M. J., Gersons, B. P. R., & Olff, M. (2010). Dutch politicians' coping with terrorist threat. *British Journal of Psychiatry*, 197(4), 328–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076901>

- Nilsen, L. G., Langballe, Å., & Dyb, G. (2016). Men hva er det egentlig ment for? Voldsoffererstatning til de overlevende etter terrorangrepet på Utøya 22. juli 2011. NKVTS. <https://www.nkvts.no/rapport/men-hva-er-det-egentlig-ment-for-voldsoffererstatning-til-de-overlevende-etter-terrorangrepet-pa-utoya-22-juli-2011/> (Rapport 2/2016).
- Nilsen, L. G., Stene, L. E., Glad, K. A., Hafstad, G. S., & Dyb, G. (2017). *Oppfølgingen av de som overlevde på Utøya. Erfaringer med tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet*. (Rapport 3/2017). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/oppfolgingen-av-de-som-overlevde-pa-utoya-erfaringer-med-tiltakene-fra-det-offentlige-hjelpeapparatet/>
- Nilsen, L. G., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2019). Trust After Terror: Institutional Trust Among Young Terror Survivors and Their Parents After the 22nd of July Terrorist Attack on Utøya Island, Norway. *Frontiers in Psychology*, 10, 2819–2819. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02819>
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 Disaster Victims Speak: Part II. Summary and Implications of the Disaster Mental Health Research. *Psychiatry*, 65(3), 240–260. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.240.20169>
- Norsk medborgerpanel. (2024). *Runde 31: Norsk medborgerpanel. Nyttig informasjon om runde 31: Feltperiode, kodebøker og siteringsinformasjon*. <https://www.uib.no/-norsk/176074/runde-31-norsk-medborgerpanel>
- North, C. S., Kawasaki, A., Spitznagel, E. L., & Hong, B. A. (2004). The Course of PTSD, Major Depression, Substance Abuse, and Somatization After a Natural Disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 823–829. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146911.52616.22>
- NOU 2023:17. (2023). *Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-17/id2982767/>
- NOU 2024:3. (2024). *Felles innsats mot ekstremisme: Bedre vilkår for det forebyggende arbeidet*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-3/id3027182/>
- NRK. (2025, March 20). *81 nye personer krever erstatning etter 25. Juni-terroren*. <https://www.nrk.no/norge/nye-erstatningskrav-mot-zaniar-matapour-1.17361756>
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Oksanen, A., Kaakinen, M., Minkkinen, J., Räsänen, P., Enjolras, B., & Steen-Johnsen, K. (2020). Perceived Societal Fear and Cyberhate after the November 2015 Paris Terrorist Attacks. *Terrorism and Political Violence*, 32(5), 1047–1066. <https://doi.org/10.1080/09546553.2018.1442329>
- Oslo Tingrett. (2024, April 7). *Dom i sak mellom Zaniar Matapour og Staten (23–168771MED-TOSL/01)*.
- Oxford Research. (2019). *Virkningene av voldsoffererstatning. FoU-prosjekt på oppdrag for Justis- og beredskapsdepartementet*. <https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-Virkningene-av-voldsoffererstatning.pdf>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M., & Morin, C. M. (2008). A new scale for measuring insomnia: The Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 107(3), 691–706. <https://doi.org/10.2466/pms.107.3.691-706>
- Patell, K. C., Smith, R. L., Kansky, J., Cox, C. M., Amstadter, A. B., Dick, D., The Spit for Science Working Group, Salvatore, J. E., & Berenz, E. C. (2020). Posttraumatic stress disorder symptoms, relationship quality, and risky alcohol use among trauma-exposed students. *Addictive Behaviors*, 102, 106216. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106216>
- Pat-Horenczyk, R., Abramovitz, R., Peled, O., Brom, D., Daie, A., & Chemtob, C. M. (2007). Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: Posttraumatic distress and functional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 76–85. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.1.76>

- Paz García-Vera, M., Sanz, J., & Gutiérrez, S. (2016). A Systematic Review of the Literature on Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Terrorist Attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328–359. <https://doi.org/10.1177/0033294116658243>
- Perrot, S., Cohen, M., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R.-D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain*, 160(1), 77–82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
- Pirard, P., Motreff, Y., Stene, L. E., Rabet, G., Vuillermoz, C., Vandentorren, S., Baubet, T., & Messiah, A. (2023). Initiation of multiple-session psychological care in civilians exposed to the November 2015 Paris terrorist attacks. *Archives of Public Health*, 81(1), 1–207. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01206-z>
- Politidirektoratet & Oslo Politidistrikt. (2023). *Hatkriminalitet i Norge 2022*. <http://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/aktuelt/nyheter/2023/06/22/hatkriminalitet-i-norge---arsrapport-2022/>
- Politiets sikkerhetstjeneste. (2022). *Definisjon av terrorisme*. <https://pst.no/alle-artikler/artikler/trusler/terrorisme/>
- Politiets sikkerhetstjeneste. (2025). *Nasjonal trusselvurdering 2025*. https://pst.no/globalassets/2025/nasjonal-trusselvurdering-2025/nasjonal-trusselvurdering-2025_no_web.pdf
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: A mixed methods systematic review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Porcheret, K., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., & Stensland, S. Ø. (2024). Predictors of early adulthood insomnia following exposure to a single mass violence attack during adolescence: 7–13 year follow-up from the Utøya and HUNT studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2312750. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2312750>
- Porcheret, K., Stensland, S. Ø., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2022). Insomnia in survivors 8.5 years after the Utøya Island terrorist attack: Transition from late adolescence to early adulthood – the Utøya study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2020472. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2020472>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice* (Rev. Ed.). The Belknap Press of Harvard University Press.
- Rew, N. E. J. (2021). Supporting the survivors: Experiences and perceptions of peer support offered to UK terrorist survivors. *International Review of Victimology*, 27(1), 63–79. <https://doi.org/10.1177/0269758020964364>
- Roer, G. E., Lien, L., Bolstad, I., Aase, J. O., & Abebe, D. S. (2023). The impact of PTSD on risk of cardiometabolic diseases: A national patient cohort study in Norway. *BMC Psychiatry*, 23(1), 349–349. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04866-x>
- Rothstein, B., & Stolle, D. (2008). The State and Social Capital: An Institutional Theory of Generalized Trust. *Comparative Politics*, 40(4), 441–459. <https://doi.org/10.5129/001041508X12911362383354>
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocá, P., Iruarizaga, I., Cano-Vindel, A., & Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11(1), 96. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-96>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>

- Sanz, J., Hernández-Martínez, T., Castillo-Burgos, P., Sanz-García, A., & García-Vera, M. P. (2023). Prevalence of increased alcohol use and alcohol use disorders in adult victims of terrorist attacks: A systematic and meta-analytic review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 49(6), 705–722. <https://doi.org/10.1080/00952990.2023.2275526>
- Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., De Girolamo, G., Florescu, S., Iwata, N., Levinson, D., Lim, C. C. W., Murphy, S., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Kessler, R. C. (2013). Associations between Lifetime Traumatic Events and Subsequent Chronic Physical Conditions: A Cross-National, Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 8(11), e80573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080573>
- Selten, J.-P., & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: Risk factor for schizophrenia? *British Journal of Psychiatry*, 187(2), 101–102. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.101>
- Severs, E., James, T., Letrondo, P., Løvland, L., Marchant, N. L., & Mukadam, N. (2023). Traumatic life events and risk for dementia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04287-1>
- Seyd, B., & Bu, F. (2022). Perceived risk crowds out trust? Trust and public compliance with coronavirus restrictions over the course of the pandemic. *European Political Science Review*, 14(2), 155–170. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S1755773922000078>
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459–2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1612499>
- Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(6), 950–965. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>
- Solheim, Ø. B. (2020). Right-wing Terrorism and Out-group Trust: The Anatomy of a Terrorist Backlash. *Terrorism and Political Violence*, 32(6), 1206–1224. <https://doi.org/10.1080/09546553.2018.1457526>
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1320–1330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.017>
- Stangeland, H., Aakvaag, H. F., Baumann-Larsen, M., Wentzel-Larsen, T., Ottesen, A., Zwart, J. A., Storheim, K., Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2024). Prevalence and risk of psychiatric disorders in young people: Prospective cohort study exploring the role of childhood trauma (the HUNT study). *British Journal of Psychiatry*, 225(5), 476–483. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.98>
- Stangeland, H., Aakvaag, H. F., Baumann-Larsen, M., Wentzel-Larsen, T., Storheim, K., Zwart, J. A., Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2023). Problematic alcohol use in young adults exposed to childhood trauma: The Trøndelag Health (HUNT) Study. *Journal of Traumatic Stress*, 36(5), 968–979. <https://doi.org/10.1002/jts.22965>
- START. (2022). *Global Terrorism Database*. <https://www.start.umd.edu/data-tools/GTD>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Slik definerer SSB innvandrere*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Statistisk sentralbyrå. (2024a). *Familier og husholdninger*. <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger>
- Statistisk sentralbyrå. (2024b, October 29). *Statistikk om Livskvalitet*. <https://www.ssb.no/sosialeog-kriminalitet/levekar/statistikk/livskvalitet>
- Stene, L. E., & Dyb, G. (2015). Health service utilization after terrorism: A longitudinal study of survivors of the 2011 Utøya attack in Norway. *BMC Health Services Research*, 15(1), 158–158. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0811-6>
- Stene, L. E., Glad, K. A., Stensland, S. Ø., Nilsen, L. G., & Dyb, G. (2025). Proactive psychosocial follow-up of youth exposed to a terrorist attack: Longitudinal study linking interviews and register-based data. *BJPsych Open*, 11(2), e48-. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.838>

- Stene, L. E., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2022). Healthcare utilization after mass trauma: A register-based study of consultations with primary care and mental health services in survivors of terrorism. *BMC Psychiatry*, 22(1), 720. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04358-4>
- Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01809>
- Stensland, S. Ø., Bondjers, K., Zwart, J.-A., Rosseland, L. A., Atar, D., Christensen, J. O., Matre, D., Glad, K. A., Wentzel-Larsen, T., Wøien, H., & Dyb, G. (2025). Development and psychometric validation of the frontline health workers' occupational risk and characteristics in emergencies index (FORCE-index) – The covid Hospital cohort study Development and psychometric validation of the frontline health workers' occupational risk and characteristics in emergencies index (FORCE-index) – The covid Hospital cohort study. *Public Health in Practice*, 9, 100582.
- Stensland, S. Ø., Thoresen, S., Jensen, T., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2020). Early Pain and Other Somatic Symptoms Predict Posttraumatic Stress Reactions in Survivors of Terrorist Attacks: The Longitudinal Utøya Cohort Study. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 1060–1070. <https://doi.org/10.1002/jts.22562>
- Stensland, S. Ø., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Zwart, J.-A., & Dyb, G. (2014). Recurrent headache and interpersonal violence in adolescence: The roles of psychological distress, loneliness and family cohesion: the HUNT study. *Journal of Headache and Pain*, 15(1), 35–35. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-15-35>
- Stensland, S. Ø., Zwart, J.-A., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2018). The headache of terror: A matched cohort study of adolescents from the Utøya and the HUNT Study. *Neurology*, 90(2), e111–e118. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004805>
- Straffeloven. (2005). Lov om straff (straffeloven) [Lov 2005-05-20 nr. 28]. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Strøm, I. F., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., Stene, L. E., Schultz, J.-H., & Stensland, S. (2023). Terror leaves adolescents behind: Identifying risk and protective factors for high-school completion among survivors of terrorism. *Journal of Traumatic Stress*, 36(4), 750–761. <https://doi.org/10.1002/jts.22935>
- Strøm, I., Wentzel-Larsen, T., Stensland, S., Dyb, G., & Stene, L. (2024). Health care needs, experiences, and satisfaction after terrorism: A longitudinal study of parents of survivors of the Utøya attack. *BMC Health Services Research*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10592-1>
- Stuber, M. L., Schneider, S., Kassam-Adams, N., Kazak, A. E., & Saxe, G. (2006). The Medical Traumatic Stress Toolkit. *CNS Spectrums*, 11(2), 137–142. <https://doi.org/10.1017/S1092852900010671>
- Thoresen, S., Andreassen, A. L., Arnberg, F., Birkeland, M. S., Blix, I., & Hjorthol, T. (2017). *Scandinavian Star: Erfaringer og helse hos overlevende og etterlatte etter 26 år*. (Rapport 5/2017). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvt.no/rapport/scandinavian-star-erfaringer-og-helse-hos-overlevende-og-etterlatte-etter-26-ar/>
- Thoresen, S., Birkeland, M. S., Wentzel-Larsen, T., & Blix, I. (2018). Loss of trust may never heal. Institutional trust in disaster victims in a long-term perspective: Associations with social support and mental health. *Frontiers in Psychology*.
- Thoresen, S., Blix, I., Arntzen, L., Undset, A., Johnsen, G., Rustand, A., Andreassen, A., & Wentzel-Larsen, T. (2024). *TRUST – Trust after Sexual Trauma*. Open Science Framework. <https://osf.io/g7bcp>
- Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2014). Social support barriers and mental health in terrorist attack survivors. *Journal of Affective Disorders*, 156, 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.014>

- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., Solanes, A., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., González-Parra, J. A., Andero, R., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Ioannidis, J. P. A., Stein, M. B., Radua, J., & Fernández de la Cruz, L. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 154–165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nitiéma, P., Wendling, T. L., & Brown, S. (2016). Intensely Exposed Oklahoma City Terrorism Survivors: Long-term Mental Health and Health Needs and Posttraumatic Growth. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(3), 203–209. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000456>
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Watson, K., Hester, L., & Czapla, C. (2021). Problems and Needs Persist for Oklahoma City Bombing Survivors Many Years Later. *Behavioral Sciences*, 11(2), 19-. <https://doi.org/10.3390/bs11020019>
- Universitet i Oslo. (2024a). *Nettskjema-diktafon mobilapp—Universitetet i Oslo*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Universitet i Oslo. (2024b). *Whisper in TSD – University of Oslo*. <https://www.uio.no/english/services/it/research/sensitive-data/help/tsd-video/index.html>
- Van Overmeire, R., Muysewinkel, E., Van Keer, R.-L., Vesentini, L., & Bilsen, J. (2021). Victims of the Terrorist Attacks in Belgium and Professional Mental Health Aid Barriers: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 638272–638272. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.638272>
- Vance, M. C., Kovachy, B., Dong, M., & Bui, E. (2018). Peritraumatic distress: A review and synthesis of 15 years of research. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1457–1484. <https://doi.org/10.1002/jclp.22612>
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85, 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
- Weisaeth, L. (2001). Acute posttraumatic stress: Nonacceptance of early intervention. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 35–40.
- WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183–1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Williams, M. L., & Burnap, P. (2016). Cyberhate on social media in the aftermath of Woolwich: a case study in computational criminology and big data. *British Journal of Criminology*, 56(2), 211–238. <https://doi.org/10.1093/bjc/azv059>
- Wollebæk, D., Enjolras, B., Steen-Johnsen, K., & Ødegård, G. (2011). *Hva gjør terroren med oss som sivilsamfunn?* Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kud/samfunn_og_frivillighet/rapporter/rapport_hva-gjør-terroren-med-oss-som-sivilsamfunn_n_2011_2_web.pdf
- Wollebæk, D., Enjolras, B., Steen-Johnsen, K., & Ødegård, G. (2012). After Utøya: How a High-Trust Society Reacts to Terror—Trust and Civic Engagement in the Aftermath of July 22. *PS: Political Science & Politics*, 45(1), 32–37. <https://doi.org/10.1017/S1049096511001806>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
- World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care* (p. 68). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44320>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1(1), 15057–15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
- Zhang, J., Zhu, S., Du, C., & Zhang, Y. (2015). Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolesce-survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.06.001>

Tabell 31. Vedleggstabell – Modell 1 – inkludert skeiv-identitet

	PTSD			K-PTSD			Opplevd samfunnsendring			Generalisert tillit		
	b	95% CIs	p	b	95% CIs	p	b	95% CIs	p	b	95% CIs	p
Peritraumatisk eksponering (sum 0–13)	0.70	0.39 – 1.00	<0.001	0.20	-0.09 – 0.49	0.182	0.13	-0.08 – 0.35	0.224	-0.01	-0.15 – 0.14	0.900
Peritraumatiske reaksjoner (sum 0–5)	1.04	0.59 – 1.50	<0.001	0.06	-0.38 – 0.50	0.791	0.02	-0.30 – 0.34	0.895	-0.22	-0.44 – -0.00	0.046
Hat (sum 0–6)	0.26	-0.12 – 0.64	0.183	0.44	0.07 – 0.80	0.019	-0.59	-0.86 – -0.32	<0.001	-0.08	-0.26 – 0.10	0.381
Interpersonlig vold (sum 0–15)	0.33	0.04 – 0.62	0.026	0.35	0.07 – 0.63	0.013	0.11	-0.10 – 0.31	0.302	-0.11	-0.25 – 0.03	0.112
Sosial støtte (avg. 0–5)	-1.98	-2.69 – -1.27	<0.001	-3.52	-4.20 – -2.84	<0.001	0.77	0.26 – 1.29	0.003	0.61	0.27 – 0.95	<0.001
Skeiv (Ja)	1.32	-0.16 – 2.81	0.081	1.16	-0.26 – 2.58	0.110	-1.15	-2.20 – -0.09	0.033	0.27	-0.44 – 0.98	0.449
Kjønn	-2.61	-3.97 – -1.26	<0.001	-1.33	-2.63 – -0.04	0.043	1.26	0.29 – 2.22	0.011	0.46	-0.18 – 1.11	0.159
Alder	0.05	-0.00 – 0.11	0.069	-0.08	-0.13 – -0.02	0.005	-0.02	-0.06 – 0.02	0.321	0.03	-0.00 – 0.05	0.051
Utdanning	-1.65	-2.99 – -0.31	0.016	-0.93	-2.20 – 0.35	0.155	-0.20	-1.15 – 0.75	0.680	-0.09	-0.72 – 0.55	0.792
Observations		219			219			219			219	
R ² / R ² adj.		0.438 / 0.414			0.488 / 0.466			0.438 / 0.414			0.488 / 0.466	

Tabell 32. Vedleggstabell – Modell 2 – inkludert skeiv-identitet

	Institusjonell tillit				Fungering				Udekkede hjelpebehov				Deltagelse Arbeidsliv			
	b	95% CIs	p	b	95% CIs	p	OR	95% CIs	p	OR	95% CIs	p	OR	95% CIs	p	
Peritraumatisk eksponering (sum 0–13)	-0,09	-0,19 – 0,01	0,072	-0,01	-0,06 – 0,03	0,561	1,02	0,83 – 1,26	,830	1,02	0,85 – 1,23	0,814				
Peritraumatiske reaksjoner (sum 0–5)	-0,03	-0,17 – 0,12	0,716	0,02	-0,04 – 0,09	0,465	0,92	0,66 – 1,28	,629	1,06	0,80 – 1,38	0,698				
Hat (sum 0–6)	0,03	-0,09 – 0,15	0,681	-0,01	-0,07 – 0,04	0,644	0,83	0,63 – 1,08	,182	1,14	0,90 – 1,46	0,289				
Interpersonlig vold (sum 0–15)	-0,21	-0,30 – 0,12	<0,001	0,01	-0,03 – 0,05	0,755	1,11	0,93 – 1,34	,232	0,94	0,79 – 1,11	0,433				
PTSD (sum 0–24)	0,06	0,01 – 0,10	0,018	-0,06	-0,08 – 0,04	<0,001	1,23	1,12 – 1,37	<0,001	0,94	0,86 – 1,03	0,166				
K-PTSD (sum 0–24)	-0,05	-0,10 – 0,00	0,045	-0,06	-0,08 – 0,04	<0,001	1,05	0,95 – 1,15	,348	0,94	0,86 – 1,03	0,175				
Samfunnssyn (SAFE)(sum 6–30)	0,08	0,02 – 0,14	0,006	-0,00	-0,03 – 0,02	0,866	0,98	0,87 – 1,11	,794	1,01	0,90 – 1,13	0,856				
Generalisert tillit (avg 0–19)	0,23	0,14 – 0,32	<0,001	-0,01	-0,05 – 0,03	0,689	1,19	0,98 – 1,45	,080	0,96	0,81 – 1,13	0,654				
Sosial støtte (avg. 0–5)	0,17	-0,09 – 0,44	0,204	0,13	0,01 – 0,25	0,028	0,63	0,37 – 1,03	,068	0,81	0,48 – 1,32	0,410				
Skeiv (Ja)	-0,06	-0,51 – 0,40	0,795	0,00	-0,20 – 0,20	0,965	0,76	0,29 – 2,00	,575	1,17	0,50 – 2,74	0,718				
Kjønn	0,44	0,02 – 0,87	0,041	0,34	0,15 – 0,52	<0,001	0,99	0,41 – 2,41	,979	1,38	0,64 – 2,98	0,406				
Alder	0,02	0,00 – 0,04	0,016	-0,01	-0,01 – 0,00	0,200	0,98	0,95 – 1,02	,419	0,94	0,91 – 0,97	<0,001				
Utdanning	0,06	-0,34 – 0,47	0,757	0,04	-0,14 – 0,22	0,632	0,63	0,28 – 1,42	,266	1,28	0,61 – 2,65	0,515				
Observations		217			217			215			217					
R ² / R ² adj.		0,446 / 0,410			0,617 / 0,593			0,304			0,141					

25. juni-studien: Erfaringer, behov og beredskap etter terroren i Oslo 2022

Terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022 var et angrep på samfunnet vårt og våre verdier – og et målrettet angrep på skeive. Tiden etter angrepet har vært krevende for mange av de rammede.

Nesten tre år senere har NKVTS, på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, undersøkt hvordan de berørte har opplevd angrepet og tiden etter. 25. juni-studien bygger på svar fra 229 (38%) av de direkte rammede – og gir en unik innsikt i konsekvensene av terroren.

Funnene viser at mange har klart seg godt, men også at nesten halvparten fortsatt har behov for hjelp og støtte. Én av fire har udekkede hjelpebehov. Posttraumatiske stressreaksjoner, angst, søvnvansker og smerter preger fortsatt hverdagen til mange. I tillegg rapporterer særlig skeive om økt eksponering for hat og hets rettet mot egen identitet – noe som svekker opplevelsen av trygghet og forsterker belastningen.

Rapporten peker på tre sentrale utfordringer for totalberedskap og samfunnssikkerhet:

1. Å sikre nødvendig helsehjelp til rammede med udekkede hjelpebehov nå
2. Å styrke skeive og andre minoriteters vern mot hat og vold
3. Å integrere systematisk psykososial oppfølging i kriseberedskapen fra tidlig fase og over tid

Deltakelsen i 25. juni-studien er en tillitserklæring til samfunnet. De berørtes erfaringer må tas på alvor og brukes aktivt for å styrke samfunnets evne til å beskytte, støtte og lære – nå og i møte med fremtidige kriser og katastrofer.



**Rapporter kan lastes ned
fra www.nkvts.no**

ISSN 0809-9103

ISBN 978-82-8122-192-5 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-193-2 (PDF)

Rapport nr. 2 2025