



**NASJONALT KUNNSKAPSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS**

Oppfølgingen av de som overlevde på Utøya

Erfaringer med tiltakene fra det offentlige
hjelpeapparatet

Skrevet av Lisa Govasli Nilsen, Lise Eilin Stene, Kristin Alve Glad,
Gertrud Sofie Hafstad & Grete Dyb

Rapport nr. 3 2017

NKVTS.NO

Oppfølgingen av de som overlevde på Utøya

Erfaringer med tiltakene fra det offentlige
hjelpesystemet

**Lisa Govasli Nilsen, Lise Eilin Stene, Kristin Alve Glad, Gertrud
Sofie Hafstad & Grete Dyb**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utvikler og formidler kunnskap om vold og traumatisk stress.

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

- vold og overgrep
- katastrofer, terror og stressmestring
- tvungen migrasjon og flyktninghelse

Vi vil bidra med forskning som kan forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene av vold og traumatisk stress. Vår visjon er et bedre liv for berørte av vold og traumer.

NKVTS ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Bak driften av senteret står Barne-, og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, og Justis- og beredskapsdepartementet. Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

ISBN 978-82-8122-114-7 (trykk)

ISBN 978-82-8122-115-4 (PDF)

ISSN 0809-9103

Alle rapporter og notater fra senteret er tilgjengelige i fulltekst på våre hjemmesider www.nkvts.no under “publikasjoner”

Forord

«Den vet best hvor skoen trykker, som har den på» heter det i et gammelt romersk uttrykk. En romer ble klandret av vennene sine for å skille seg fra sin kone – de mente hun var jo både vakker og trofast. Han tok da av seg en sko og rakte den til vennene, spurte om den ikke var både ny og godt sydd og bemerket: «Og likevel kan ingen av dere si hvor den klemmer meg.»

De som bruker helsetjenester etter katastrofer har kunnskap om hva som butter imot og hva som oppleves nyttig. Deres tilbakemeldinger kan bidra til at hjelpen blir mest mulig tilpasset behovet rammede av katastrofer har.

Etter terrorangrepet på Utøya 22. juli 2011 var det stor forståelse for at de som overlevde, de etterlatte og alle familier som ble rammet av angrepet kunne trenge hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Ekstraordinære hjelpetiltak ble derfor iverksatt umiddelbart. I denne rapporten har vi satt fokus på hvordan hjelpen opplevdes for dem som fikk den i tiden etter hendelsen.

Undersøkelsen er en del av Utøya-prosjektet ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og er finansiert gjennom Helsedirektoratet.

Tusen takk til alle som har deltatt i studien og delt sine erfaringer med hjelpeapparatet. Selv om de var i en svært krevende livssituasjon etter katastrofen, har de ønsket å dele disse erfaringene og bidra til mer kunnskap om virkninger katastrofer kan ha. Vi håper vi har tatt vare på deres stemmer på en god måte.

Forfatterne av denne rapporten er Lisa Govasli Nilsen, Lise Eilin Stene, Kristin Alve Glad, Gertrud Sofie Hafstad og Grete Dyb

Grete Dyb

Prosjektleder Utøya-studien

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	6
Summary	7
1 Innledning	9
1.1 Oppfølging og hjelpebehov etter terrorangrep	9
1.2 Helsedirektoratets modeller	12
1.3 Hva vet vi om hjelpen som ble gitt	14
1.4 Problemstillinger	17
2 Data og metode	18
2.1 Datagrunnlag og utvalg	18
2.2 Analyse	19
2.3 Etliske avveininger	20
3 Resultater	22
3.1 Psykososial oppfølging etter Helsedirektoratets modell	23
3.1.1 Kriseteamenes rolle	24
3.1.2 Kontaktpersonen	25
3.1.3 De proaktive hjelpetiltakene: Hvor ofte, hvor intensivt og hvor lenge?	28
3.1.4 Hjelp til familie og pårørende	32
3.1.5 Organiserte samlinger	32
3.2 Fastlege, bedriftslege og legevakt	35
3.2.1 Et proaktivt, fleksibelt og tilgjengelig lavterskeltilbud	36
3.2.2 Relasjonen til legen	36
3.2.3 Et helhetlig tilbud	37
3.3 Psykisk helsehjelp	38
3.3.1 Kontinuitet i hverdagen og «noen å snakke med»	39
3.3.2 Behandlingens form og terapeutens tilnærming	39
3.3.3 Behandlernes erfaring og kompetanse	42
3.3.4 Forventninger til behandlingen	43
3.3.5 Fleksibilitet, tilgjengelighet og proaktivitet	44

3.3.6	Relasjonen til den som skal hjelpe	45
3.3.7	Tidsperspektivet	46
3.3.8	Administrering av tilbudet	48
3.4	Spesialisert somatisk helsehjelp	50
3.4.1	Fysioterapeut	51
3.5	Kommunikasjon mellom ulike instanser	52
4	Diskusjon	54
4.1	Hvorfor var mange fornøyde med oppfølgingen de hadde fått?	54
4.2	Hva fungerte ikke i oppfølgingen?	56
4.3	Kommunikasjon mellom ulike instanser	60
4.4	Styrker og svakheter ved datamateriale og metode	61
5	Konklusjon	63
	Litteratur	64
Vedlegg 1:	Intervjumanual	68
Vedlegg 2:	Instanser og yrkesgrupper	69

Sammendrag

Formålet med denne rapporten var å studere fra et brukerperspektiv hva som kjennetegner god hjelp etter katastrofer og hvorfor hjelp kan oppleves som lite hensiktsmessig eller savnes. I denne undersøkelsen har vi sett på hvordan de som overlevde terrorangrepet på Utøya selv vurderte tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet. Våren 2014 ble 261 overlevende intervjuet om positive og negative erfaringer med oppfølgingen de fikk. Dette kvalitative materialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Vi har delt oppfølgingen fra hjelpeapparatet inn i fire hovedkategorier: (1) psykososial oppfølging etter Helsedirektoratets modell, og oppfølging fra; (2) fastlege, bedriftslege og legevakt; (3) psykisk helsehjelp og (4) spesialisert somatisk helsehjelp.

Den proaktive oppfølgingen, som ble anbefalt av Helsedirektoratet, ser ut til å ha fungert godt i den første fasen etter terrorangrepet de fleste steder, men mange opplevde at tilbudet forsvant for raskt. Flere hadde god nytte av å få utnevnt en kontaktperson i kommunen, men det varierte hvordan dennes rolle ble fortolket lokalt. Når det gjaldt kontakt med fastlegen, ble det fremhevet som positivt at man allerede kjente den som skulle hjelpe. Enkelte opplevde imidlertid at fastlegen ikke oppfattet alvor i situasjonen eller manglet tilstrekkelig kompetanse. Psykisk helsehjelp strekker seg i denne rapporten fra lavterskeltilbud i kommunen til spesialisert psykisk helsevern. Mange ulike behandlingstilnærminger ble benyttet i denne oppfølgingen, og enkelte opplevde behandlingen som lite nyttig fordi hensikten med behandlingsmetoden i liten grad ble kommunisert. Noen opplevde også at behovet for hjelp kom flere måneder eller år etter hendelsen, og da kunne det være vanskelig å komme inn i behandlingsapparatet igjen. Den spesialiserte somatiske helsehjelpen var mange fornøyde med, hovedsakelig fordi de opplevde behandlerne som kompetente, mens misnøyen med dette tilbudet handlet om dårlig relasjon til behandleren.

At hjelperen hadde nødvendig faglig kompetanse og forståelse for situasjonen var en svært viktig faktor for dem som var fornøyde med oppfølgingen de fikk etter katastrofen. I tillegg var det å motta informasjon om målsetning og innhold i oppfølgingen viktig. Undersøkelsen viser at mange opplevde at tilbudet forsvant for raskt, og at oppfølgingen ikke var proaktiv nok.

Summary

The purpose of this report was to investigate from a user perspective, what characterizes useful help following larger catastrophes, but also why help offered sometimes is perceived inexpedient, or insufficient. In this study we have looked at how the survivors of the terror attack on Utøya island, assessed the measures implemented to provide follow-up after the incident. 261 survivors were interviewed in the spring of 2014 about positive and negative experiences with the follow-up they received. This qualitative data material was analyzed using thematic analysis. The help received could be categorized into four main groups: (1) psycho-social support following the model suggested by the Norwegian Directorate of Health; (2) general practitioners (GP), occupational health practitioners, and emergency rooms; (3) psychological health care; and (4) specialized somatic health care.

The proactive outreach recommended by the Directorate of Health, seems to have fulfilled its purpose in the early phase after the terror attack. Many survivors experienced, however, that the services disappeared too quickly. Many found it useful to get a designated contact person in the municipality, but it varied how this person's role was interpreted locally. When it came to the GPs, it was emphasized positively that the helper was someone who already knew the survivor. Some experienced, however, that their GP did not realize the gravity of their situation, or lacked necessary experience. In this report, psychological health care includes both primary and specialized care. Many different treatment methods were utilized when working with the survivors, but some of them reported the treatment to be less useful because the purpose of the treatment method was not well communicated to them. Some reported that their need for help surfaced months or even years after the attack. At that point, entering the health care system could be challenging. Many were satisfied with the specialized somatic health care, mainly because the health care professionals appeared competent, whereas dissatisfaction usually resulted from a bad relation with the health care provider.

Helpers with necessary professional competence and an understanding of the situation were essential for satisfaction. Additionally, it was perceived to be important that information about purpose and content of the follow-up was well communicated. Many experienced that the follow-up did not last long enough and was not sufficiently proactive.

1 Innledning

Den 22. juli 2011 ble ungdom som var samlet på Arbeiderpartiets ungdomsfylkings sommerleir på Utøya utsatt for det alvorligste terrorangrepet i Norge i fredstid. I om lag en og en halv time ble ungdommene jaget rundt på øya av en terrorist ikledd politiuniform. Av de 564 menneskene som befant seg på øya under angrepet ble 69 drept og mange fysisk skadd, hvorav 35 ble innlagt på sykehus med betydelige skader (Bugge et al., 2015). De som overlevde var høyt eksponert under angrepet, for eksempel ved at de hørte skudd, ble skutt på selv, eller så døde og skadde (Dyb et al., 2014). I tillegg var de unge mennesker, de var utvalgte mål for angrepet, og mange opplevde å miste venner eller familiemedlemmer (Stene & Dyb, 2016). Det tok over tre timer fra angrepet startet til alle de som overlevde var i sikkerhet (Helsedirektoratet, 2011b).

1.1 Oppfølging og hjelpebehov etter terrorangrep

Berørte etter terrorangrep og andre menneskeskapte katastrofer vil ofte ha behov for tverrfaglig oppfølging. Overlevende etter slike hendelser har forhøyet risiko for å utvikle post-traumatiske stressreaksjoner etter katastrofen (Dyb & Stensland, 2016; Nader, Pynoos, Fairbanks, & Frederick, 1990; Neria, Nandi, & Galea, 2008; Whalley & Brewin, 2007). Terrorangrep kan også medføre somatiske plager og atferdsendringer, og ha stor innvirkning på direkte berørte (Dyb & Stensland, 2016). Videre kan intensjonelle, menneskeskapte katastrofer også medføre ytterligere belastninger, sammenlignet med for eksempel naturkatastrofer, i tilknytning til etterforskning og rettsak (Pfefferbaum, North, Flynn, Norris, & DeMartino, 2002). Dette kan bidra til forlenget behov for støtte. Det behøves imidlertid mer kunnskap om hvordan oppfølgingen best kan organiseres, samt hva slags hjelp det er størst behov for.

Retningslinjer for oppfølging etter katastrofer

Det finnes ulike retningslinjer som beskriver hvordan man best kan møte mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Da det fremdeles er begrenset med

forskningsbasert kunnskap på dette området, er disse retningslinjene basert på klinisk kunnskap, i tillegg til det som finnes av forskning.

Med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap, har Hobfoll et al. (2007) foreslått fem prinsipper som de mener bør være retningsgivende i oppfølgingsarbeidet etter større katastrofer. I etterkant av slike hendelser anbefales det å «(1) fremme en opplevelse av trygghet; (2) bidra til å berolige de berørte; (3) styrke deres tro på egen mestringsevne og på kollektiv mestringsevne; (4) fremme tilknytning til andre i sosiale nettverk; og (5) gi håp» (Hobfoll et al., 2007, s. 285-286, egen oversettelse). Fordi katastrofer er forskjellige, påpekes det imidlertid at oppfølgingsstrategier alltid må tilpasses den lokale konteksten.

I USA har *The National Child Traumatic Stress Network*, i samarbeid med *The National Center for Posttraumatic Stress Disorder*, utviklet retningslinjer for hvordan helsepersonell bør agere i tiden rett etter katastrofer og terrorangrep, såkalt psykologisk førstehjelp (Brymer et al., 2006; Vernberg et al., 2008)¹. Disse retningslinjene omfatter åtte kjernetiltak som overlapper noe med anbefalingene fra Hobfoll et al. (2007), men som er noe mer konkrete, ved at de for eksempel anbefaler å opprette kontakt og engasjement, innhente informasjon om hvilke behov og problemer de berørte har, gi praktisk hjelp, og koble dem til samarbeidende tjenester. I likhet med Hobfoll og kollegaer anbefaler også Brymer et al. (2006) at man bidrar til trygghet og omsorg, stabiliserer de berørte, oppretter kontakt med kilder til sosial støtte og gir informasjon om mestring.

Videre etterfølges retningslinjene for psykologisk førstehjelp av en ekstra protokoll kalt *Skills for Psychological Recovery* (SPR), som består av sju kjernetiltak (Vernberg et al., 2008). Disse overlapper også noe med det foregående, men er ment som retningslinjer for arbeidet etter at perioden for psykologisk førstehjelp er over. Her anbefales det at man starter med å samle informasjon og prioritere hvem som vil ha behov for assistanse. Videre er tanken at man skal gi informasjon om mestring, for å kunne gi de berørte evner til problemløsning, positiv tenkning og til å håndtere stressreaksjoner. Til slutt anbefales det også at det oppmuntres til å delta i positive aktiviteter og til å søke sosial støtte.

The European Network for Traumatic Stress (TENTS) anbefaler såkalt «stepped care» etter større traumatiske hendelser (Bisson et al., 2010). Dette er i tråd med det

¹ Norsk oversettelse av Brymer et al. (2006) ved NKVTS: <http://rvtsost.no/app/uploads/2013/03/Psykologisk-forstehjelp-norsk.pdf>

man på norsk kaller LEON²-prinsippet (Helsedirektoratet, 2011d) som «*innebærer å gi det første hjelpetilbudet på lavest mulig nivå (..), for så å trappe opp – eller ned – når kriteriene tilsier dette. Slik kan man sikre at den mest kostnadseffektive og minst intensive behandlingen gis først*» (Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2008, s. 585). *Stepped care* tilsier altså at psykologisk behandling ikke nødvendigvis bør tilbys alle berørte etter større katastrofer, men at man heller skal evaluere hvem som vil ha behov for behandling. Videre blir det fremhevet at psykoedukasjon, altså informasjon om vanlige reaksjoner og verktøy for å håndtere disse, er nyttig for mennesker som har opplevd en potensielt traumatiserende hendelse. At de direkte berørte har et sosialt støttenettverk rundt seg, som kan bidra til naturlig tilheling, blir også ansett som viktig. Ifølge TENTS' retningslinjer bør man altså ikke tilby en universell oppfølgingsstrategi, men heller få oversikt over hvem de berørte er, for å kunne avdekke hvem som står i fare for å utvikle symptomer (Bisson et al., 2010).

Hvordan nå ut til alle berørte

Å nå ut til alle berørte er en stor utfordring i oppfølgingsarbeidet etter terrorangrep og andre katastrofer. Fra tidligere hendelser vet vi at ikke alle berørte nødvendigvis får den hjelpen de har behov for, blant annet fordi de selv ikke oppsøker hjelp (se for eksempel Fairbrother, Stuber, Galea, Pfefferbaum, & Fleischman, 2004; Koplewicz, Cloitre, Reyes, & Kessler, 2004; Schwarz & Kowalski, 1992; Whalley & Brewin, 2007). I sin forskning på overlevende etter en skoleskyting, fant for eksempel Schwarz og Kowalski (1992) at de berørte vegret seg for å oppsøke psykologisk hjelp, til tross for at de vurderte hjelpen de hadde fått fra helsevesenet i de første ukene etter hendelsen som nyttig. Wang et al. (2005) har også funnet at det kan ta tid for mennesker å oppsøke hjelp etter at en psykisk lidelse har inntrådt.

Videre har forskning vist at flere vegrer seg for å kontakte hjelpeapparatet dersom det har gått lang tid siden den aktuelle hendelsen. Ved å følge de berørte over en 18 måneder lang periode, fant for eksempel Schwarz og Kowalski (1992) at motviljen mot å søke hjelp økte desto lengre tid det var gått siden hendelsen. De mener at det å unnlate å søke hjelp kan være en strategi for å unngå å bli minnet om hendelsen, eller å oppleve at den har satt spor som må behandles. Det vil derfor være nyttig med tilgjengelig helsepersonell, som de berørte opplever at det er lav terskel for å kontakte og som kan lede de som eventuelt måtte ha behov, videre i systemet (Schwarz & Kowalski, 1992). For å nå ut til så mange som mulig kan det også være fordelaktig at hjelpere oppsøker de berørte på ulike arenaer, for eksempel i hjemmet eller på ulike møter eller samlinger for berørte (Call & Pfefferbaum, 1999). I tillegg

² Lavest Effektive OmsorgsNivå

kan det være nyttig å sende informasjon til berørte om traumer, da man har sett at de ofte ikke vet hvilken hjelp de kan forvente å få (Brewin et al., 2010). At hjelpeapparatet arbeider proaktivt er også viktig, fordi det kan oppleves som utfordrende for de berørte å selv skulle avgjøre hvilken hjelp de trenger og hvem de bør kontakte (Brewin et al., 2010; Glad, Jensen, Nygaard, Dyb, & Hafstad, 2009).

I tillegg til å ha et tilgjengelig og proaktivt hjelpeapparat, kan ulike screeningverktøy være nyttige for å fange opp dem som har behov for hjelp. Disse instrumentene bør imidlertid være enkle å administrere, da de ved store hendelser gjerne skal benyttes av personell med ulike yrkesbakgrunner og på et stort antall berørte (Brewin, 2005). Whalley og Brewin (2007) foreslår en såkalt 'screen and treat'-respons etter terrorangrep, for å forsikre seg om at man når ut til alle med hjelpebehov. Dette innebærer at fokuset for oppfølgingen er å identifisere de direkte berørte og vurdere hjelpebehovet deres over tid, for deretter å kunne gi behandling til de som trenger det.

Etter tidligere katastrofer har ulike former for støtte i grupper blitt forsøkt som en del av oppfølgingen av de berørte, men det finnes begrenset med kunnskap om effekten av slike grupper, blant annet om de bidrar til å redusere risikoen for PTSD (Michel, 2014; NOU 2012:14, 2012). Man har imidlertid sett at fleksibilitet er viktig i arbeidet med disse gruppene, slik at man kan tilpasse form og innhold til deltakerne, og også opprette separate samlinger for ulike grupper av berørte, som for eksempel overlevende og etterlatte (Call & Pfefferbaum, 1999).

1.2 Helsedirektoratets modeller

I etterkant av terrorangrepene 22. juli 2011, satte Helsedirektoratet sammen en ekspertgruppe som utarbeidet forslag til hjelpetiltak etter katastrofen. Anbefalingene ble lagt frem i et bredt sammensatt samarbeidsorgan og Helsedirektoratet vedtok planen som ble sendt ut til alle fylkesmenn for implementering i kommunene. Rammede fra Regjeringskvartalet som var ansatt i et departement, skulle primært følges opp gjennom en arbeidsgiver/HMS-modell, mens andre berørte som befant seg i området rundt Regjeringskvartalet, samt de berørte fra Utøya skulle følges opp gjennom den såkalte kommunemodellen (Helsedirektoratet, 2011c). De som overlevde terrorangrepet kom fra alle deler av Norge og kommunemodellen måtte derfor implementeres i et stort antall norske kommuner. Disse kommunene ligger i alle fem landsdeler (Haga, Stene, Wentzel-Larsen, Thoresen, & Dyb, 2015).

En utfordring ved utvikling av modeller for oppfølging etter store katastrofer er at man på den ene siden bør fokusere på naturlig tilheling og unngå et diagnosefokus. På den andre siden må man forsikre seg om at de som faktisk har behov for hjelp blir fanget opp (Brewin et al., 2008). Dette dilemmaet ble også problematisert i modellen fra Helsedirektoratet, hvor man påpekte at et overdrevent fokus på «*symptomer og plager*» kunne oppleves negativt for de berørte. Samtidig ble det vist til at det er viktig å fange opp slike symptomer og plager, da tidligere studier har funnet barrierer for å oppsøke hjelp (Helsedirektoratet, 2011b).

Tidligere forskning har vist at berørte etter terrorangrep og andre store katastrofer ofte kan vegre seg for å søke hjelp (se for eksempel Schwarz & Kowalski, 1992). Helsedirektoratet la derfor opp til en proaktiv oppfølgingsmodell hvor hjelpen skulle være oppsøkende (Helsedirektoratet, 2011c). Samtidig ble det ansett som viktig at hjelpeapparatet nådde ut til de berørte så tidlig som mulig, samt at hjelpen var kontinuerlig, og at spesielt de unge berørte hadde stabile hjelpepersoner de kunne forholde seg til over tid (Helsedirektoratet, 2011b, 2011c, 2015). For å oppnå dette var utstrakt bruk av kriseteamene i kommunene i den første fasen et viktig aspekt ved Helsedirektoratets modell. Dette fordi disse kunne mobiliseres på kort varsel og ofte hadde eksisterende infrastruktur for, og erfaring med, å arbeide proaktivt opp mot familier som hadde opplevd ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2011b). Helsedirektoratet valgte altså å forankre modellen i eksisterende strukturer i helse- og omsorgstjenesten fordi disse var velutviklede og kompetente. Videre skulle alle berørte få oppnevnt en kontaktperson for å sikre at de fikk den hjelpen de hadde behov for, at hjelpen var kontinuerlig, og at ungdommene hadde én person å forholde seg til. Det ble anbefalt at kontaktpersonen skulle ta kontakt raskt og at vedkommende skulle foreslå personlig møte med ungdommen (Helsedirektoratet, 2011b).

En sentral oppgave for kontaktpersonen var å gi informasjon til de berørte om tilgjengelige hjelpetiltak. Videre ble det anbefalt at kontaktpersonene skulle gjennomføre minst tre kartlegginger av de som hadde overlevd på Utøya i løpet av det første året etter hendelsen, ved 5-6 uker, 3 måneder og 12 måneder etter terrorangrepet (Helsedirektoratet, 2011c, 2011e). Dette skulle gjøres for å fange opp behov for videre hjelp. Dersom kontaktpersonen selv ikke var helsepersonell, skulle vedkommende sørge for at andre gjennomførte den anbefalte kartleggingen.

Det ble det anbefalt at kommunene fulgte opp i minst ett år (Helsedirektoratet, 2011c). I utgangspunktet skulle hyppigheten i kontakten med hjelpeapparatet avta med tiden, men det ble tatt høyde for at individuell tilpasning ville være nødvendig

(Helsedirektoratet, 2011b). Det ble anbefalt at hjelpeapparatet fokuserte på stabilisering, praktisk hjelp og støtte (Helsedirektoratet, 2011c).

1.3 Hva vet vi om hjelpen som ble gitt

Slik det fremgår av kapittel 1.2 fikk kommunene ansvaret for den psykososiale oppfølgingen av de berørte etter terroranslaget på Utøya. Forslagene i modellen var imidlertid bare anbefalinger og det har vist seg at det var variasjon og geografiske forskjeller i hjelpen som ble ytt (Helsedirektoratet, 2011a; NOU 2012:14, 2012; Wiström, Stene, & Dyb, 2016). I Utøya-studien ved NKVTS har vi blant annet sett på hvilken hjelp de overlevende og deres foreldre oppgir å ha fått og hvor fornøyde de har vært med denne. Agenda Kaupang (2016) har gjennomført en evaluering av den psykososiale oppfølgingen etter oppdrag på anbud fra Helsedirektoratet, og har innhentet informasjon om hvordan kommunemodellen fungerte i praksis både fra berørte³, fra utvalgte kommuner og fra relevante nasjonale aktører som for eksempel Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og RVTS. På bakgrunn av funn fra blant annet disse to prosjektene vet vi allerede en del om hjelpen som ble gitt etter terroranslaget.

I vår studie⁴ fant Wiström et al. (2016) at andelen overlevende som oppga at de hadde blitt kontaktet av kriseteamet tidlig og fått utdelt en kontaktperson, var lavere i Oslo enn i landet for øvrig. (Wiström et al., 2016). Videre var det forskjeller mellom kommunene i hvordan retningslinjene fra Helsedirektoratet ble fortolket, blant annet når det gjaldt hva som skulle være kontaktpersonens rolle og hvor oppsøkende man skulle være i det proaktive arbeidet (Agenda Kaupang, 2016). Det har for eksempel vært ulik praksis for hvor forpliktende avtaler kommunene har gjort med de berørte. Det har også vært variasjon i hvordan de som flyttet ble fulgt opp i sin nye kommune.

I en kartlegging gjennomført høsten 2011, av hvordan kommunene selv vurderte hjelpen som ble ytt etter terrorangrepet, fremkom det at alle berørte som ønsket det hadde fått tilbud om kontaktperson (Helsedirektoratet, 2011a). Ifølge Agenda Kaupang (2016) oppga også alle kommunene de intervjuet, at samtlige av de som overlevde på Utøya hadde blitt tilbudt en kontaktperson. Samtidig svarte imidlertid enkelte berørte fra de samme kommunene at de *ikke* hadde fått tilbud om

³ Overlevende, etterlatte, pårørende og andre berørte (for eksempel venner, frivillige hjelpere og kollegaer).

⁴ For mer informasjon om Utøya-studien ved NKVTS vises det til kapittel 2.1 i denne rapporten.

kontaktperson. I NKVTS' studie oppga også en av seks av de som overlevde på Utøya at de ikke hadde en kontaktperson de første 4-5 månedene etter terrorangrepet. Videre oppga cirka halvparten at de ikke hadde kontakt med en kontaktperson i tiden fem til 15 måneder etter hendelsen (Stene & Dyb, 2015). I sin evaluering av oppfølgingen fant Agenda Kaupang (2016) en sammenheng mellom det å ha fått tilbud om kontaktperson og det å være fornøyd med oppfølgingen man fikk etter terrorangrepet.

En stor andel av de som overlevde fikk oppfølging av helsevesenet i en lengre periode etter terrorangrepet. 95 % av deltakerne i vår studie oppga at de hadde kontakt med helsetjenesten i perioden fem til 15 måneder etter hendelsen, hvorav ni av ti med primærhelsetjenesten og to av tre med spesialisthelsetjenesten (Stene & Dyb, 2015). To og et halvt år etter terroranslaget oppga 16,5 % av deltakerne i studien at de i stor eller svært stor grad hadde behov for hjelp med å håndtere psykiske reaksjoner (Stene, Wentzel-Larsen, & Dyb, 2016). Dette illustrerer omfanget av hjelpebehovet etter terroranslagene.

I tillegg til den individuelle oppfølgingen som mange av de som overlevde på Utøya fikk, ble det også arrangert nasjonale og regionale samlinger i regi av Helsedirektoratet, i tillegg til samlinger av ungdommene på lokalt plan. Det faglige innholdet på de regionale samlingene, som ble gjennomført fylkesvis, var i regi av RVTS⁵, RBUP⁶ og RKBU⁷ (NOU 2012:14, 2012).

Det ble avdekket store variasjoner når det gjaldt hvor tilfredse de som overlevde, etterlatte og andre rammede var med hjelpen de fikk i kommunene og fra helsetjenesten (Agenda Kaupang, 2016; Stene et al., 2016). I tillegg til at det å ha fått tilbud om kontaktperson var sentralt for hvor fornøyde de berørte var med den hjelpen de hadde fått, var andre viktige faktorer hvorvidt man ble tilbudt hjelp kort tid etter hendelsen, hvorvidt man flyttet, i hvilken grad konkrete avtaler om oppfølging ble gjort og om det fantes et individ- og familiefokus fra starten av (Agenda Kaupang, 2016). Å oppleve helsevesenet som dårlig organisert og lite tilgjengelig var faktorer som virket å være særlig forbundet med mer misnøye med hjelpen man hadde fått (Stene et al., 2016).

I vår studie oppga 20,4 % av de som overlevde på Utøya å ha hatt behov for mer hjelp med psykiske reaksjoner enn det de hadde fått fra det offentlige (Stene et al., 2016). Tilsvarende svarte 34,6 % at de hadde fått *mer* hjelp fra hjelpeapparatet enn

⁵ Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

⁶ Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

⁷ Regionalt kunnskapssenter for barn og unge

de hadde hatt behov for. Agenda Kaupang (2016) fant at 63 % av de berørte⁸ etter terrorangrepet på Utøya hadde savnet hjelp. Den største andelen av disse savnet mer oppfølging fra psykolog eller psykiater (Agenda Kaupang, 2016). Hyppigere oppfølging og et lengre tidsperspektiv for hjelpen ble også etterlyst, i tillegg til oppfølging av søsken, samtalegrupper og praktisk hjelp i hjemmet (Agenda Kaupang, 2016). I en studie av de overlevendes foreldre fant også Glad, Jensen og Dyb (2014) at foreldrene savnet mer proaktiv og vedvarende oppfølging; tilbud om samtale med profesjonelle; bedre kvalitet på den psykiske helsehjelpen; bedre oppfølging fra skole/arbeidsplass; praktisk oppfølging; og flere samlinger. På spørsmål om hva de skulle ønske var annerledes med den bistanden som ble tilbudt svarte den største gruppen av berørte i Agenda Kaupang (2016) sin evaluering at de ønsket mer initiativ og proaktivitet fra hjelpeapparatets side. Videre ble familieperspektivet fremhevet ved at mange ønsket seg mer bistand til de berørtes familie. Vi fant også at foreldre i familier med innvandrerbakgrunn og foreldre som ikke bodde sammen, i større grad har falt utenfor den proaktive oppfølgingen (Haga et al., 2015). Det har blitt funnet sammenheng mellom det å ha umøtte hjelpebehov og for eksempel post-traumatiske stressymptomer og somatiske symptomer (Stene et al., 2016).

Hjelp til somatiske helseplager

En av seks overlevende i Utøya-studien ved NKVTS oppga at de hadde opplevd behov for oppfølging av kroppslige skader eller somatiske plager som følge av terrorangrepet (Stene et al., 2016). Både Oslo universitetssykehus og Ringerike sykehus ser ut til å ha fungert svært godt med tanke på tilgjengelig personell, organisering av arbeidet og kvaliteten på behandlingen som ble gitt etter terrorangrepet (Gaarder et al., 2012; NOU 2012:14, 2012). Når det gjaldt den psykososiale oppfølgingen for sykehusinnlagte, ble det på Ullevål sykehus opprettet et støtteteam for hver pasient med pårørende, som var sammensatt av blant annet psykologer, sykepleiere, psykiatere og rådgivere (NOU 2012:14, 2012). Disse var i drift fra mandag 25. juli og arbeidet i omtrent fire uker (NOU 2012:14, 2012).

I Utøya-studien ved NKVTS kommer det også frem at de skadde som ble innlagt på sykehus etter hendelsen, opplevde å ha fått tilstrekkelig hjelp for sine somatiske helseplager, noe som peker på en god oppfølging av alvorlig skadde (Stene et al., 2016). Samtidig oppgir mer enn en tredjedel av de som *ikke* ble sykehusinnlagt, at de hadde udekkede hjelpebehov for fysiske eller kroppslige plager. Informanter med en annen etnisk bakgrunn enn norsk rapporterte også oftere umøtte hjelpebehov for

⁸ Det er viktig å merke seg at denne undersøkelsen ikke skiller mellom de som overlevde terrorangrepet og andre berørte.

fysiske plager (Stene et al., 2016). Totalt sett oppga 14,3 % av de overlevende i vår undersøkelse at de hadde fått mindre hjelp fra helsevesenet enn det de hadde hatt behov for, når det gjaldt fysiske skader og plager (Stene et al., 2016). På den andre siden oppga 16,2 % at de hadde fått mer oppfølging enn de hadde hatt behov for.

1.4 Problemstillinger

Det er fremdeles begrenset med forskning og kunnskap om hjelpebehovene etter terrorangrep (Pfefferbaum, Noffsinger, Sherrieb, & Norris, 2012). Hvorvidt hjelpen som blir tilbudt er tilstrekkelig, kan imidlertid ikke evalueres ved kun å se på om de berørte har fått tilgang til og/eller benyttet seg av ulike helse- og støttetjenester, da dette ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på de tjenestene som blir tilbudt. En mulig innfallsvinkel for å vurdere kvaliteten er imidlertid å se på de berørtes egne erfaringer med hjelpeapparatet, altså brukerperspektivet. Slike brukererfaringer gir innblikk i subjektive opplevelser av å motta hjelp og er et viktig utgangspunkt når man skal utvikle kunnskap om hva det innebærer å være berørt, hvilken hjelp man har behov for og hvordan det oppleves å motta denne hjelpen (Westerlund, 2012). Fordi brukeres erfaringer er subjektive er det ikke et formål å frembringe et universelt brukerperspektiv på en gitt tjeneste, men heller fremstille mangfoldet av brukererfaringer. En kvalitativ studie, hvor informantene får mulighet til å beskrive med egne ord hvilken hjelp som har vært nyttig og hva som ikke har fungert, kan derfor bidra til å belyse dette temaet. På bakgrunn av det foregående har vi i arbeidet med denne rapporten undersøkt følgende problemstillinger:

1. Hva kjennetegnet hjelpen som de som overlevde på Utøya opplevde som nyttig i perioden etter terrorangrepet?
2. Hva kjennetegnet hjelpen som de som overlevde på Utøya ikke opplevde som nyttig?
3. Hvilken hjelp savnet de som overlevde?

Ved å svare på disse problemstillingene kan denne rapporten bidra med nyttig informasjon om hva som kjennetegner god hjelp og gode hjelpere etter større menneskeskapte katastrofer. Videre vil den gi mer spesifikt innblikk i oppfølgingen av unge mennesker etter slike hendelser.

2 Data og metode

Formålet med denne rapporten var å undersøke hvilken hjelp og hvilke hjelpere de som overlevde terrorangrepet på Utøya opplevde som støttende i perioden etter hendelsen, samt hvilken hjelp de ikke opplevde som nyttig og om det var oppfølging de savnet. En kvalitativ undersøkelse, hvor informantene får mulighet til å fortelle fritt om sine erfaringer og tanker, er godt egnet til å undersøke slike spørsmål, da denne fremgangsmåten vil kunne belyse både bredde og dybde i et fenomen.

Dette kapitlet vil introdusere datagrunnlaget som rapporten er basert på, samt metoden som ble benyttet i arbeidet med dette prosjektet. Til sist vil vi også kort redegjøre for noen av de etiske avveiningene som var sentrale i arbeidet med denne studien.

2.1 Datagrunnlag og utvalg

Datamaterialet som denne rapporten bygger på, ble samlet inn som en del av forskningsprosjektet «Terrorangrepet. Opplevelser og reaksjoner hos de som overlevde på Utøya». Dette er en longitudinell studie som følger de som overlevde over tid for å kunne se på hvilke følger hendelsen har hatt for dem, samt hvilken hjelp og oppfølging de har hatt behov for og nytte av. Av de som ifølge politiets lister var til stede på Utøya under terrorangrepet ble samtlige invitert til å delta i studien, med unntak av fire personer som var under 13 år i 2011, samt en som var i utlandet og utilgjengelig for intervju. Totalt ble 490 personer invitert til å delta i studien. Vi har så langt intervjuet de som overlevde på Utøya tre ganger: høsten 2011, høsten 2012 og våren 2014. For mer informasjon om rekrutteringsprosessen og utvalget i Utøya-studien ved NKVTS, se Stene og Dyb (2016).

Datagrunnlaget for denne rapporten er 261 intervjuer med overlevende, som ble innhentet i tredje intervjurunde, altså nesten tre år etter hendelsen. Disse intervjuene besto av en kombinasjon av åpne og lukkede spørsmål som dekket en rekke temaområder og omtrent 70 intervjuere fra hele landet var engasjert i arbeidet. Alle informantene ble intervjuet ansikt til ansikt, enten i eget hjem, eller på et kontor eller annet sted, som de selv hadde valgt. Deltakerne i tredje intervjurunde var i

gjennomsnitt 19,5 år under sommerleiren på Utøya i 2011 og aldersspredningen var fra 13 til 56 år (SD 4,76). Kjønnfordelingen var jevn, med 52 % menn og 48 % kvinner. For mer informasjon om Utøya-studien ved NKVTS vises det til prosjektets hjemmesider⁹.

Når det gjelder den konkrete informasjonen som ligger til grunn for denne rapporten, ble informantene først forklart at vi ønsket å vite hvordan hver enkelt hadde opplevd oppfølgingen fra det offentlige hjelpeapparatet i tiden som hadde gått mellom hendelsen på Utøya og intervjudtidspunktet. Videre ble de bedt om å fortelle om hjelp de syntes hadde vært nyttig, samt noe de ikke syntes fungerte så godt i oppfølgingen. Intervjuerne oppfordret til refleksjon omkring disse åpne spørsmålene og resultatet ble 449 sider med transkriberte intervjuer. Kopi av aktuelle spørsmål fra intervjumanualen finnes i Vedlegg 1.

2.2 Analyse

Det kvalitative datamaterialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Dette er en analysemetode hvor formålet er å identifisere og deretter analysere temaer eller mønstre i kvalitative data. I analysen ser man dermed etter sentrale vendinger eller meninger i materialet som fanger meningsinnhold (Braun & Clarke, 2006). Analysen var induktiv, noe som betyr at kodingen av materialet ikke var styrt av tidligere definerte teorier, men at man heller tok utgangspunkt i hvilke temaer som fremsto som fremtredende i datamaterialet.

I arbeidet med analysen ble analyseverktøyet NVivo 10 benyttet, da dette er godt egnet til å systematisere et stort datamateriale. Materialet var omfattende og ble i første omgang sortert under 16 koder, som igjen var delt inn i 59 underkoder. Kodeskjemaet som ble benyttet under analysen ble utviklet av en av forfatterne etter flere gangers nøye gjennomlesning av rådata. Dette ble så diskutert gjentatte ganger i prosjektgruppen, for å sikre at kodene dekket materialet på en adekvat måte. Fordi de som overlevde på Utøya har fått oppfølging fra en rekke ulike instanser, ble det ansett som meningsfylt å skille ulike instanser fra hverandre i den første kodingen av materialet. Hver instans ble dermed en egen kode, som igjen hadde fire til fem underkoder, for eksempel konkrete eksempler på hjelpen fra den aktuelle instansen eller positive erfaringer med denne instansen. I tillegg var det allerede i første runde

⁹ <https://www.nkvts.no/prosjekt/terrorangrepet-opplevelser-og-reaksjoner-hos-de-som-overlevde-pa-utoya/>

av analysen enkelte temaer som kom tydelig frem i materialet og som dermed utgjorde egne koder. Et eksempel på dette var «Tidsperspektivet på hjelpen».

Da hele materialet var gjennomgått ble hver enkelt kode analysert og satt i sammenheng med hverandre, for å se etter overordnede temaer i materialet. Gitt at disse temaene er kvalitative, var det ikke nødvendigvis et mål å se på hva som ble gjentatt *oftest* i datamaterialet. I stedet ble alle ytringer tillagt like mye vekt (som anbefalt av Fereday & Muir-Cochrane, 2006). I henhold til Braun og Clarke (2006) sine anbefalinger ble det avgjort hvilke temaer som var sentrale ved å se om de fanget en essensiell mening opp mot forskningsspørsmålene. I og med at forskningsspørsmålene var fokusert på henholdsvis positive og negative erfaringer med oppfølgingen fra det offentlige, ble denne dikotomien og temaer knyttet til denne sentral i analysene. Slik det ofte er tilfellet i kvalitative analyseprosesser, ble det arbeidet refleksivt med analysene, altså en kontinuerlig bevegelse mellom rådata, kodede data og skriveprosessen (Braun & Clarke, 2006). De transkriberte intervjuene, samt de originale kodene, ble brukt aktivt under hele skriveprosessen for å forsikre at de temaene som blir presentert i resultatkapitlet gjenspeiler datamaterialet og er forankret i forskningsspørsmålet.

2.3 Etiske avveininger

All forskning som omhandler mennesker må forholde seg til etiske regler og avveininger. Informantene i Utøya-studien var unge mennesker som hadde opplevd en meget dramatisk og potensielt traumatiserende hendelse. På grunn av dette måtte man gjennom hele prosjektets gang, inkludert datainnsamling, analyse og publisering av resultater, veie verdien av kunnskapen prosjektet kan fremskaffe opp mot den eventuelle belastningen det kan være for de berørte å delta i forskningsprosjektet og å oppleve at resultatene blir publisert (Dyb, Glad, & Hafstad, 2016). For mer informasjon om de etiske avveiningene og konkrete grepene som ble gjort i forkant av og under gjennomføringen av Utøya-studien, vises det til Dyb et al. (2016).

Et forskningsetisk tema som er særlig sentralt i kvalitative studier, der datagrunnlaget består av sitater, er imidlertid anonymisering av informantene. Avslutningsvis i dette kapitlet vil det derfor kort diskuteres hvordan informantenes anonymitet ble sikret i arbeidet med dette prosjektet. Fordi de som overlevde terrorangrepet på Utøya er en eksponert gruppe i Norge, for eksempel gjennom media, kan de potensielt være lettere å identifisere enn andre informantgrupper. Dette må tas hensyn til i

fremstillingen av resultatene, samtidig som man på den andre siden må forsikre seg om at det tydelig kommer frem hvilke data den kvalitative studien baserer sine slutninger på. For å oppnå sistnevnte vil flere sitater presenteres i fremstillingen av prosjektets resultater. For å bevare informantenes anonymitet er imidlertid all informasjon som potensielt kan være identifiserende fjernet fra, eller endret i, sitatene. Dette inkluderer for eksempel informantenes kjønn, alder, referanser til person- og stedsnavn. For øvrig kan det bemerkes at Utøya-studien ved NKVTS er godkjent av Regional komité for forskningsetikk (REK), noe som forutsetter at innhenting, oppbevaring og publisering av data følger gjeldende regler.

3 Resultater

Flere som tok kontakt. Kriseteamet var veldig nyttig. Fastlegen var greit. Og psykologen ble litt 'overkill'. For min del.

En rekke ulike instanser og yrkesgrupper var involvert i oppfølgingsarbeidet i etterkant av terrorangrepene 22. juli 2011. Disse befant seg innenfor fire hovedgrupper: (1) psykososial oppfølging etter Helsedirektoratets modell; (2) fastlege og legevakt; (3) psykisk helsehjelp; og (4) spesialisert somatisk helsehjelp¹⁰. Det er sentralt å merke seg at denne kategoriseringen har blitt gjort med utgangspunkt i hva informantene selv har fortalt, og at det varierer hvorvidt de plasserer yrkesgruppene de omtaler innenfor kommunal- eller spesialisthelsetjenesten, eller om de omtaler dem mer generelt.

Innenfor rammene av denne rapporten har det kun vært mulig å fokusere på erfaringer med oppfølgingen fra helsevesenet og hjelpeapparatet. Det må likevel understrekes at andre instanser også har spilt til dels sentrale roller i oppfølgingsarbeidet etter terroranslaget. Flere av informantene kom inn på hjelp og bistand de hadde mottatt fra instanser eller yrkesgrupper som ikke passer inn under det tradisjonelle psykososiale eller somatiske hjelpeapparatet. Eksempler kan være oppfølging gjennom skolen, fra tros- og livssynsorganisasjoner, eller fra instanser som NAV eller Statens Lånekasse. Videre fortalte også mange om støtte og hjelp fra familie og venner, Støttegruppen etter 22. juli-hendelsene, Arbeiderpartiet, AUF eller organisasjon de var tilknyttet under oppholdet på Utøya. Dette har vært svært sentral og viktig støtte og oppfølging for mange, men vil ikke kunne dekkes innenfor rammene av denne rapporten.

¹⁰ For en oversikt over instansene som inngår i hver gruppe vises det til Vedlegg 2.

3.1 Psykososial oppfølging etter Helsedirektoratets modell

Og jeg tror egentlig ikke det finnes så veldig mange andre måter å gjøre det på heller, enn å tilby det man har av psykologer, og prester for de som trenger det. Nei, det.. Noen trenger masse oppmerksomhet og mange å snakke med. Mens noen trenger bare å tenke selv..

Som introdusert i kapittel 1.2 anbefalte Helsedirektoratet en oppfølgingsmodell etter terrorangrepet, hvor kommunene fikk hovedansvaret for oppfølgingen av de berørte fra Utøya. De kommunale kriseteamene var sentrale i denne modellen og en anbefaling gikk ut på at alle de som overlevde på Utøya skulle få en kontaktperson, som skulle koordinere hjelpen til hver enkelt. Det var imidlertid variasjoner mellom og innad i kommuner når det gjaldt hvordan modellen fungerte i praksis. Det er også variasjoner når det gjelder hvordan kommunenes kriseberedskap og kriseledelse er organisert. I dette delkapitlet vil vi presentere hvordan denne oppfølgingen opplevdes fra et brukerperspektiv. Det var tydelig for mange av informantene i vår studie at kommunen, eventuelt bydelen, var sentrale i hjelpen de skulle motta og flere snakket derfor om disse fra et overordnet perspektiv i intervjuene, uten at det ble presisert *hvilken instans* i kommunen de hadde vært i kontakt med. Innledningsvis vil derfor informantenes overordnede erfaringer med kommunen fremstilles kort, før vi kommer mer spesifikt inn på kriseteamene og kontaktpersonen.

Best hjelp opplevde ungdommene å få fra kommuner som var fleksible og proaktive. Flexibilitet kom for eksempel til uttrykk ved at kommunen fremsto som «ubyråkratisk», altså at man omgikk regelverk og tilpasset seg den enkeltes behov. På den andre siden ble det trukket frem som negativt dersom kommunen utviste liten fleksibilitet med tanke på når på døgnet man kunne få hjelp, eller at oppfølgingen i liten grad var tilpasset den enkelte. Det ble beskrevet som positivt dersom de berørte ble oppsøkt der de var, at man innkalte til samtale og tok kontakt gjentatte ganger. Proaktiv kontakt som opplevdes personlig ble fremhevet som særlig positiv. Dette kunne for eksempel være i form av at rådmann i kommunen tok kontakt med de som hadde overlevd på Utøya og kommuniserte et personlig ansvar for oppfølgingen. På den andre siden ble det beskrevet som negativt dersom kommunene ikke fulgte opp tilbudene de oppga å ha, eller tok lite kontakt.

Enkelte informanter stilte spørsmål ved kvaliteten på tilbudet i sin hjemkommune. Det ble fortalt om at det ikke ble gjennomført en kartlegging før man ble tildelt psykolog og at taushetsbelagt informasjon ble delt med tredjepart fordi det var flere

overlevende med samme fornavn. Informanter fra små kommuner¹¹ fortalte også om hvordan deres kommune hadde slitt med å få på plass et tilfredsstillende tilbud og at vedkommende som skulle følge opp i noen tilfeller sto den som hadde overlevd for nært, på grunn av små, lokale forhold, til at det følte riktig å benytte vedkommende. Flere informanter mente også at deres hjemkommune hadde latt være å ta i mot ekstra midler fra staten, for å kunne bygge opp et bedre tilbud:

..det er bare det å vite at staten har satt av så mye penger, flere millioner, som ingen kommuner har gått og hentet, nesten. Det, det svir litt, altså, for jeg føler på en måte at vi.. Staten har strukket seg ganske mye for å gi oss den hjelpen, også er det kommunene som ikke vil gå og hente dem.

3.1.1 Kriseteamenes rolle

De kommunale kriseteamene hadde en sentral rolle i oppfølgingen av de som overlevde på Utøya, og mange av ungdommene hadde kontakt med kriseteamet i sin kommune. De som hadde hatt en positiv opplevelse med denne oppfølgingen forteller om kriseteam som var fleksible og proaktive, og som hadde rammer rundt opplegget som passet ungdommene.

De som opplevde kriseteamet som fleksibelt var for eksempel fornøyde med at gruppen besto av ulike faggrupper, og dermed kunne tilby mangfoldig hjelp. Det ble opplevd som positivt at tilbudet ikke fremsto som avgrenset, men at kriseteamet ga hjelp der det var behov, at de opplevdes som «ubyråkratiske» og at de satte i gang tiltak raskt. Det ble også fremhevet som positivt at kriseteamet fungerte som guider inn i det øvrige hjelpeapparatet, og ofte tok på seg en koordinerende rolle og rettet opp feil som ble gjort andre steder i systemet. Flere beskrev kriseteamet som en trygghet og støtte i den første, gjerne kaotiske fasen, rett etter terrorangrepet.

Når det gjelder de som opplevde kriseteamet som proaktivt kunne dette for eksempel komme til uttrykk ved at tilbud ble gjentatt, selv om man takket nei første gang, eller at man ble oppfordret til å ta i mot hjelp når man selv egentlig ikke ønsket det. Det ble oppfattet som at kriseteamet kommuniserte på vegne av kommunen at «noen var der», eller som en informant sa det: «..du ble ikke sittende igjen alene og ikke vite hvor du skulle gjøre av deg». Mange anså det også som positivt at kriseteamene oppsøkte de som hadde overlevd på Utøya der de var, for eksempel hjemme hos dem

¹¹ Informantens egen klassifisering av sin hjemkommune.

selv eller på Sundvollen rett etter angrepet. Enkelte fortalte imidlertid at de hadde opplevd kriseteamet som *for* pågående, ved at de presset for å få informasjon og at de opplevdes som påtrengende. En jente fortalte: *«..jeg følte ikke at de tok helt rollen med liksom, bare være fluer på veggen, da, som jeg kanskje bare følte at vi trengte»*. Videre forteller den samme informanten: *«..de braste liksom inn.. Og så skulle de absolutt stille spørsmål ved hvordan vi følte (...). Nei, det ble veldig rart»*. Av andre ble det nettopp beskrevet som positivt at kriseteamet holdt seg i bakgrunnen, som «fluer på veggen», i motsetning til eksempelet i det foregående.

Som vi tidligere har vært inne på, ble kriseteamet pekt ut til å ha et hovedansvar for den tidlige oppfølgingen av de berørte, blant annet fordi de har erfaring og kompetanse med å hjelpe berørte etter katastrofer og kriser. Flere av våre informanter opplevde imidlertid ikke kriseteamet i sin kommune som kompetent og/eller erfarent nok. Disse fortalte at medlemmene i kriseteamet ikke taklet å stå i situasjonen og at de virket uerfarne med slikt arbeid. Eksempelvis ble det fortalt at medlemmer av kriseteamet begynte å gråte før ungdommene selv gjorde det, noe som opplevdes som en belastning. En informant fortalte: *«Jeg tror hun [medlem i kriseteamet] var nesten like i sjokk som meg. Og det er veldig lov, men (...) jeg tror kanskje ikke hun var klar for å høre min historie»*. En ungdom fortalte også om hvordan medlemmer av kriseteamet hadde presset for mye og for tidlig om at man skulle fortelle om det man hadde opplevd.

3.1.2 Kontaktpersonen

«Bare at hun.. hun var her rett og slett».

De som overlevde på Utøya skulle ifølge modellen fra Helsedirektoratet tildeles en kontaktperson i sin hjemkommune. Vedkommende spilte en viktig rolle som koordinator i oppfølgingsarbeidet. Det ble fremhevet av flere av informantene at det var nyttig å ha én person å forholde seg til, som tok ansvar og ryddet opp. På den måten opplevde også noen at de slapp å være en del av det «ordinære» systemet. Det ble beskrevet som en trygghet å vite at dette tilbudet fantes. En gutt fortalte: *«Det var en veldig lettelse i de hektiske månedene etterpå»*.

Det kom frem at kontaktpersonene hjalp på ulike måter. Ofte var hjelpen av mer praktisk art, selv om enkelte også bidro med helsehjelp. Av praktisk bistand bidro kontaktpersoner ofte med tilrettelegging opp mot jobb, skole og NAV; opprettet kontakt med aktuelt hjelpeapparat, slik som fastlege, psykolog eller DPS; og holdt dialog med foreldre. I tillegg til at kontaktpersonen var en koordinator, fungerte

vedkommende også som en viktig samtalepartner for noen av ungdommene. Flere anså det som verdifullt å ha en slik samtalepartner utenfor familie- og vennekretsen. En jente fortalte for eksempel: «..det var ikke noe sånn veldig formelt eller noe, det var bare en samtale med en som hadde litt peiling. Og det, det var veldig greit». Avhengig av kontaktpersonens fagbakgrunn kunne også vedkommende hjelpe på andre områder som opplevdes som nyttige. En informant beskrev for eksempel:

*..hun hjalp til med mye av, liksom, praktiske ting for oss. Eller bare at hun var her og liksom lot vite at hun var her hvis vi trengte hjelp til noe konkret og..
(...) hun var jo sykepleier også, så hun sjekka jo såret mitt for meg så jeg slapp å dra inn på sykehuset hele tiden og sånn.*

Noen skulle imidlertid ønske at kontaktpersonen de fikk tildelt hadde vært mer allsidig eller hatt et enda bredere mandat. Disse uttrykte for eksempel ønske om at kontaktpersonen ble med dem rundt til ulike instanser, for eksempel BUP, eller koordinerte med skolen og Statens Lånekasse.

Når det gjaldt den mellommenneskelige relasjonen, brukte de ungdommene som var fornøyde med kontaktpersonen ord som engasjert, hyggelig, hjelpelig, varsom og diskret for å beskrive vedkommende. Det ble også ansett som positivt dersom man opplevde relasjonen til kontaktpersonen som gjensidig, at man ble litt kjent med vedkommende og at man opplevde at han eller hun *ønsket* å hjelpe. En jente fortalte:

Det føles som det er veldig viktig for meg å ha det veldig personlig når jeg skal få hjelp på den måten. At jeg ikke føler at jeg på en måte er en byrde, jeg må føle at jeg.. Ja, at jeg får hjelp og at, ja, det er jobben deres og de får betalt for å gjøre det, men at de har lyst til det også.

Andre følte imidlertid at de ikke hadde fått en god kontakt med sin kontaktperson. Dette kunne være fordi vedkommende kun sendte brev eller ga ut sin kontaktinformasjon, i stedet for å ta personlig kontakt via telefon eller hjemmebesøk. Noen forklarte også at de ikke hadde «klikket» med kontaktpersonen eller følt at vedkommende kunne hjelpe. En gutt fortalte:

Jeg fikk et brev i posten. Veldig sånn upersonlig og.. Altså, det var et sånn standardbrev, liksom, sånn type fra NAV. Du følte liksom at her var du en brikke i et system. Så jeg følte at det fungerte ikke.

Mange oppfattet det å få tildelt en kontaktperson som et proaktivt lavterskeltilbud. Kontaktpersonen oppsøkte de berørte der de var, la opp til møter når det passet for ungdommen og inviterte for eksempel hjem til seg selv eller på kjøretur, for

derigjennom å skape lav terskel for å ta kontakt. En gutt fortalte fra sitt første møte med kontaktpersonen:

..da ringte han meg, og så spurte han 'Hei!' liksom, 'hvordan går det med deg? Jeg vet at du har vært på Utøya og sånt' også kom han og hentet meg med bilen. Så var vi liksom ute og spiste først – is. Han liksom tok meg med på is, jeg følte liksom at det var hyggelig, da. Også gikk vi på kontoret hans og snakka litt om følelser og litt om det praktiske, da, som jeg følte at jeg trengte hjelp med.

Flere fortalte også at kontaktpersonen hadde fulgt opp kontinuerlig og kartlagt individuelle behov. Andre sa imidlertid at de hadde ønsket *tettere eller mer omfattende* kontakt med kontaktpersonen enn det de hadde hatt og at de ønsket seg et mer proaktivt tilbud fra vedkommende. Et viktig moment her var at flere skulle ønske at kontakten varte lenger, fordi behovene meldte seg etter hvert. For noen kunne dette bety at de hadde ønsket videre kontakt utover det anbefalte første året. Andre beskrev at kontaktpersonen kun hadde tatt kontakt med dem en gang, og at de aldri hadde hørt fra vedkommende igjen. I tilknytning til dette beskrev også noen at det hadde blitt vanskelig å få tak i kontaktpersonen etter som tiden gikk. Et scenario som ser ut til å ha utspilt seg for flere, var at de først ikke så behovet for hjelp, og derfor ikke ba om noe ved det første møtet med kontaktpersonen. Siden meldte behovet seg, men da var det vanskelig å opprette kontakten igjen. En fortalte: «*Og det første møtet med den personen som skulle hjelpe, så følte jeg ikke at jeg trengte noe, for da hadde ikke behovene kommet enda. Og da, da var det veldig vanskelig å få tilbake hjelp i ettertid*».

I tilknytning til dette fremmet også flere at kontaktpersonen burde fortsette å ta kontakt, selv om de berørte sier at de ikke har behov for hjelp. Flere beskrev også at kontaktpersonen ba *dem* om å ta kontakt ved behov. Noen av disse syntes imidlertid at det hadde vært bedre om kontaktpersonen hadde ansvaret for å oppsøke dem, heller enn omvendt. Som en gutt forklarte: «*Du måtte selv komme deg ut av senga og gå til den personen, og oppsøke hjelpen selv. Så det var jo det som var veldig vanskelig i den tida, å faktisk liksom dra og gjøre det*».

En gruppe blant dem som ikke var fornøyde var også de som ikke hadde fått tilbud om kontaktperson. Flere av dem beskrev at de ønsket seg en kontaktperson, for eksempel fordi de hadde hørt gjennom media at de skulle fått det, og at de så nytten i å ha en person med innsikt i hjelpeapparatet, som kunne koordinere ulike instanser, og som også kunne ringe innimellom for å spørre hvordan det gikk.

3.1.3 De proaktive hjelpetiltakene: Hvor ofte, hvor intensivt og hvor lenge?

«Altså, til å begynne med, så synes jeg det var veldig bra. Etter hvert så føler jeg at jeg har måttet klare meg selv veldig mye».

Når vi har sett på tidsperspektivet for den proaktive hjelpen, har det sentrale vært å se på *hvor lenge* informantene fikk hjelp og *hvor ofte* de benyttet seg av denne hjelpen, samt om det opplevdes som ofte *nok* og lenge *nok*. Det er store variasjoner blant informantene når det gjelder både lengde og intensivitet på hjelpen de har mottatt. Noe av dette vil kunne forklares ut i fra varierende behov, men vi har samtidig sett at ikke alle har fått hjelp så lenge og ofte som de skulle ønske. I tillegg syntes en gruppe at det var svært vanskelig å vurdere hvorvidt de hadde fått tilstrekkelig hjelp.

Ikke alle informantene spesifiserte konkret *hvor* lang tid de hadde fått oppfølging fra hjelpeapparatet, men delte ofte hjelpeperioden opp i «hjelp rett etter hendelsen» og «hjelp senere». Det er viktig å merke seg at dette er subjektivt opplevde betegnelser. Et generelt bilde er imidlertid at hjelpen de fleste steder har fungert godt i begynnelsen, men at tilbudet ser ut til å ha forsvunnet tidligere enn enkelte skulle ønske.

Hjelpen rett etter hendelsen

Når det gjelder hjelpetilbudet rett etter hendelsen, fortalte flere om et hjelpeapparat bestående av flere instanser, som kom raskt på banen, det vil si få dager etter terrorangrepet, og som viste «ved handling» at de var lett tilgjengelige. Flere informanter fortalte at de ble direkte oppfordret til å søke hjelp og det ble fortalt om flere tilgjengelige tilbud enn det man klarte å benytte seg av. Videre ble hjelpen i begynnelsen beskrevet som omfattende og mangfoldig, ved at man fikk følelsen av at folk nesten sto i kø for å hjelpe. Noen opplevde imidlertid det omfattende tilbudet i starten som *for* stort, fordi det førte til at man fikk for mye informasjon og at for mange aktører var involvert. Enkelte opplevde også det brede tilbudet som et overdrevet fokus på det som hadde skjedd. En informant fortalte:

Hvert fall sånn helt i starten ble det litt sånn 'alle mann til pumpene' og 'nå skal vi liksom berge psyken til familien', liksom (...) Jeg syntes vel kanskje det gikk ganske greit i utgangspunktet, så jeg syntes det ble litt sært av og til da.

Andre igjen opplevde oppfølgingen som for pågående:

De ringte meg mest for å høre om det gikk bra med meg, og når jeg ikke tok telefonen, for jeg tar ikke telefonen når jeg ikke vet hvem som ringer på grunn av journalister, så.. Ble de jo litt hysteriske, da, og lurte på om det gikk bra med meg.

Enkelte beskrev imidlertid oppstartsproblemer, for eksempel fordi det var vanskelig å få tak i kompetent personell på grunn av ferieavvikling. Noen få fortalte at det hadde tatt opp til et halvt år før oppfølgingen i deres kommune var tilfredsstillende.

De fleste steder ser kriseteamet ut til å ha kommet på plass raskt etter hendelsen. En informant fortalte: «..vi ble jo møtt av kriseteam, det første vi ble omtrent, da vi kom over på landsida». Det ser imidlertid ut til å ha variert mer hvor lenge kriseteamene har vært i funksjon. Enkelte informanter beskrev at de hadde fått hjelp fra kriseteamet i alt fra et halvt år opp til to år. Andre fortalte at oppfølgingen fra kriseteamet ble avsluttet etter kortere tid, for eksempel etter en måned, og flere mente at de forsvant for fort. Andre mente at de ble fulgt opp lenge nok, selv om dette hovedsakelig dreide seg om hjelp rett etter hendelsen. En informant forklarte: «Det var vel mest i starten at det var veldig greit å få snakket om alt». Samtidig ble det nevnt at fordi kriseteamene startet sitt arbeid så raskt etter hendelsen, gikk enkelte av dem som overlevde på Utøya, for eksempel de sykehusinnlagte, glipp av viktige informasjonsmøter og de første intervusjonene fra kriseteamet, fordi de rett og slett ikke hadde kommet til hjemkommunen på det tidspunktet. Det ser ut til å ha variert om kriseteamene avholdt få, men gjerne lange møter med dem som overlevde på Utøya, eller om de hadde et åpent og kontinuerlig tilbud i starten. Det er imidlertid sentralt å merke seg her at det kan ha vært vanskelig for dem som overlevde på Utøya å skille mellom når medlemmene i kriseteamet bisto dem som en del av sitt mandat i kriseteamet og når de ytte bistand i form av sin vanlige stilling i kommunen, for eksempel som helsesøster eller kommunelege.

Det har variert hvor lenge de som overlevde på Utøya fikk hjelp fra kontaktpersonen og tidspunktet for når denne oppfølgingen startet. Flere beskrev at de ble kontaktet rett etter hendelsen, mens for andre tok det lenger tid. En informant fortalte for eksempel at det hadde tatt noen måneder før hun hadde fått tildelt kontaktperson. Mens enkelte kun hadde hatt kontakt med kontaktpersonen helt til å begynne med, fortalte noen få andre at de fremdeles hadde kontakt med kontaktpersonen ved intervjutidspunktet¹². Flere beskrev at kontakten hadde blitt opprettholdt i rundt et år, slik det også ble anbefalt i de første retningslinjene fra Helsedirektoratet. Det var imidlertid en betydelig andel som opplevde at dette ikke var lenge nok:

¹² Våren 2014

..jeg ser jo at for min del, så hadde jeg hatt mer bruk for en kontaktperson i dag enn jeg hadde da. Men det virker som at etter at det var gått et år, så falt ting litt sammen, eller hvert fall det offentlige, altså hvis du ser bort fra det helsemessige tilbudet. Mer den praktiske oppfølginga i forhold til en del andre ting, stoppa veldig opp.

De fleste som fortalte om hvor ofte de hadde hatt kontakt med kontaktpersonen, beskrev at de hadde hatt mye kontakt i starten, men at dette ble sjeldnere etter hvert. For noen var kontakten regelmessig, for eksempel hver uke i starten, så to ganger i måneden og til slutt en gang i måneden, mens for andre var den mer uregelmessig og behovsregulert.

Kontinuiteten i tilbudet

Noen informanter oppga at de hadde mottatt kontinuerlig hjelp, eller tilbud om hjelp, siden hendelsen og frem til intervjudtidspunktet i 2014. En mindre gruppe fortalte om at de først hadde takket nei til hjelp, men likevel fått flere tilbud senere. Andre oppga at de ikke lenger hadde et reelt hjelpebehov, men at de følte seg sikre på at de kunne ta opp kontakten igjen dersom behovet skulle melde seg. For enkelte sprang denne tilliten ut fra en erfaring av at det hadde fungerte godt å oppsøke hjelpeapparatet på nytt:

..det gikk jo en god stund etterpå at det gikk veldig greit, utover sommeren 2012. Også begynte (...) jeg å få litt problemer igjen. Og da tok jeg kontakt med fastlege. Og det var ikke noe å si på hvor fort jeg ble sendt til [behandling].

Mange andre beskrev imidlertid en motsatt virkelighet, hvor hjelpen i begynnelsen hadde vært bra, men hvor det manglet en langsiktig oppfølgingsstrategi. Flere fortalte at reaksjoner slo inn senere enn forventet, men at de da hadde hatt vansker med å få innpass i hjelpeapparatet, fordi de enten hadde avsluttet hjelpetilbudet de hadde hatt tidligere, eller fordi de ikke hadde hatt behov for hjelp før det hadde gått en viss tid. En gutt fortalte:

Altså for min del, så slo det ut kanskje et halvt år etterpå. Det var først da det slo inn for meg. Og da var det jo ikke sånn at jeg.. Altså, jeg vet ikke hvorfor, jeg burde jo ha tatt kontakt selv, på en måte, hvis det skulle vært noen. Men jeg gjorde ikke det. Og da var det jo heller ikke noen som på en måte var der.

En annen sa:

..den første perioden, så (..) du skrangler deg liksom av gårde hvis du skjønner? Og det var så mye som skjedde og det var rettssak og alt mulig, og det var jo også et veldig fellesskap blant oss som hadde vært der. Men så går jo folk litt sånn tilbake til hverdagen og det er da jeg tenker, kanskje mange kunne hatt behov for at noen spurte ‘ hei, går det greit?’.

Under oppfølgingsperioden opplevde noen det som at de kunne ta kontakt med hjelpeapparatet ved behov, blant annet fordi kontakten med de som skulle hjelpe var uformell. Mange følte imidlertid at dette var et for stort ansvar, blant annet fordi de kjente det som at det var høy terskel for å kontakte hjelpeapparatet, og flere uttrykte et konkret ønske om å bli kontaktet oftere. En informant sa: «Jeg hadde sikkert ikke likt det.. Men det hadde vært.. Det hadde nok sikkert vært lurt». Mer informasjon om hvilke tilbud som finnes, ble også etterspurt.

Etter at den proaktive oppfølgingen ble avsluttet, gikk enkelte kommuner ut med beskjed om at tilbudene fremdeles sto åpne for dem som måtte trenge det. Det har imidlertid variert om informantene har opplevd dette som reelt. Mens en informant beskriver at det for hans vedkommende ligger en trygghet i det å vite at man fremdeles kan ta kontakt med kommunen ved behov, sier andre at dette ikke oppleves som et faktisk tilbud, fordi kommunene ikke har vært proaktive: «Primærkommunen min (...) har sagt at tilbudene står åpne. Men i veldig liten grad fulgt meg opp utover høsten 2011. (...). Etter det så har det vært stopp».

En annen sa:

[Det] offentlige kan liksom ikke bare lene seg tilbake og forvente at de som har vært utsatt for Utøya eller andre lignende greier kommer til å ta kontakt når de trenger det. For det er ofte (...) en terskel å faktisk ta (...) den kontakten.

Intensivert oppfølging i forbindelse med rettssaken

Rettsaken etter 22. juli-hendelsene startet i Oslo tingrett 16. april 2012 og pågikk i ti uker. Noen av våre informanter fortalte om et økt hjelpebehov i tiden rundt rettssaken. Selv om de fleste av disse ga uttrykk for at de hadde fått ønsket hjelp, var det også enkelte som opplevde at hjelpen ikke hadde vart lenge nok eller at ikke alle hjelpeinstanser hadde vært bevisst på et potensielt økt hjelpebehov i denne perioden:

..den oppfølginga under rettssaken, den var veldig hjelpsom, men den forsvant veldig fort. For vår del så kom jo det som var tungt litt ut i rettssaken. Men da var plutselig det personellet som var der fra dag én litt distansert, da. (..)

Altså, jeg skjønner jo at de ikke orker alt, de heller, men det burde kanskje vært noe plan B, slik at de hadde folk som var klare til den type innsats, da, hele veien. For det ble veldig tungt å takle ting selv når det kom til det harde som du måtte konfrontere under selve rettsaken.

3.1.4 Hjelp til familie og pårørende

Flere etterlyste tettere og mer proaktiv oppfølging av familie og nærmeste pårørende, og da hovedsakelig foreldre og søsken. Det ble også påpekt at det var viktig å tilby støtte til kjæresten. De som hadde opplevd at familien ble tilbudt hjelp, for eksempel fra kontaktpersonen, opplevde utelukkende dette som positivt. Enkelte beskrev det også som en lettelse, fordi de selv dermed ikke trengte å føle på et ansvar for hvordan øvrige familiemedlemmer reagerte etter hendelsen: «Og det var veldig deilig. Fordi da fikk.. Da visste jeg at de fikk det de hadde behov for». En annen fortalte:

Jeg tror sånn generelt sett, da, at det er viktig at man også er litt sånn offensiv i forhold til søsken og den nærmeste familien rundt, da, sånn at ikke hovedpersonen, hvis man kan kalle det det, blir en sånn forsørgelsesperson.

3.1.5 Organiserte samlinger

Et viktig spørsmål når man skal yte hjelp etter større kriser er i hvilken grad det er hensiktsmessig å tilby denne hjelpen som gruppeintervensjoner eller om man bør fokusere på å tilby individuell oppfølging. Begge formene ble brukt etter terrorangrepet, og mange av våre informanter fortalte at de hadde deltatt på ulike former for organiserte møter med andre berørte. Hovedsakelig ble samlingene beskrevet i en av tre former:

- I regi av kriseteamet eller kommunen for øvrig, da gjerne i form av kontinuerlige møter med løs struktur.
- I regi av skole eller lærested.
- I regi av Helsedirektoratet eller RVTS, da gjerne en engangshendelse, med fastsatt opplegg og opplæring eller informasjon om konkrete tema.

Rammene rundt de organiserte samlingene

De ulike formene for organiserte møter eller samlinger foregikk innenfor til dels ulike rammer, fra uformelle sammenkomster på den ene enden av skalaen, til organiserte informasjonsmøter i den andre.

De mer uformelle samlingene ble beskrevet i positive ordelag av noen fordi slike rammer gjorde det naturlig å prate og skapte en avslappet stemning. Samtidig ble det beskrevet som positivt å ha profesjonelle hjelpere til stede, som kunne lede samtalen, gi tips, råd, verktøy og informasjon. Noen opplevde imidlertid at rammene på denne typen samlinger ble for løse, at møtene virket uforberedte og at dette resulterte i mye irrelevant prat. En informant fortalte:

Det var liksom hyggelig at de prøvde, det var det. Men jeg, det var liksom, det var litt sånn sirkel i barnehagen. Skulle man liksom, en lede ordet også ja, også skulle alle dele (...). Men som sagt, det gjorde meg ingenting, jeg ble ikke sint for at de gjorde det liksom, det var mer det at jeg satt der litt sånn 'må jeg virkelig være her, liksom, det her er bare tull'.

Andre opplevde det derfor som bedre med en kombinasjon av løse rammer på enkelte samlinger, hvor man først og fremst kunne samtale fritt, og andre samlinger hvor man hadde fastsatte tema som skulle tas opp eller eksterne foredragsholdere som skulle informere om en gitt problematikk.

Noen få mente at det var positivt at foreldre ble invitert med eller at man samlet overlevende fra Utøya på tvers av alder. Andre mente imidlertid at for mange ble invitert til samlingene og at det opplevdes unaturlig og ubehagelig å skulle snakke med mange mennesker til stede, for eksempel foreldre eller andre utenforstående. En jente fortalte:

Og så ble det satt sammen en sånn gruppe for foreldre og vi ungdommene som var der. Men der var jeg bare én gang, tror jeg, fordi at det ble.. Det ble for merkelig for meg å sitte og prate om det her sammen med masse andre mennesker og.. Nei, jeg syntes det ble veldig rart, da.

For enkelte var det viktigst å samles i tiden rett etter angrepet. Noen av disse mente derfor at møtene hadde pågått over for lang tid:

..i begynnelsen var det veldig greit. Men det var også bare fordi det var greit å møte de som hadde vært der og (..) Men etter hvert så ble det bare sånn på repetisjon. Så jeg følte egentlig at det ble bare det samme. At det bare holdt

meg tilbake på en måte, i stedet for at jeg begynte å gå fremover, så skulle jeg gå der hver uke og liksom være deprimert i en time. Og det gidder jeg ikke.

Andre syntes imidlertid at det var positivt at man tenkte langsiktig med slike samlinger, og de fortalte om et kontinuerlig tilbud frem til intervjuetidspunktet. Dette ble ansett som viktig fordi det signaliserte at man ikke trengte å legge ting raskt bak seg. Noen opplevde at de hadde fått tilbud om for få slike møter.

Likemannsstøtte versus individuelle behov

Flere informanter beskrev at de organiserte treffene var viktige fordi de representerte en mulighet til å møte de andre som hadde overlevd på Utøya, få snakket ut og gi støtte til hverandre. Flere mente at dette bidro til å opprettholde et samhold dem i mellom, fordi det var fint å høre hvordan det gikk med de andre og også bli kjent med leirdeltakere som man ikke hadde kjent før terrorangrepet. Dette var viktig både fordi man da satt igjen med en følelse av ikke å være alene om det man hadde opplevd, i og med at man kjente seg igjen i de andres reaksjoner og erfaringer, samtidig som man også kunne få andre perspektiver og se at flere reaksjoner var naturlige. Samlingene ble beskrevet som et «fristed» som normaliserte det å snakke om hendelsene på Utøya og hvor man kunne si hva som helst.

Flere var imidlertid opptatt av at de som overlevde på Utøya hadde vidt forskjellige erfaringer og at det derfor ikke nødvendigvis føltes støttende å møtes på denne måten. Disse fremmet at det var større nytte i individuelle samtaler, for eksempel med en psykolog, enn det var i å møtes i gruppene. Mens enkelte opplevde det som at man ikke beveget seg fremover i gruppene, men i for stor grad ble værende i det triste og vanskelige, fortalte andre at de ikke klarte å åpne seg for gruppa fordi de fremsto som at alle andre greide seg så bra, eller var så reflekterte omkring det som hadde skjedd.

- Det var tydelig for mange at kommunen eller bydelen hadde et hovedansvar i oppfølgingsarbeidet etter terrorangrepet.
- Mange hadde kontakt med kriseteamet i sin kommune etter hendelsen. Det ble opplevd som positivt dersom kriseteamet var fleksibelt og proaktivt, og hadde et opplegg som var tilpasset ungdommene. Noen opplevde imidlertid kriseteamet som for pågående. Enkelte stilte også spørsmål ved om kriseteamet i deres hjemkommune var kompetente nok til å håndtere en så alvorlig hendelse.
- Flere fortalte at kontaktpersonen i kommunen hadde ytt praktisk eller helsemessig bistand, og også fungert som en god samtalepartner. Enkelte etterlyste imidlertid et bredere mandat for kontaktpersonene, slik at de kunne følge opp i enda større grad. Flere ønsket også lengre og tettere oppfølging og at kontakten varte utover det første anbefalte året. En sentral gruppe blant dem som ikke var fornøyd var ungdommer som ikke hadde fått tilbud om kontaktperson.
- Et generelt bilde er at hjelpen de fleste steder har fungert godt i begynnelsen, men at mange opplevde at tilbudet forsvant for raskt. Flere opplevde at for mye ansvar ble lagt på den enkelte når det gjaldt å opprettholde kontakten med hjelpeapparatet, og det ble uttrykt ønske om at hjelperne skulle tatt mer kontakt.

3.2 Fastlege, bedriftslege og legevakt

I dagene rett etter hendelsen fikk noen av de som overlevde på Utøya oppfølging fra legevakten. Fastlegen har også vært en sentral aktør i oppfølgingsarbeidet etter 22. juli, og enkelte hadde fastlegen som sin kontaktperson. Noen fortalte også at de hadde hatt kontakt med bedriftslege for å få hjelp etter hendelsen.

Når det gjaldt fastlegen, beskrev flere at vedkommende hadde vært en viktig samtalepartner i perioden etter hendelsen og at han eller hun hadde *«vært litt som en psykolog»*. Oppfølgingen fra fastlegen dreide seg i tillegg gjerne om ulike former for medisiner, oppfølging av fysisk skade, henvisninger til psykolog eller psykiatrisk sykepleier og tilrettelegging i forbindelse med jobb eller skole, for eksempel i form av sykemeldinger eller legeerklæringer. Enkelte fortalte at de kun hadde hatt kontakt med fastlegen i perioden rett etter hendelsen eller kun det første året, mens andre beskrev lengre oppfølgingsperioder, gjerne med avtaler en gang i måneden eller en gang i kvartalet. Legevakten fungerte hovedsakelig som en inngangsport til det

øvrigt hjelpeapparatet i akuttfasen, mens bedriftslegen fulgte opp over en lengre periode, hovedsakelig psykososialt.

3.2.1 Et proaktivt, fleksibelt og tilgjengelig lavterskeltilbud

Det ble fremhevet som en styrke ved fastlegeordningen at legen representerte et lavterskeltilbud som var i nærheten. Ungdommene opplevde at de kunne ta kontakt med fastlegen om det som tilsynelatende var «småting», at de kunne komme når de ville og at fastlegen representerte en form for «*psykologtjeneste light*», som en av informantene kalte det. De informantene som oppga at de hadde hatt oppfølging fra bedriftslege, beskrev det også som positivt at denne legen sto nært på hverdagen deres og dermed kunne gi konkrete råd som fungerte, samtidig som vedkommende var lett tilgjengelig.

Det ble beskrevet som positivt at fastlegen var et fleksibelt tilbud, for eksempel ved at man fikk oppfølging utenfor rammene av en vanlig timeavtale eller utover legens kontortid. Flere beskrev fastlegen som proaktiv ved at han eller hun hadde tatt kontakt med dem, og noen fortalte at de hadde blitt oppringt av fastlegen flere ganger:

Han har vært veldig opphengt i å faktisk ringe meg og høre om det går bra. Og kommer til og med på besøk hjemme hos meg når jeg hatt det.. Jeg hadde en periode når jeg låste meg selv inne, hjemme. Og da (...) kom han på besøk.

Det ble også beskrevet som positivt dersom man opplevde at fastlegen var forberedt når man kom dit. En informant var imidlertid misfornøyd fordi han hadde fått beskjed om at fastlegen skulle ta over når kriseteamets arbeid ble avsluttet, men at dette aldri hadde skjedd.

3.2.2 Relasjonen til legen

Når det gjelder relasjonen, har fastlegen for enkelte stått i en særstilling sammenlignet med flere av de andre hjelpeinstansene, fordi mange kjente fastlegen sin også før terrorangrepet. Dette ble av flere beskrevet som en trygghet fordi de allerede stolte på fastlegen sin, eller hadde et godt forhold til vedkommende.

Andre beskrev relasjonen med fastlegen som positiv fordi han fremsto som empatisk og lyttende. Videre var det flere som opplevde det som at fastlegen virkelig brydde seg om dem og at dette kom til uttrykk ved at legen ytte en ekstra innsats, virket genuint interessert i å følge opp, tok dem på alvor og ga ønsket oppfølging. Andre opplevde imidlertid at fastlegen *ikke* forsto. Noen fortalte for eksempel at de opplevde at fastlegen ikke oppfattet alvoret i situasjonen. En beskrev også at han vegret seg for å søke hjelp hos fastlegen på grunn av en allerede dårlig relasjon med vedkommende. En fortalte fra et møte med sin fastlege:

..så sier jeg fra til henne om at jeg føler at jeg trenger psykolog fordi at det går ikke bra for meg. Og det første hun sier da, er at 'nei, men da er det bare å skjerpe seg. Da må du bare komme deg opp og så må du på gå skolen og så må du følge med'. Jeg føler liksom at det er ikke sånn at man har lyst til å si til legen sin at 'nei, men du må jo skjønne det at jeg trenger psykolog.' Fordi jeg ville ikke føle at jeg blir uvenner med henne, men likevel så føler jeg på en måte ikke at hun forstår at jeg sliter psykisk.

3.2.3 Et helhetlig tilbud

Flere var fornøyde med tilbudet de hadde fått fra fastlegen fordi de opplevde det som helhetlig. Dette kunne være ved at fastlegen bidro på flere områder, både somatisk eller medisinsk, psykologisk og praktisk. Videre ble det beskrevet som positivt at fastlegen var opptatt av å snakke om flere aspekter ved personen, og ikke bare hendelsene på Utøya, og at vedkommende også så at tilsynelatende urelaterte problemer hang sammen. Enkelte stilte imidlertid spørsmål ved hvorvidt fastlegen hadde tilstrekkelig kompetanse til å følge dem opp, for eksempel på grunn av manglende kunnskap om traumer. Noen mente også at fastlegen hadde for lav terskel for å skrive ut legemidler, fremfor å tilby annen hjelp.

Det ble ansett som positivt at fastlegen kunne hjelpe hele familien, ikke bare den som hadde overlevd. At fastlegen var et kontinuerlig tilbud, som var tilgjengelig helt fra starten ble også beskrevet som positivt. Det ble imidlertid uttrykt noe misnøye med at fastlegene ikke videreformidlet informasjon i de tilfellene hvor man måtte bytte fastlege, for eksempel på grunn av flytting.

- Legevakten ga hovedsakelig bistand til dem som overlevde på Utøya i dagene rett etter hendelsen og fungerte da gjerne som en inngangsport til det øvrige hjelpeapparatet. Fastlege og bedriftslege sto oftere for lengre oppfølgingsløp.
- Det ble fremhevet som en styrke med fastlegeordningen at legen representerte et lavterskeltilbud som var i nærheten og som var tilgjengelig, både for den som hadde overlevd på Utøya, men også for dennes familie. Det ble beskrevet som en trygghet av mange at de kjente fastlegen sin fra før og stolte på vedkommende.
- Mange opplevde fastlegeordningen som et helhetlig tilbud, som så hele personen. Enkelte opplevde imidlertid at fastlegen ikke oppfattet alvorret i situasjonen og noen stilte spørsmål ved om fastlegene hadde tilstrekkelig kompetanse til å følge dem opp.

3.3 Psykisk helsehjelp

Mange fortalte at de hadde fått oppfølging i form av psykologisk behandling eller samtaler. Denne oppfølgingen strekker seg fra lavterskeltilbud slik som helsesøster, familieverntjenesten eller kommunal psykisk helsetjeneste, via spesialisthelsetjenesten, så som BUP¹³ og DPS¹⁴, til privatpraktiserende psykologer, både med og uten refusjonsavtale. Den største gruppen av informanter fortalte imidlertid om oppfølging fra psykolog, uten å spesifisere hvorvidt denne oppfølgingen har skjedd i kommunal- eller spesialisthelsetjenesten. Hovedfokus i denne fremstillingen vil derfor være på brukeropplevelsen av å få psykologisk oppfølging etter kriser og katastrofer, heller enn et fokus på hvorvidt denne oppfølgingen skjer i regi av kommunal- eller spesialisthelsetjenesten. For en oversikt over alle instanser og yrkesgrupper som er inkludert i denne gruppen vises det til Vedlegg 2.

¹³ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

¹⁴ Distriktpsikiatriske sentre

3.3.1 Kontinuitet i hverdagen og «noen å snakke med»

«Det hjalp jo lite grann å få snakka det ut med en gang. Så man fikk liksom bort det verste laget».

Slik sitatet over illustrerer, beskrev mange informanter det som positivt å ha noen å snakke med om det som hadde skjedd. Dette fordi det opplevdes som nødvendig å få sette ord på ting. Det ble også fremhevet av flere at det var nyttig at dette var en person utenfor familie og nærmeste omgangskrets, fordi vedkommende da kunne være objektiv og ikke *«føle så mye»*. Dette betydde at man kunne si akkurat det man ville. En forklarte for eksempel om sitt møte med kommunepsykologen:

Nei, det er jo godt å gå [og] snakke med noen utenfra, da. For det var jo veldig mye snakk med enten dem som hadde vært der selv eller snakka med venner og de var veldig sånn der 'hva var det som skjedde, hva var det som skjedde!?' Du må forklare! Fortell meg!'. Litt sånn behagelig, fikk til å slappe av litt mer, da. Og snakke litt mer om kanskje de, ja, følelsene som lå bak og hvordan jeg egentlig hadde det. Så det var veldig godt.

Det å ha en terapeut å gå til ble også beskrevet som positivt fordi man dermed måtte forholde seg til det som hadde skjedd, selv om man i utgangspunktet ikke maktet eller ønsket det. Det å ha en avtale med en terapeut ble også beskrevet som positivt av enkelte, fordi det bidro til kontinuitet i hverdagen.

3.3.2 Behandlingens form og terapeutens tilnærming

«Altså, oppfølgingen har vært greit, det var bare behandlingen som ikke har vært rett for meg».

Flere informanter beskrev hva slags terapi eller samtaler de hadde fått, og også hvilke tilnærminger de opplevde at hadde fungert. Behovene for individuell tilpasning kom tydelig frem i disse narrativene. Tilsynelatende like tilnærminger kunne fungere meget godt for en informant, men beskrives som lite virkningsfull av andre. Ofte dreide dette seg om hvorvidt man opplevde å få mest hjelp av at terapeuten bidro med psykoedukasjon, som en informant sa det: *«.. finne ut hvorfor ting er som det er og sånn, da»*, eller om man opplevde det som mer nyttig å få konkrete råd og lære teknikker for eksempel for å håndtere tanker og stress, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. En informant forklarte:

Altså, fordi det jeg følte, hos hun første som jeg gikk hos, var at det var veldig sånn.. Jeg følte det var veldig sånn 'Hollywood shrink', på en måte. Litt sånn at du sitter der og så forteller du om hvordan du har det, og så 'ja, hva tenkte du da? Og hva følte du da?', liksom. (...) Mens når, altså hos hun jeg går hos nå, så føler jeg på en måte at man får en mer.. Altså, hun bearbeider stress som sitter i kroppen nå og i stedet for å tenke 'hva følte du da?', så er det mer, altså.. 'hvilke grep må vi ta for at du skal komme deg ut av det? Hvilket grep må du ta for å komme deg videre?'

Mens teoretiske forklaringer og bakgrunnsinformasjon, for eksempel om traumer, opplevdes som nyttige for å forstå egne reaksjoner av enkelte, opplevde andre dette som en avsporing, fordi de dermed ikke fikk snakke om hvordan akkurat *de* hadde det.

Enkelte forklarte at de hadde opplevd behandlingen de hadde mottatt som lite nyttig eller irrelevant, enten fordi de ikke skjønte poenget med behandlingen eller metodene som ble benyttet, at behandlingssituasjonen opplevdes som fremmedgjørende, sykeliggjørende og ubehagelig, eller fordi de ikke forsto rådene som psykologen kom med, eventuelt ikke opplevde at de fungerte:

Det endte med at jeg fikk, det var heldigvis ikke så lenge, hun som jeg snakket med der (...). Ja, vi var ikke helt på nett, for å si det sånn. Det var litt sånn at det endte med at, jeg fikk litt følelse av det også hun sa at det du burde gjøre er å gå ut og plukke bær. Og jeg hater å plukke bær, så det var, det var nei.

En annen informant forklarte:

Jeg følte ikke at det var helt relevant, da. Eller at de ikke helt klarte å forstå, på en måte. Jeg har bare hatt mye mer utbytte av å snakke med venner og folk her som var på det samme og sånn, i stedet for de.. Ja. For jeg følte liksom at psykologen skulle bare snakke om liksom oppvekst og familie og ting som jeg følte at ikke var så veldig relevant, da.

Noen informanter var også opptatt av terapeutens fokus i behandlingen, for eksempel hvorvidt dette hovedsakelig var fokusert på selve hendelsen, eller om det var mer fremtidsrettet. Det ble beskrevet som positivt at terapeutene fokuserte lite på det som hadde skjedd og mer på hvordan man kunne håndtere dagens situasjon. For eksempel kunne sistnevnte dreie seg om hjelp til å lære å tenke nytt om hva man kunne forvente av seg selv, blant annet når det gjaldt å prestere på jobb og skole, og å ikke føle seg plassert i en «offerrolle». På samme måte beskrev enkelte det som negativt

dersom terapeutene fokuserte for mye på terrorangrepet. En gutt fortalte fra sitt møte med en psykiatrisk sykepleier: «..jeg synes hun var veldig opptatt av å liksom snakke om hva som skjedde og detaljer og sånn som det der, da. Og på en måte gå litt inn i hendelsene, og det syntes jeg ikke hjalp meg da». Noen opplevde også at terapeuten i for stor grad var opptatt av å plassere dem i en offerrolle og å synes synd på dem, i stedet for å bidra til at situasjonen skulle bli bedre. En fortalte:

Jeg synes det har vært veldig sånn der at de fokuserer veldig på at du har blitt satt i en offerrolle. At du er et veldig, at du er et offer. Det er liksom ikke den innstillingen at 'ja, det var helt jævlig det du var gjennom. Men.. Det er så mye annet å se frem til og det er så mye kult du kan gjøre, så hvorfor ikke fokusere på det positive, da?'. Og det har de for så vidt gjort også, men det har vært veldig sånn 'du må respektere at du er et offer'. Så bare 'ja, jeg er, jeg var et offer i akkurat det der, men jeg er ikke noe mer offer nå enn jeg var før'. Også 'jo, men du er et.. du, eller dere er et offer, og det er så synd på deg'.

Det ble beskrevet som positivt dersom terapeuten var villig til å komme inn på andre temaer enn opplevelsene fra Utøya. Flere anså det som nyttig å få mulighet til å snakke med terapeuten også om andre utfordringer og problemer man hadde, så som skole, relasjoner og familie. Akkurat relasjoner var et viktig punkt for flere, også fordi de opplevde det som nyttig å få hjelp med hvordan å være mer åpne om det de hadde opplevd og om hvordan å snakke med sitt eget nettverk om dette. En informant fortalte:

Det har vært veldig viktig å ha noen å prate med. Ikke nødvendigvis om Utøya, men.. Sånn som etter Utøya, så er det veldig masse annet som på en måte har kommet opp, da, som man begynner å tenke på og sånn. Og da har den personen vært veldig grei å prate med. For det er jo ikke alt man vil lempe over på foreldre.

Informanter som hadde fått psykisk helsehjelp i familieverntjenesten, beskrev det også som positivt dersom tilbudet inkluderte hele familien.

Diagnosefokus var et annet punkt som informantene var opptatt av. Mens det av noen ble beskrevet som positivt å få en diagnose, satte andre pris på at deres terapeut *ikke* fokuserte på diagnoser. Av de som hadde fått en diagnose beskrev enkelte det som at de følte at terapeutene bare ønsket å dele ut så mange diagnoser som mulig, og dermed fokusere for mye på problemer. Enkelte beskrev det som positivt at terapeuten hadde hjulpet vedkommende med å få utskrevet medisiner. En informant

sa imidlertid at han opplevde å ha fått utskrevet medisiner som en siste løsning, fordi han ikke fikk til å snakke med noen av terapeutene ved behandlingssenheten.

Noen opplevelser informantene satt med var også mer spesifikt knyttet til den instansen de hadde fått hjelp fra. For eksempel beskrev flere informanter som hadde vært rett under myndighetsalder i perioden etter terroranslaget, at oppfølgingen de hadde fått ved BUP hadde opplevdes som for barnslig. Flere var opptatt av at de hadde modnet etter det de hadde opplevd og at de derfor hadde et behov for å bli behandlet som voksne. En informant beskrev fra DPS-systemet at han hadde blitt plassert i gruppeterapi sammen med mennesker med helt andre bakgrunner og problemer, og at han hadde opplevd dette som en belastning. Andre følte også at oppfølgingen de fikk gjennom DPS, var for lite individuelt tilpasset og at det føltes som om behandleren i stor grad fulgte en mal, uten å se enkeltmennesket. Det ble opplevd som viktig at man følte seg sett som person og at hjelperen følte seg frem med hva det var ok å snakke om. En informant fortalte for eksempel fra sin oppfølging fra DPS at «..den på DPS (...) var veldig på den der at 'vi følger malen vår. Og ferdig med det. Vi kan ikke på en måte spørre litt utenfor vårt tema'».

3.3.3 Behandlernes erfaring og kompetanse

Det viste seg at mange av de unge var opptatt av kompetansen til hjelperen. Det ble opplevd som trygt og viktig å vite at personen som skulle hjelpe hadde relevant kompetanse og erfaring. Denne vurderingen kunne være gjort på bakgrunn av at psykologen fremsto som dyktig eller hadde mye bakgrunnsinformasjon å komme med. En gruppe var også opptatt av mer konkret kompetanse, og da spesielt kompetanse om traumer eller krigslignende erfaringer. En informant fortalte om sin psykolog at hun følte at vedkommende:

..faktisk har peiling på det å bearbeide traumer. Hun har anekdoter som hun kan (...) bruke i sammenheng med å sammenligne, ikke sant, (...) som på en måte, å forklare ting som gjør at jeg kan forstå det bedre. Og det er rett og slett bare, jeg føler at hun.. altså, jeg er veldig trygg på at hun vet hva hun driver med. Mens hun som jeg gikk hos først, følte jeg var en psykolog, men ikke en traumepsykolog, og ja, jeg tror nok at traume.. det er en viktig del av det.

Tilsvarende beskrev flere det som negativt at terapeuten de hadde vært i kontakt med ikke hadde erfaring med traumer eller kriser. En informant fortalte også at han hadde

opplevd at terapeuten var mest opptatt av å snakke om det som var hans spesialområde, fremfor det som informanten mente faktisk var problemet.

Det ble opplevd som positivt dersom man visste at terapeuten man gikk til også arbeidet med andre fra Utøya, og dermed hadde erfaring med denne typen arbeid. Flere informanter fortalte imidlertid at de hadde opplevd hjelperen som uerfaren og dermed ikke i stand til å håndtere situasjonen, fordi vedkommende var eller ble for personlig berørt. Dette ble opplevd som en ekstra belastning. En informant forklarte: «Men det var sikkert fordi hun ikke hadde vært i den situasjonen før og bare.. Ja, det var uvant for henne og». En annen sa: «Fungerte ikke i dagliglivet i det hele tatt. Så det var ganske stor belastning for meg å gå til en psykolog som ikke kunne håndtere meg først».

Flere beskrev at det var fint å bli vurdert av en fagperson for å kunne være sikker på at man var frisk. Enkelte mente imidlertid at de fikk hjelp i en instans med for lavt kompetansenivå i forhold til det de hadde behov for. Enkelte informanter, som hovedsakelig hadde fått hjelp fra helsesøster eller psykiatrisk sykepleier, mente at de heller burde ha fått oppfølging fra noen med mer kompetanse, for eksempel psykolog eller psykiater, eller en fagperson fra Forsvaret med erfaring med krigslignende traumer.

3.3.4 Forventninger til behandlingen

I begynnelsen, rett etter 22. juli, så var det jo nærmest pålagt å oppsøke spesialisthelsetjenesten. Psykolog eller psykiater. Så det gjorde jeg. Som jeg fikk (...) mer eller mindre beskjed om. Og (...) gjennomførte noen timer der. Det var helt greit. Fikk beskjed om at jeg ikke trengte å komme igjen.

Slik sitatet over illustrerer, fikk mange oppfølging av psykolog eller psykiater, ofte i spesialisthelsetjenesten, etter terrorangrepet. Noen beskrev imidlertid at denne hjelpen ikke levde opp til forventningene de hadde hatt på forhånd. Dette kunne gjerne dreie seg om at de i utgangspunktet hadde fått hjelp fra noen i førstelinjen og hadde gått videre til spesialisthelsetjenesten med forventninger om å få «noe nytt». Slike forventninger ble ikke nødvendigvis oppfylt. Andre fortalte at terapeuten ikke hadde kunnet hjelpe så mye som de trodde. Andre igjen beskrev at første møtet med en psykolog hadde vært dårlig og at de derfor vegret seg for å søke hjelp fra en annen. Flere sa imidlertid at det var utfordrende å skulle vurdere eget hjelpebehov og at de ikke visste helt hva de kunne forvente seg av den psykiske helsehjelpen.

Enkelte beskrev også forventninger fra omgivelsene om at de måtte oppsøke spesialisert psykisk helsehjelp, selv om de ikke opplevde å ha et behov for det selv. Disse forventningene kunne komme fra familie, omgangskrets og samfunnet for øvrig, men kunne også komme til uttrykk ved at de for eksempel ble sendt direkte til spesialisert psykisk helsevern, uten å føle et behov for den type hjelp. Enkelte fortalte at de hadde opplevd hjelpen i førstelinjen som mer nyttig. Om sitt møte med BUP fortalte en gutt:

Jeg følte at det var.. det tok så mye energi at det ikke var verdt det å dra til en psykolog. Og det er derfor jeg ikke er hos psykolog nå. At det var liksom.. Jeg følte ikke at jeg fikk noe ut av det. Og samtidig som alle sa at jeg måtte dra til psykolog. Så jeg vet ikke.. Jeg trenger jo sikkert en psykolog, men jeg vet ikke, altså.. Jeg hadde liksom ingen god grunn til å ha en psykolog annet enn at foreldrene mine og alle rundt meg sa at jeg måtte ha det.

En jente fortalte fra sin erfaring med DPS:

..jeg hadde sånn tre psykologtimer kanskje og så fikk jeg høre at jeg liksom var frisk, da, eller at jeg ikke trengte noe. Så da tenkte jeg 'okay, jeg trenger ikke noe.' Og så likte jeg heller mer å gå på tur og bare tenke alene og sånne ting.

3.3.5 Fleksibilitet, tilgjengelighet og proaktivitet

Fleksibilitet, tilgjengelighet og proaktivitet fra terapeuten eller behandlingsinstansen var viktige faktorer for mange som var fornøyde med det tilbudet de hadde fått. For eksempel ble det beskrevet som positivt at terapeutene møtte ungdommene på deres premisser. Dette kunne bety at man fikk oppfølging over telefon, hvis det ble for utfordrende å komme seg til behandleren, eller at man fikk tilpasset behandlingen slik at man kunne komme på ettermiddag eller kveld, og dermed ikke gå glipp av skoletimer. En informant fortalte at terapeuter fra BUP hadde kommet til hans skole for å gi behandlingen der, slik at han ikke trengte å reise:

For det var ganske greit å få. Så var det jo noe med at man får jo ikke.. Man har jo ikke mer timer enn man må (...). Så da var det bedre å få redusert dem. Så sånn, jeg tror ikke et alternativ hadde vært å dra til [sted], for da hadde jeg sikkert ikke stått skoleåret.

Andre hadde imidlertid ikke fått slik tilrettelegging og fortalte at de derfor kontinuerlig måtte vurdere nytteverdien av et tilbud fordi det tok mye tid, for eksempel av skoledagen, å oppsøke behandlere. Informanter i usentrale strøk fortalte også om lang reisevei til psykologen.

Flere beskrev at de opplevde den psykiske helsehjelpen som proaktiv. Dette kunne være i form av at man opplevde å bli prioritert og kontaktet, at timer var lett tilgjengelig, at man hadde en kontaktperson ved behandlingsinstitusjonen, at terapeuten ga bort sitt private telefonnummer med beskjed om å ta kontakt ved behov – eller, på den andre siden, at det ble respektert dersom man ga beskjed om at man ønsket å ta kontakt selv ved behov. En informant sa at han hadde opplevd hjelpen som proaktiv, ved at den alltid hadde vært lett tilgjengelig, når han selv hadde tatt kontakt.

Andre opplevde imidlertid at man i stor grad måtte be om hjelp selv og at tilbudet ble avvirket før man var klar for det, uten at noen fulgte opp i etterkant. Flere beskrev det som vanskelig å komme i kontakt med psykologen igjen, dersom de hadde hatt et oppbrudd i behandlingen.

3.3.6 Relasjonen til den som skal hjelpe

Det har jo stort sett da vært når den som skal hjelpe og pasienten kanskje ikke kommer så godt overens, ikke sant, med mye sånn personlig relasjon, da, ikke at de har vært dårlige leger eller psykologer, det har de helt sikkert ikke vært, men det har bare ikke funket for meg, ikke sant.

Mange av informantene som hadde mottatt en eller flere former for psykisk helsehjelp var opptatt av relasjonen til hjelperen og hvordan denne innvirket på opplevelsen av tilbudet. Enkelte mente også at relasjonen til den som skulle hjelpe var viktigere enn for eksempel kompetanse om traumer. Flere beskrev at det var viktig at «kjemien stemte» og at terapeuten var en god samtalepartner som virket genuin. På den andre siden beskrev enkelte, i likhet med informanten i sitatet over, at de ikke opplevde at de «klaffet helt» med terapeuten, uten at de av den grunn nødvendigvis satte spørsmålsteget ved vedkommendes kompetanse. Videre var det viktig å føle at man ble tatt på alvor, at terapeuten virket engasjert, for eksempel ved at vedkommende alltid husket hva man hadde snakket om ved forrige møte, og at terapeuten så de individuelle behovene til klienten. På den andre siden beskrev en informant at han ikke følte seg viktig fordi terapeuten hadde mange andre pasienter som var viktigere enn han selv, en annen opplevde at terapeuten glemte ham fra en

gang til den neste. En annen igjen beskrev en terapeut som var mer fokusert på hendelsen enn på pasienten og som uttrykte egne politiske meninger om saken under terapien.

Informantene var gjerne misfornøyde med terapeuter de hadde opplevd som lite forståelsesfulle og empatiske, og som for eksempel bagatelliserte det som hadde skjedd, eller som fremsto som *for* nøytrale og hvor man ikke opplevde at man fikk en emosjonell kontakt. Flere beskrev også at de opplevde at terapeuten ikke hadde forstått dem. En informant sa at hun ikke hadde turt å fortelle psykologen at hun ikke opplevde at de hadde god kontakt fordi hun var redd for å såre vedkommende. Det at de ikke kom overens med terapeuten gjorde at enkelte følte seg utrygge i behandlingssituasjonen. En informant fortalte imidlertid på den andre siden at han opplevde å komme *for godt* overens med psykologen, og at terapitimene dermed ble bare tøys og moro, men ingen faktisk bearbeidelse.

Noen informanter var opptatt av at det opplevdes positivt å ha en terapeut som kjente dem godt. Dette kunne for eksempel være hvis de av ulike årsaker hadde gått til den samme terapeuten også før terrorangrepet, hvis hjelperen var en person som informanten kjente fra sitt nærmiljø, for eksempel helsesøster eller en psykiatrisk sykepleier, eller dersom de hadde knyttet en relasjon til terapeuten rett etter hendelsen og fått beholde samme person gjennom hele løpet. På den andre siden opplevde enkelte, som ikke hadde denne tilknytningen fra tidligere, det som rart og unaturlig å skulle åpne seg for en fremmed person. En gutt fortalte fra sitt møte med BUP:

..det å høre at psykologer sier 'jeg skjønner deg og jeg forstår deg', og alt det der, det virker litt sånne tomme ord, på en måte. (...) Altså, selv om de kanskje er profesjonelle og har utdanning i det, og alt det der, så føler jeg at det å snakke med en helt fremmed person er veldig feil. Skal gjerne ha et tillitsbånd først, hvis du skjønner.

3.3.7 Tidsperspektivet

Det varierte en god del hvor lenge og hvor ofte informantene oppga å ha fått hjelp. Noen fortalte om relativt korte oppfølgingsløp, for eksempel at de hadde oppsøkt psykolog for å ta det de kalte « en psykisk helsesjekk», men kun hatt noen få timer. Mange fortalte om oppfølging som varte fra et halvt år til omtrent et og et halvt år, samtidig som flere fortalte at de fremdeles fikk hjelp fra psykolog eller annen

psykisk helsehjelp ved intervju tidspunktet, nesten tre år etter hendelsen. Enkelte av de som hadde avsluttet oppfølgingen sa at de visste at de kunne ta kontakt med terapeuten igjen, dersom behov skulle melde seg. Mange fortalte om at de hadde hatt et intensivt opplegg i perioden rett etter hendelsen på Utøya, med sjeldnere treff etter hvert som tiden gikk. Andre fortalte om mindre regelmessig oppfølging, at de oppsøkte terapeuten ved behov eller at hyppigheten hadde gått opp og ned i årene etter hendelsen.

Det varierte også når oppfølgingen hadde startet. Mens enkelte hadde hatt første møte med behandler få dager etter hendelsen, hadde andre ventet flere måneder før de fikk første time. Andre igjen hadde ikke følt behovet for å starte opp med slik behandling før det hadde gått en viss tid, for enkelte mer enn et år. En informant fortalte:

Jeg har egentlig ikke vært interessert eller generelt klar for å ta i mot hjelp før nå¹⁵, så jeg har.. Det tok lite grann tid å komme i gang, men jeg fikk starta hos psykolog (...) nå for, det var vel på starten av året en eller annen gang, tenker jeg.

Denne informanten fortalte altså at han følte seg klar for psykologisk behandling først omtrent to og et halvt år etter hendelsen. Flere hadde også gått til behandling i flere omganger. En gutt fortalte for eksempel:

..når det gjelder min psykolog (...) så stoppa vi samtalene våre i mars 2013. Og det er jo lenge siden. Så er det faktisk bare to og en halv uke siden at jeg kom til et punkt der jeg følte for å ta kontakt med henne igjen. Jeg hadde tenkt på det lenge, da. Men for to og en halv uke siden tok jeg kontakt og spurte om vi kunne, om ikke starte opp igjen regelmessig, så ha et møte. Sånn at jeg fikk snakka litt. Og det kom på et knips.

Det varierte imidlertid om informantene opplevde det som enkelt å komme inn i hjelpeapparatet igjen, dersom de hadde hatt en pause i behandlingen. Om problemer med å bli henvist på nytt fortalte en informant:

Jeg slutta på en måte i jula 2011. Så da hadde jeg gått siden sånn september. Og da trodde jeg på en måte at det gikk greit, så da slutta jeg. Og så fikk jeg problemer igjen sånn i februar og da var det jo et slags problem for da var jeg jo ute av systemet. Så da tok det jo litt tid før jeg kom meg inn igjen.

¹⁵ Intervjuet ble gjennomført i 2014, omtrent tre år etter hendelsen.

Det ble beskrevet som positivt dersom man fikk hjelp raskt, dersom tilbudet var omfattende fra et tidlig tidspunkt, dersom man kunne komme tilbake igjen etter en periode med pause fra behandlingen, og dersom det gikk kort tid mellom henvisning og time. En informant fortalte:

Jeg gikk til psykolog de fire første månedene, på en DPS, og ble ganske raskt erklært frisk derifra, og sendt videre. Og fikk en skikkelig knekk igjen i fjor sommer. Og da fikk jeg legetime samme dag, ny henvisning til psykolog og var inne til behandling i løpet av en uke. Så det har fungert perfekt for min del. Jeg har fått all den hjelpa jeg har bedt om.

Negative erfaringer dreide seg hovedsakelig om at det hadde tatt for lang tid før man fikk første time hos terapeut eller at det var vanskelig å komme inn i systemet igjen, dersom behandling hadde blitt avsluttet. Om prosessen med å få time i spesialisthelsetjenesten fortalte for eksempel en informant: «Ja, jeg ble jo satt på.. Jeg ble jo prioritert. Men det tok to og en halv til tre måneder før jeg fikk time».

3.3.8 Administrering av tilbudet

Noen informanter beskrev det som positivt at terapeuten bidro ved å ha god kommunikasjon med andre instanser. Ofte dreide dette seg om oppfølging med skole, eller praktisk hjelp, for eksempel i form av dokumentasjon ved sykemelding. Det ble også beskrevet som positivt dersom terapeuten fulgte opp eller overlappet ved bytte til annen behandler eller annen instans. På den andre siden beskrev imidlertid enkelte at deres tidligere psykolog *ikke* hadde fulgt opp ved bytte til ny behandler, og at dette hadde vært en belastning.

Noen informanter var misfornøyde med den psykiske helsehjelpen de hadde fått på grunn av mer generelle problemer med administreringen av tilbudet. Flere beskrev vanskelige situasjoner som følge av at psykologen de gikk til sluttet eller ble sykemeldt, eller at ordningen man var en del av ble nedlagt. For noen førte dette til at de avsluttet behandlingen før de ønsket, fordi de ikke orket å starte på nytt med en ny behandler. Bytte av behandler enten underveis i behandlingen, eller fordi behandlingsløpet hos den terapeuten man hadde var over, ble beskrevet som slitsomt av flere. For enkelte førte ferieavvikling til at det tok litt tid før man fikk hjelp. En beskrev problemer med henvisningen som en forsinkende faktor i det å få hjelp.

Enkelte informanter hadde av ulike årsaker søkt hjelp hos en terapeut uten refusjonsordning. For dem ble gjerne økonomi et sentralt punkt, fordi de opplevde at det var dyrt å få hjelp. Enkelte var misfornøyde med at de ikke fikk benytte psykologer de kjente fra før, fordi vedkommende ikke hadde refusjonsordning.

- Psykisk helsehjelp strekker seg i denne konteksten fra lavterskeltilbud i kommunen til spesialisert psykisk helsevern.
- Den psykiske helsehjelpen var viktig fordi den bidro til kontinuitet i hverdagen og ga en mulighet til å få snakke ut om det som hadde skjedd.
- Mange ulike behandlingstilnæringer ble benyttet. Det kom tydelig frem at intervensjoner ble opplevd ulikt og at de som overlevde hadde ulike behov etter hendelsen. Enkelte opplevde imidlertid behandlingen som lite nyttig fordi hensikten med behandlingsmetodene i liten grad ble kommunisert.
- Det ble opplevd som positivt dersom terapeuten var interessert i å ta opp andre temaer og utfordringer enn hendelsen på Utøya.
- Terapeutens kompetanse var viktig for mange. Å vite at den som skulle hjelpe hadde erfaring med traumer eller krigslignende hendelser opplevdes som trygt og ble etterlyst av enkelte. Noen mente at terapeuten deres manglet erfaring med å stå i såpass tunge saker.
- Mange opplevde en forventning fra omgivelsene om å oppsøke spesialisert psykisk helsehjelp. Flere hadde også forventninger til at psykologer skulle kunne hjelpe mer enn de opplevde at de gjorde.
- Fleksibilitet, tilgjengelighet og proaktivitet var viktige faktorer for mange som var fornøyde med det tilbudet de hadde fått. De som i liten grad hadde opplevd dette fortalte om en kontinuerlig vurdering av nytteverdien av tilbudet.
- Relasjonen med terapeuten var viktig og det ble opplevd som en trygghet dersom man kjente vedkommende godt eller fra tidligere.
- Det varierte hvor lenge og hvor ofte informantene hadde fått psykisk helsehjelp. For noen inntrådte behovet for hjelp flere måneder eller år etter hendelsen. Enkelte opplevde det som vanskelig å komme inn i behandlingsapparatet igjen dersom de tidligere hadde avsluttet behandlingen.

3.4 Spesialisert somatisk helsehjelp

De informantene som var fysisk skadd etter hendelsen fikk oppfølging ved ulike sykehus, samt under rehabiliteringsopphold. For disse ungdommene var dette en sentral del av oppfølgingen de fikk etter hendelsen, fordi de som tidligere nevnt noen ganger kan se ut til å ha havnet litt på utsiden av den kommunale oppfølgingsmodellen. I tillegg fortalte flere informanter om oppfølging fra fysioterapeut for somatiske skader og plager.

Mange var fornøyde med den somatiske helsehjelpen. Viktige aspekter for dem var kompetanse og at tilbudet fremsto som helhetlig. At behandlerne fremsto som kompetente og erfarne nok til å håndtere situasjonen, var viktig fordi det ga en følelse av trygghet. De som opplevde oppfølgingen på sykehus som helhetlig beskrev det som positivt at man fikk hjelp på flere områder, både fysisk og psykisk. En informant forklarte at dette ga mestringfølelse. En av de som hadde vært på rehabiliteringsopphold beskrev også det som positivt at det ikke kun hadde blitt fokusert på opplevelsen på Utøya under oppholdet.

I tillegg ble det fremhevet som positivt at sykehusene eller rehabiliteringsinstitusjonene hadde gode rutiner, noe som blant annet førte til at man fikk hjelp uten å måtte be om det selv. At behandlingseenhetene var proaktive og tilgjengelige, for eksempel ved at man fikk time raskt, eller at de sørget for at man enkelt kom inn i det øvrige hjelpeapparatet, ble også ansett som positivt.

Noen informanter fremhevet også relasjonen med behandler positivt. Dette kunne være ved at sykepleiere ved sykehusene skapte trygghet for dem, at alle ansatte ved sykehusene fremsto som omsorgsfulle, eller man kjente behandleren fra før. Til slutt ble det også nevnt at sykehusene var fleksible ved at man fikk beholde behandler ved sykehuset selv om man var utskrevet.

Misnøye med den somatiske helsehjelpen kan deles inn i tre kategorier. For det første opplevde enkelte at noen sykehusansatte ikke hadde den nødvendige erfaringen for å håndtere en såpass vanskelig situasjon, ved at de i for stor grad ble personlig berørt av hendelsens alvorlighetsgrad. Noen etterlyste også mer proaktivitet fra sykehusene, for eksempel fordi man opplevde ikke å bli fulgt opp og innkalt til nye timer, samt at det tok lang tid å få hjelp. Til sist hadde også noen negative erfaringer fra den somatiske oppfølgingen fordi relasjonen til behandler ikke hadde vært tilfredsstillende.

3.4.1 Fysioterapeut

Flere av de som overlevde på Utøya hadde fått oppfølging av fysioterapeut etter terrorangrepet, enten for plager som muskelsmerter, anspenhet og hodepine, eller som en del av oppfølgingen etter fysisk skade.

De som var misfornøyde med denne oppfølgingen var hovedsakelig dette fordi fysioterapeuten var lite fleksibel når det kom til tidspunkt for behandlingen. Fordi fysioterapibehandling gjerne kom i tillegg til annen oppfølging, fortalte flere at de hadde prioritert bort denne behandlingen fordi den falt på tider av døgnet hvor de for eksempel hadde skole.

Flere var imidlertid fornøyde med oppfølgingen, og da først og fremst fordi de opplevde det som et tilskudd til det å få et helhetlig hjelpetilbud, ved at man gjerne fikk en kombinasjon av fysiologisk og psykologisk behandling. Fysioterapeutens kompetanse på det man selv ikke kunne gjøre noe med, som muskulære plager, ble også fremhevet som positivt, mens andre fortalte om relasjonen til behandleren som det viktigste:

Det jeg har hatt best hjelp fra er kanskje fysioterapeut. Fordi at hun har fungert kanskje litt mer som en psykolog, for meg da, vil jeg si. Jeg klarte ikke å 'connecte' så bra med min psykolog, så.. Fysioterapeut har vært veldig bra.

- Mange var fornøyde med den somatiske helsehjelpen. Dette var hovedsakelig fordi de opplevde behandlerne som kompetente og at tilbudet fremsto som helhetlig, for eksempel fordi det ble kombinert med psykologisk behandling. Dette bidro til å skape trygghet.
- Misnøye med oppfølging på sykehus dreide seg hovedsakelig om at man ikke opplevde at de sykehusansatte hadde den nødvendige erfaringen til å stå i situasjonen, at sykehusene var lite proaktive, for eksempel med å følge opp innkallinger, eller at relasjonen med behandleren var dårlig. Misnøye med behandling hos fysioterapeut dreide seg hovedsakelig om dårlig tilgjengelighet i form av at behandlingen kun falt på tider av døgnet hvor de for eksempel hadde skole.

3.5 Kommunikasjon mellom ulike instanser

Som det har fremgått av det foregående var en lang rekke instanser involvert i å yte hjelp til de som overlevde terrorangrepet. Mange av ungdommene oppga også at de fikk hjelp av flere instanser samtidig eller i ulike perioder i tiden som har gått siden hendelsen. Kommunikasjon mellom ulike instanser blir da viktig for at oppfølgingsarbeidet skal fungere på en tilfredsstillende måte, men ikke alle opplevde at instansene klarte å følge opp på dette punktet, særlig dersom man fikk oppfølging av flere instanser samtidig. Flere fortalte at koordinering var avhengig av enkeltpersoner. For noen hadde dette fungert greit fordi koordinatoren i kommunen hadde fulgt opp tett, mens andre opplevde ordningen som sårbar og at det fungerte dårlig, særlig i starten. Et problem som ble fremhevet var også at man fikk informasjon fra mange forskjellige instanser, uten at dette var koordinert.

Et punkt hvor kommunikasjon har vært nødvendig har vært i forbindelse med henvisninger. Enkelte opplevde at henvisninger fungerte godt, at man raskt kom videre i systemet og at kommunikasjonen mellom henvisende og mottakende instans var god. Andre hadde imidlertid opplevd at koordineringen mellom ulike instanser var dårlig, og at videre henvisning derfor ikke fungerte, fordi det kun resulterte i at man ble sendt rundt i systemet uten å få hjelp. Noen beskrev også en manglende kompetanse når det gjaldt *hvor* man kunne henvises. Til slutt var det også noen som fortalte om lang ventetid dersom man først hadde havnet utenfor systemet. En informant fortalte:

..følte jeg måtte sette meg inn i veldig mye sånn helsevesengreier der, altså. Men jeg måtte i alle fall ringe rundt, og da fikk jeg tydelig tilbakemelding på at det kom til å bli lang tid til dette kom til å gå. Og nå husker jeg ikke helt hva jeg gjorde, men jeg husker jeg ringte rundt på mange måter. (...). Følte, opplevde det vel litt som en kamp mot systemet.

Fordi mange av de som overlevde terrorangrepet var unge mennesker i starten av studielivet, var det også relativt mange som flyttet i tiden etter hendelsen. Dette fordret kommunikasjon mellom ny og gammel bostedskommune om videre oppfølging. Enkelte beskrev at denne kommunikasjonen hadde fungert godt, ved at tidligere bostedskommune hadde fulgt opp og forsikret seg om at man fikk hjelp videre i ny bostedskommune. Andre fortalte om utfordringer knyttet til kommunenes oversikt over hvem de berørte var. Blant annet kunne det by på utfordringer å bo et annet sted enn sin folkeregistrerte adresse, for eksempel på grunn av studier, fordi

man da ikke fikk hjelp der man bodde og ikke fikk oppdatert informasjon. Videre beskrev også noen problemer i forbindelse med bytte til studenthelsetjenesten.

Enkelte fra små kommuner fortalte at deres hjemkommune hadde samarbeidet godt med nabokommuner for interkommunalt å kunne tilby et tilfredsstillende tilbud. Når det gjelder kommunikasjon mellom spesifikke instanser ble kommunikasjon mellom psykolog og skole eller mellom hjem og skole, beskrevet som velfungerende av enkelte, mens særlig kommunikasjon mellom private og offentlige tjenester, samt mellom helsevesenet og «de andre», for eksempel skolen og de rettslige instansene ble beskrevet som dårligere. Mer proaktivitet i kommunikasjonen ble etterlyst, for eksempel ved at helsevesenet kunne ta kontakt med NAV-systemet dersom de så at en sak var i ferd med å ruller opp.

4 Diskusjon

I denne rapporten har vi fra et brukerperspektiv sett på hva som kjennetegner den gode hjelpen og de gode hjelperne, men samtidig hvorfor hjelp oppleves som lite hensiktsmessig eller savnes etter større katastrofer. Etter terrorangrepet på Utøya oppga omtrent halvparten av de som overlevde at de hadde høyt eller meget høyt hjelpebehov for psykologiske reaksjoner, og en av seks rapporterte høye hjelpebehov for fysiske eller kroppslige helseproblemer (Stene et al., 2016). I denne undersøkelsen har det kommet frem at hjelp som fremsto som tilgjengelig, kompetent og kontinuerlig ble opplevd som nyttig av de som overlevde på Utøya. Samtidig ble det fremhevet at tidsperspektivet for hjelpen var for snevert, og flere ønsket lengre oppfølging. Elementene som fremheves i denne studien er viktige når man arbeider med unge mennesker, men vil også ha overføringsverdi til andre grupper i befolkningen. Et viktig aspekt som understrekes av funnene i denne rapporten, er at de berørte etter slike hendelser vil ha varierende behov. Det må tas høyde for dette ved utvikling av oppfølgingsmodeller. Videre finnes det ingen enkel oppskrift på hvordan man best kan følge opp etter katastrofer, da dette også må tilpasses hver enkelt hendelse og den lokale konteksten (Hobfoll et al., 2007).

4.1 Hvorfor var mange fornøyde med oppfølgingen de hadde fått?

Mange av de som overlevde på Utøya var fornøyde med oppfølgingen de fikk fra det offentlige etter terrorangrepet (Stene et al., 2016). Denne rapporten har kunnet gi mer innblikk i *hva* de var fornøyde med. Som vi har sett fremsto det som klart for mange at det var kommunen eller bydelen som hadde hovedansvaret for oppfølgingen av dem etter terroranslaget. Dette ble gjerne tydeliggjort ved at kriseteamene de fleste steder kom raskt på banen, med intensiv oppfølging i perioden rett etter hendelsen - en oppfølging som av mange ble beskrevet som fleksibel og proaktiv. Dette ble muliggjort fordi kriseteamene i de fleste kommuner er en del av den etablerte kriseberedskapen, som skal kunne mobiliseres på kort varsel. Det at hver enkelt skulle tildeles en kontaktperson, som var en spesifikk anbefaling etter hendelsene på Utøya, tok enkelte steder noe lengre tid å få på plass og det ser ut til å ha vært mer

variasjon og usikkerhet knyttet til hvordan det skulle gjennomføres (se også for eksempel Agenda Kaupang, 2016). Kontaktpersonen var likevel viktig for mange som koordinator i hjelpeapparatet, men også som en samtalepartner og en yter av ulike tjenester, avhengig av vedkommendes faglige bakgrunn. Et sentralt formål med å utnevne en kontaktperson til hver enkelt var at de som overlevde på Utøya skulle få én person å forholde seg til (Helsedirektoratet, 2011b). Det er tydelig at dette har vært et viktig og betyggende aspekt for mange av ungdommene.

Fastlegen var også en viktig hjelper for mange, hovedsakelig fordi hun representerte et lavterskeltilbud. Det kom frem at flere fastleger har vært proaktive i sitt arbeid, enkelte fordi de også fungerte som kontaktperson, men andre tilsynelatende kun i form av sin stilling som fastlege. Flere opplevde det som en trygghet at de kjente fastlegen sin fra før og stolte på at vedkommende kunne hjelpe. På den måten står fastlegen i en særstilling sammenlignet med for eksempel spesialisthelsetjenesten, og også i noen tilfeller kriseteamet, som mange berørte ikke hadde vært i kontakt med før hendelsen. Denne styrken ved fastlegenes rolle ble også tillagt vekt da de fikk hovedansvaret for den proaktive oppfølgingen etter tsunamikatastrofen i 2004 (Hjemdal, 2007). Erfaringen den gang var imidlertid at ikke alle fastleger fulgte opp proaktivt.

Mange fikk psykisk helsehjelp i perioden etter terrorangrepet. Enkelte gjennom lavterskeltilbud i kommunen, andre gjennom spesialisert psykisk helsevern og flere i en kombinasjon av disse. Det ser ut til at mange ulike tilnærminger ble brukt i dette arbeidet, og behovet for individuell tilnærming ble spesielt tydelig i disse dataene. Det ble fremhevet som positivt dersom man opplevde at terapeuten var opptatt av flere aspekter enn kun det som hadde hendt på Utøya, for eksempel relasjoner og andre deler av ungdommenes hverdag. Videre ble det beskrevet som nyttig å forstå hendelsene og å få psykoedukasjon. Tidligere forskning har også fremmet at psykoedukasjon, altså informasjon om vanlige reaksjoner og verktøy for å håndtere disse, er nyttig for de som har opplevd store katastrofer (Bisson et al., 2010). For mange lå det også en trygghet i det å vite at terapeuten deres hadde tilstrekkelig kompetanse, for eksempel fordi vedkommende hadde god kunnskap om traumeterapi.

Når det gjelder den somatiske helsehjelpen, har man tidligere funnet at de som ble innlagt på sykehus etter terrorangrepene opplevde å ha fått tilstrekkelig hjelp for fysiske og kroppslige plager (Stene et al., 2016). I den kvalitative undersøkelsen fant vi at de som hadde fått somatisk helsehjelp, fremhevet som spesielt viktig i denne sammenheng at tilbudet fremsto som helhetlig, ved at man fikk oppfølging både for psykiske og fysiske plager, og at pasientene hadde tillit til behandlernes kompetanse.

Tillit og trygghet har vært viktige kjerneelementer også blant dem som har vært fornøyde med annen type oppfølging.

Slik det fremgår av det foregående, har et gjennomgående tema i informantenes erfaringer med hjelpeapparatet vært et behov for trygghet. Det har vist seg at trygghet og forutsigbarhet kan komme av kontinuitet i tilbudet, at man opplever behandlere eller andre støttepersoner som kompetente, eller at relasjonen med den som skal hjelpe er trygg. Videre kan det å få psykoedukasjon og hjelp til å forstå hendelsene og egne reaksjoner, også bidra til å etablere trygghet.

4.2 Hva fungerte ikke i oppfølgingen?

Selv om mange var fornøyde med hjelpen de fikk etter terrorangrepet, var det likevel slik at en av fem rapporterte om udekkede hjelpebehov for psykiske plager og en av sju for fysiske plager (Stene et al., 2016). Slik det fremgår av resultatene i denne undersøkelsen, har mange av de som overlevde på Utøya mottatt oppfølging eller tilbud om hjelp fra en rekke ulike instanser. Vi vet også at mer enn ni av ti hadde kontakt med helsetjenesten i perioden fem til 15 måneder etter hendelsen (Stene & Dyb, 2015), noe som peker på at mange har hatt oppfølging over lengre tid. Til tross for at det dermed kan fremstå som at kommunene har vært på tilbudssiden når det gjelder tjenesteyting, er det altså likevel ikke alle som opplever å ha fått et tilstrekkelig tilbud. Som blant annet Haga et al. (2015) påpeker er det ikke slik at tilbud om oppfølging i seg selv sikrer at berørte får dekket sine hjelpebehov, fordi dette ikke sier noe om innhold og kvalitet. En bedre forståelse av hvorfor enkelte opplever ikke å ha fått dekket hjelpebehovet sitt, til tross for mange tilbud, kan man dermed få ved å se på innholdet i det som har blitt tilbudt, samt tidsperspektivet på hjelpen.

Tidsperioden som har gått siden hendelsen kan være avgjørende for hvorvidt man oppsøker hjelp og også hvilken hjelp man har behov for. Et sentralt spørsmål i oppfølgingsarbeidet etter store katastrofer er derfor hvor lenge og hvor ofte man skal tilby hjelp. Slik også denne studien viser, er det ikke et enkelt svar på dette spørsmålet, men tidligere forskning har vist at desto lengre tid som har gått siden en traumatisk hendelse, desto høyere er terskelen for å oppsøke hjelp (Schwarz & Kowalski, 1992). Selv om de berørtes motvilje mot å søke hjelp øker etter som tiden går, betyr ikke nødvendigvis dette at hjelpebehovene minsker. Flere av våre informanter fortalte om hjelpebehov som hadde inntrådt lenge etter hendelsen. Som

anbefalt av blant annet Schwarz og Kowalski (1992) bør derfor berørte etter katastrofer ha tilgang til lavterskeltilbud i hjelpeapparatet i lang tid etter hendelsen. Anbefalingene fra Helsedirektoratet var at oppfølging skulle tilbys i minst et år (Helsedirektoratet, 2011b). Senere kom det oppdaterte anbefalinger, men slik det fremgikk av evalueringen fra Agenda Kaupang (2016) hadde flere kommuner da avrundet det proaktive oppfølgingsarbeidet. At hjelpeapparatet blir mindre fokusert på å yte oppsøkende hjelp etter hvert som tiden går kan også henge sammen med at en forutsetning i for eksempel legers og psykologers arbeid er at pasienter med behov som regel oppsøker helsevesenet selv (Glad et al., 2009). Resultatene fra denne rapporten illustrerer imidlertid at dette ikke nødvendigvis kan forutsettes etter store katastrofer. Det kom frem at flere ønsket en lengre oppfølging fra det kommunale kriseteamet. Kriseteamenes mandat spesifiseres kommunalt, men har til felles at de skal ha et hovedansvar i akuttfasen. Eventuelle behov for lengre oppfølging skal ivaretas av den ordinære helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011d). Et åpent spørsmål ved senere katastrofer er imidlertid hvor lenge det er hensiktsmessig at kriseteamet skal følge opp.

Nyere anbefalinger fra Helsedirektoratet (2016) understreker at man skal være proaktiv i oppfølgingsarbeidet etter kriser og katastrofer. Dataene våre illustrerer imidlertid at det ikke er et enkelt svar på hvor offensiv man bør være i det oppsøkende arbeidet. Slik Glad et al. (2014) anbefaler, bør kontakten fra hjelpeapparatet være «aktiv, men ikke påtrengende» og pågå over tid (s. 543). Dette fordrer imidlertid at de som skal bedrive det proaktive hjelpearbeidet får opplæring i hvordan dette best kan gjennomføres i praksis. Enkelte informanter i denne studien opplevde for eksempel at de ble plassert i en offerrolle av hjelpeapparatet som de ikke følte seg komfortable med. I videreutvikling av den proaktive oppfølgingsmodellen er dette nyttige innspill til hvordan fagpersoner kommuniserer med rammede. Videre kan det oppstå et dilemma mellom å tilby nok hjelp, samtidig som man ikke skal overvelde de utsatte med tilbud. Enkelte av våre informanter opplevde for eksempel at hjelpen ble så intensiv i perioden rett etter terrorangrepet at det ble vanskelig å holde oversikt. Samtidig var det svært viktig for veldig mange å bli oppsøkt proaktivt. Slik det fremgikk av resultatene i denne rapporten, holder det ikke nødvendigvis å gi de berørte beskjed om at tilbud står åpne, dersom dette ikke følges opp. Flere av informantene fortalte om et udekket hjelpebehov fordi de selv ikke maktet å be om hjelp. Flere fortalte også om et begrenset hjelpebehov i perioden rett etter hendelsen, noe som hadde ført til at de da takket nei til hjelp. Da behovene senere meldte seg og de forsøkte å få innpass i hjelpeapparatet, opplevde de at det var vanskelig å få hjelp. Lignende erfaringer ble også rapportert fra ungdommer som avsluttet behandlings- eller oppfølgingsløp, men siden følte behovet for mer hjelp. Et viktig aspekt i denne sammenheng er også når man forventer at symptomer og behov

skal inntre etter store katastrofer. Forskning har for eksempel funnet at symptomer på PTSD kan inntre senere enn det man tidligere har antatt (Bonanno & Mancini, 2010; O'Donnell et al., 2013).

Flere ønsket lengre oppfølging fra kontaktpersonen. Man har tidligere funnet at nær halvparten av de som overlevde på Utøya ikke hadde kontakt med sin kontaktperson i perioden fem til 15 måneder etter hendelsen (Stene & Dyb, 2015). I enkelte tilfeller ser kontaktpersonene ut til å ha avsluttet den oppsøkende hjelpen raskt, i andre tilfeller har den berørte selv avsluttet kontakten, men senere sett et behov for hjelp. Det ble fremmet av flere i vår undersøkelse at kontaktpersonene burde ta kontakt igjen, selv om den berørte ga uttrykk for ikke å behøve hjelp. Det er imidlertid ikke kun lengden og intensiteten på oppfølgingen som avgjør om den i tilstrekkelig grad dekker eksisterende behov. Innholdet i intervusjonene, herunder hvordan disse forstås og oppleves av målgruppen, samt hjelpenes kompetanse er også sentrale i denne sammenhengen.

Når det gjelder den psykososiale oppfølgingen etterlyste noen et bredere mandat for kontaktpersonene. Kontaktpersonen skulle ifølge retningslinjene fra Helsedirektoratet, inneha en koordinerende rolle i oppfølgingsarbeidet. Det ser imidlertid ut til å ha vært store variasjoner når det gjelder både hvor mye og hvilken oppfølging de som overlevde på Utøya har fått fra sin kontaktperson. Kontaktpersonens rolle har blitt tolket ulikt i de forskjellige kommunene, og spesielt har det vært forskjeller når det kommer til hvor oppsøkende man skal være og hvor klare avtaler som ble gjort (Agenda Kaupang, 2016). Mer spesifikt viste vår studie også at kontaktpersoner har ytt ulike tjenester ut i fra faktorer som egen yrkesbakgrunn og ungdommens behov. Mens enkelte kun har fungert som en ren koordinator, har andre bidratt med enkelte helsetjenester eller vært en samtalepartner.

Når det gjelder den psykiske helsehjelpen, var det flere som opplevde behandlingen som lite hensiktsmessig fordi mål og hensikt med behandlingsløp og tilnærming i liten grad ble kommunisert. Dette gjorde at behandlingen eller rådene man fikk var fremmedgjørende eller uforståelige. Enkelte etterlyste også en større åpenhet i den psykologiske oppfølgingen for å snakke om alt man var opptatt av og hadde utfordringer med, for eksempel relasjoner i perioden etter terrorangrepet, og ikke bare det som hadde skjedd på Utøya. Terapeuter kan ha faglige begrunnelser for å fokusere på enkeltelementer i behandlingen, men dette funnet understreker betydningen av at hensikt med behandlingsmetoden kommuniseres til pasienten. I den forbindelse var også diagnosefokus et tema blant våre informanter, men dataene er ikke entydige på hva som opplevdes som mest positivt på dette området. Mens enkelte syntes det var en lettelse å få en diagnose, mente andre at dette bidro til å

oppretholde et negativt fokus. Som vi tidligere har vært inne på, uttrykte også noen at de ikke ønsket å bli plassert i en offerrolle etter det som hadde skjedd, og at det var viktig at hjelpeapparatet unngikk dette. En anbefaling fra Helsedirektoratet (2011b) var at man skulle begrense fokuset på symptomer og diagnoser i perioden etter terrorangrepet og heller fokusere på naturlig tilheling. Samtidig ble det understreket at det var viktig å fange opp dem som hadde plager som krevde behandling.

Avslutningsvis var hjelpernes kompetanse et sentralt tema i dette datamaterialet. Som vi allerede har vært inne på, fortalte flere om en trygghet knyttet til det å vite at den som skulle behandle eller hjelpe dem hadde god kompetanse på det. I sluttrapporten om oppfølgingen etter 22. juli 2011 skriver Helsedirektoratet (2015):

«Helsetjenestens viktigste suksessfaktor i beredskapssituasjoner er (...) at helsepersonell er dedikert, handlekraftig og vant med store og små krevende situasjoner i hverdagen» (s. 5). For at hjelpere skal være klare til å yte god hjelp i beredskapssituasjoner kreves altså både kompetanse og erfaring. I en tidlig kartlegging av kommunenes egen vurdering av hjelpetilbudet etter terrorangrepet, oppga en stor andel at de hadde tilstrekkelig kompetanse til å hjelpe (Helsedirektoratet, 2011a). Samtidig ble kompetanseheving, spesielt når det gjaldt kriseterapi og traumebehandling etterlyst. Noen av informantene i denne studien beskrev at de opplevde at helperne ikke var utrustet eller hadde kompetanse til å hjelpe ungdom som hadde opplevd en så dramatisk hendelse som terroranslaget på Utøya. Tidligere forskning på menneskeskapte katastrofer har pekt på lignende problemstillinger. Call og Pfefferbaum (1999) beskriver fra krisearbeidet etter terrorangrepet i Oklahoma i 1995 at det var en utfordring i hjelpearbeidet at de som var ansatt for å hjelpe, for eksempel psykologer, terapeuter og andre, ikke hadde den nødvendige erfaringen og kompetansen til å stå i et såpass krevende arbeid over tid. Call og Pfefferbaum (1999) understreker derfor at det er sentralt å ha erfarne traumespesialister tilgjengelig som selv har tilgang til kollegial støtte i sitt arbeid. Siden man må behandle for å få erfaring, vil det naturlig nok være nødvendig at også behandlere uten traumeerfaring deltar i oppfølgingsarbeidet. Disse bør imidlertid ha tilstrekkelig undervisning om traumebehandling på forhånd og veiledes underveis. Vi ser at de som overlevde på Utøya har vært i kontakt med mange instanser, og mange potensielle helpere. Perioden rett etter terrorangrepet fremstår som en tid med mye vilje, for eksempel fra kommunene, men også fra spesialisthelsetjenesten, til å yte tjenester. Videre hadde mange av de som overlevde også behov for hjelp over et lengre tidsrom. Selv om noen fikk oppfølging av traumespesialister kommer det tydelig frem at dette ikke gjaldt alle, og for flere ble det en ekstra belastning dersom de merket at den som skulle følge dem opp opplevde situasjonen som svært krevende og var sterkt personlig berørt. Dette kan gi rom for usikkerhet knyttet til hvorvidt behandleren vil være i stand til å yte hjelp, og ungdommer fortalte om slike

opplevelser både i møte med kriseteam, fastlege, psykolog og somatisk spesialisthelsetjeneste.

Terrorangrep vil ofte skape frykt og emosjonelle reaksjoner også i den øvrige befolkningen, noe man så var tilfellet i perioden etter angrepene i Oslo og på Utøya (Thoresen, Aakvaag, Wentzel-Larsen, Dyb, & Hjemdal, 2012). Ansatte i hjelpeapparatet vil også påvirkes av dette. I evalueringen av den psykososiale oppfølgingen etter terrorangrepet kom det frem at kommunene etterlyser rutiner og anbefalinger for hvordan man skal følge opp hjelperne i slike situasjoner (Agenda Kaupang, 2016). I retningslinjene for psykologisk førstehjelp (Brymer et al., 2006), finnes en egen del som tar for seg hvordan hjelpere også kan hjelpe og beskytte seg selv. Denne veiledningen gir råd, både når det gjelder hjelpernes vurdering av eget utgangspunkt *før* man går inn i traumearbeidet, hvordan man kan håndtere egne reaksjoner *under* arbeidet og i tiden etterpå (Brymer et al., 2006; Vernberg et al., 2008). Disse retningslinjene kan også brukes på ledelsesnivå i rekruttering og oppfølging av personell (Vernberg et al., 2008).

4.3 Kommunikasjon mellom ulike instanser

I denne undersøkelsen har vi sett at bytte av oppfølgingsinstans eller behandler kunne føre til misnøye med hjelpen. Dette kunne, slik også Agenda Kaupang (2016) peker på, være i forbindelse med bytte av primærkommune på grunn av flytting, men kunne også dreie seg om bytte av behandler, for eksempel fra barn- til voksenpsykiatri. Et viktig moment i psykologisk førstehjelp etter katastrofer er å etablere trygghet og gi omsorg og stabilitet til de berørte (Brymer et al., 2006; Hobfoll et al., 2007). Kontinuitet i hjelpetilbudet er en viktig forutsetning for opplevelse av stabilitet og trygghet. I en så omfattende oppfølgingsprosess som den mange hadde behov for etter terrorangrepene, er det uunngåelig at behandlere slutter, at pasienter må bytte fra BUP til voksenpsykiatri, eller mellom kommunal- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg var mange av de som overlevde på Utøya unge mennesker i starten på voksenlivet, en befolkningsgruppe som ofte er mobile, for eksempel i forbindelse med studier. I tilknytning til dette fortalte flere av våre informanter om dårlig kommunikasjon mellom ny og gammel bostedskommune, noe som førte til manglende oversikt over hvor de berørte befant seg. Agenda Kaupang (2016) gjorde lignende funn i sin undersøkelse. Det er imidlertid viktig at kontinuitet

i tilbudet sikres, for eksempel gjennom overlapping mellom ny og gammel behandler eller oppfølgingsenhet, og gjennom koordinering mellom ulike instanser og kommuner. I de tilfeller man lyktes med dette ble det gjerne fremhevet som et positivt aspekt ved oppfølgingen av informantene i denne undersøkelsen.

4.4 Styrker og svakheter ved datamateriale og metode

Avslutningsvis følger en drøfting av styrker ved studien, samt mulige svakheter. Denne studien baserer seg på et unikt datamateriale, bestående av førstehåndsfortellinger fra dem som overlevde det alvorligste terrorangrepet i Norge i fredstid. Slike førstehåndsfortellinger er spesielt verdifulle når man skal studere hvordan hjelpeapparatet oppleves fra et brukerperspektiv, da de gir et godt innblikk i hvordan systemet forstås og oppleves fra dem som benytter det. Videre er datamaterialet verdifullt fordi intervjuene ble foretatt i en periode hvor flere fremdeles mottok hjelp. Dette kan bidra til at informantene bedre husker detaljer og nyanser fra det de skal fortelle om. I og med at dataene bygger på 261 intervjuer, er de også meget omfattende til å være et kvalitativt datamateriale. Å ha kvalitative intervjudata fra så mange, som har opplevd den samme hendelsen, gir bredde i materialet og er også særlig verdifullt når man ønsker å studere en ordning fra et brukerperspektiv. Til tross for at vi anser datamaterialet for å være meget verdifullt er det også noen potensielle utfordringer knyttet til materialet og de metodiske valgene, som vi ønsker å diskutere avslutningsvis.

Som nevnt i kapittel 2, var et større intervjukorps engasjert i datainnsamlingen. I kvalitative studier vil egenskaper ved intervjueren, også kalt intervjuerens refleksivitet, være med på å avgjøre hva en informant forteller i intervjusituasjonen og dermed hvilken informasjon som blir tilgjengelig. Dette kan for eksempel dreie seg om den mellommenneskelige relasjonen mellom informant og intervjuer, men også hvilke oppfølgings spørsmål som stilles. For at dette ikke skulle gjøre for stort utslag på de kvalitative dataene, ble alle intervjuere kurset på forhånd og intervjuguiden ble nøye gjennomgått.

Hvordan spørsmål formuleres er også en viktig forutsetning for hva slags informasjon man får ut av et forskningsintervju. Slik det fremgår av intervjuguiden, ba vi eksplisitt informantene om å fortelle om både positive og negative erfaringer. Alle informantene ble spurt om positive erfaringer først, og selv om enkelte likevel

valgte å starte med å fortelle om negative erfaringer, holdt de fleste seg til denne rekkefølgen i sine svar. Denne måten å stille spørsmål på vil til en viss grad være med på å forme hvordan informantene svarer, det kan for eksempel være en risiko for at informanten fremstår som mer positiv eller mer negativ enn hva som egentlig er tilfellet, alt etter hva man spør om først, fordi vedkommende legger mest vekt på å besvare første del av spørsmålet. Samtidig gir en slik spørsmålsformulering mer fokuserte svar og gir rom for å utdype nyanser i erfaringene.

5 Konklusjon

I denne rapporten har vi sett på hvordan de som overlevde terrorangrepet på Utøya opplevde oppfølgingen de fikk fra det offentlige hjelpeapparatet, herunder hva de syntes var nyttig hjelp, hva de opplevde som lite hensiktsmessig og om det var oppfølging de savnet. Brukerperspektivet har vært utgangspunkt for arbeidet da dette er sentralt når man skal vurdere hvorvidt hjelpetilbudet har vært tilstrekkelig. Det har kommet frem at faglig kompetanse og forutsigbarhet i hjelpen som tilbys, bidrar til trygghet for dem som skal motta oppfølging. Et generelt bilde er også at den proaktive, psykososiale oppfølgingen, som tok utgangspunkt i modellen foreslått av Helsedirektoratet, har fungert godt i starten de fleste steder. Samtidig har denne studien belyst tre punkter som det kan være hensiktsmessig å fokusere på ved fremtidige hendelser.

Først og fremst er tidsperspektivet på hjelpen viktig, da mange opplevde at tilbudet forsvant for raskt. Det viser seg at man ikke kan forvente at alle med hjelpebehov selv vil ta initiativ til å oppsøke hjelpeapparatet, og at behovet for oppfølging kan være tilstede også lang tid etter hendelsen. Dette kan gjelde praktisk hjelp, og psykologisk eller somatisk behandling.

I tillegg til at lengden og intensiteten på oppfølgingen er viktig, er også innholdet i intervensjonene, samt hjelpernes kompetanse sentrale. Oppfølgingsarbeid etter større katastrofer er ofte krevende arbeid som gjerne må pågå over tid. Det er derfor avgjørende at de som skal utføre arbeidet får opplæring, oppfølging og kollegial støtte. I denne undersøkelsen kom det frem at hjelpere som fremsto som uerfarne eller lite kompetente, kunne gi rom for utrygghet og usikkerhet knyttet til hvorvidt de ville være i stand til å yte hjelp.

Til sist bør det fokuseres på å kommunisere formål med intervensjoner og behandlingsmetoder til målgruppen. Enkelte etterlyste mer informasjon om mål og hensikt med behandlingen de mottok, og særlig i møte med psykisk helsehjelp var det flere som opplevde behandlingen som lite hensiktsmessig fordi formålet med behandlingssløp og tilnærming i liten grad ble kommunisert. Dette kunne bidra til at behandlingssituasjonen fremsto som fremmedgjørende.

Litteratur

- Agenda Kaupang. (2016). Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli 2011. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., . . . Olf, M. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(1), 69-74. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066266
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2010). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 74-83.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(1), 53-62. doi: 10.1002/jts.20007
- Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., . . . Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, *40*(12), 2049-2057. doi: 10.1017/S0033291710000206
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(1), 3-8. doi: 10.1002/jts.20310
- Brymer, M. J., Layne, C. M., Jacobs, A. K., Pynoos, R. S., Ruzek, J. I., Steinberg, A. M., . . . Watson, P. (2006). Psychological First Aid. Field Operations Guide. 2nd Ed.: National Child Traumatic Stress Network/National Center for PTSD.
- Bugge, I., Dyb, G., Stensland, S. Ø., Ekeberg, Ø., Wentzel-Larsen, T., & Diseth, T. H. (2015). Physical injury and posttraumatic stress reactions. A study of the survivors of the 2011 shooting massacre on Utøya Island, Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(5), 384-390. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.09.005>
- 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. doi: 10.1176/ps.50.7.953
- Dyb, G., Glad, K., & Hafstad, G. S. (2016). Utøya-studien: Forskningsetiske betraktninger. I V. Enebakk, H. Ingierd, & N. O. Refsdal (red.), *De berørte etter 22. juli. Forskningsetiske prinsipper* (s. 27-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- 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. doi: 10.1192/bjp.bp.113.133157

- Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. I C. Øverlien, M. J. Hauge, & J. H. Schultz (red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 45-62). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fairbrother, G., Stuber, J., Galea, S., Pfefferbaum, B., & Fleischman, A. R. (2004). Unmet need for counseling services by children in New York City after the September 11th attacks on the World Trade Center: implications for pediatricians. *Pediatrics*, *113*(5), 1367-1374.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, *5*(1), 80-92.
- Gaarder, C., Jorgensen, J., Koldstadbraaten, K. M., Isaksen, K. S., Skattum, J., Rimstad, R., . . . Naess, P. A. (2012). The twin terrorist attacks in Norway on July 22, 2011: The trauma center response. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *73*(1), 269-275. doi: 10.1097/TA.0b013e31825a787f
- Glad, K., Jensen, T., & Dyb, G. (2014). "Er det hjelp du har savnet etter terroranslaget på Utøya?" Foreldrene forteller. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *51*, 537-545.
- Glad, K., Jensen, T., Nygaard, E., Dyb, G., & Hafstad, G. S. (2009). Møtet med hjelpeapparatet etter tsunamien – behov og tilfredshet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *46*(5), 473-475.
- Haga, J. M., Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S., & Dyb, G. (2015). Early postdisaster health outreach to modern families: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *5*.
- Helsedirektoratet. (2011a). *Helsemessig og psykososial oppfølging av rammede etter 22.07.2011. Oppsummering av spørreskjema til kommunene*.
- Helsedirektoratet. (2011b). *Oppfølging av berørte og rammede etter terrorhandlingene i Oslo og på Utøya 22.07.2011. Tillegg til veileder*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2011c). *Råd for oppfølging av rammede etter hendelsene på Utøya*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2011d). *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2011e). *Veiledning for kartlegging av belastninger etter hendelsene på Utøya*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2015). *Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011. Sluttrapport for prosjektperioden. 10/2015*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved krise, ulykker og katastrofer*. Oslo.
- Hjemdal, O. K. (2007). *Fastlegenes oppfølging av de berørte etter tsunamien*. (Rapport 1/2007). Oslo: NKVTS.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, *70*(4), 283-315. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Koplewicz, H. S., Cloitre, M., Reyes, K., & Kessler, L. S. (2004). The 9/11 experience: Who's listening to the children? *Psychiatric Clinics of North America*, *27*(3), 491-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2004.04.001>

- Michel, P. O. (2014). *Moderne krisestøtte. Oppsummering basert på internasjonal litteratur*. Oslo: NKVTS.
- Nader, K., Pynoos, R. S., Fairbanks, L., & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1526-1530. doi: doi:10.1176/ajp.147.11.1526
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(04), 467-480. doi: doi:10.1017/S0033291707001353
- NOU 2012:14. (2012). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-14/id697260/sec1>.
- O'Donnell, M. L., Varker, T., Creamer, M., Fletcher, S., McFarlane, A. C., Silove, D., . . . Forbes, D. (2013). Exploration of delayed-onset posttraumatic stress disorder after severe injury. *Psychosomatic Medicine*, 75(1), 68-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSM.0b013e3182761e8b>
- Pfefferbaum, B., Noffsinger, M., Sherrieb, K., & Norris, F. (2012). Framework for research on children's reactions to disasters and terrorist events. *Prehospital Disaster Med*, 27(6), 567-576.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Flynn, B. W., Norris, F. H., & DeMartino, R. (2002). Disaster mental health services following the 1995 Oklahoma City bombing: Modifying approaches to address terrorism. *The International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 7(8), 575-579.
- Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. (1992). Malignant memories. Reluctance to utilize mental health services after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12), 767-772.
- 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(158).
- Stene, L. E., & Dyb, G. (2016). Research participation after terrorism: an open cohort study of survivors and parents after the 2011 Utøya attack in Norway. *BMC Research Notes*, 9(1), 1-10. doi: 10.1186/s13104-016-1873-1
- 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(1809).
- Thoresen, S., Aakvaag, H. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., & Hjerdal, O. K. (2012). The day Norway cried: Proximity and distress in Norwegian citizens following the 22nd July 2011 terrorist attacks in Oslo and on Utøya Island. *European Journal Of Psychotraumatology*. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.19709
- Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2008). Stepped Care. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(5), 585.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., . . . Ruzek, J. I. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 381-388. doi: 10.1037/a0012663

- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603-613. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.603
- Westerlund, H. (2012). Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse & Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Whalley, M. G., & Brewin, C. R. (2007). Mental health following terrorist attacks. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 94-96. doi: 10.1192/bjp.bp.106.026427
- Wiström, E. D., Stene, L. E., & Dyb, G. (2016). Etter Utøya-angrepet - hvem fikk tidlig hjelp? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 14-15(136), 1223-1226.

Vedlegg 1: Intervjumanual

Del I Åpne og lukkede spørsmål

Hjelpetiltak

Q1. ÅPENT SPØRSMÅL:

Instruksjon til intervjuer:

La informanten snakke fritt.

Få informanten til å utdype hvorfor noe har vært nyttig/ikke har fungert.

Nå er det gått snart tre år siden du var på Utøya. Vi ønsker å få vite hvordan du har opplevd oppfølgingen fra det offentlige hjelpeapparatet i den tiden.

Kan du fortelle om hjelp du synes har vært nyttig?

Kan du fortelle om noe du synes ikke har fungert så godt i oppfølgingen?

Vedlegg 2: Instanser og yrkesgrupper

Psykososial oppfølging etter Helsedirektoratets modell	<ul style="list-style-type: none"> • Kriseteam • Krisehjelp på Sundvollen • Kommunen, overordnet eller uspesifisert • Kontaktperson
Fastlege, bedriftslege og legevakt	<ul style="list-style-type: none"> • Fastlege • Legevakt • Lege i bedriftshelsetjenesten
Psykisk helsehjelp	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjeneste, uspesifisert • Psykolog, uspesifisert instans • Psykolog, studentsamskipnad • Psykolog, privatpraktiserende avtalespesialist • Psykolog, privat (ikke avtale) • Psykiatrisk sykepleier • Psykiater, uspesifisert instans • Modum Bad • Kommunal psykisk helsetjeneste • DPS • BUP eller BUPA • Familievernkontor eller Bufetat • Statens Barnehus • Helsesøster • Traumesenter
Spesialisert somatisk helsehjelp	<ul style="list-style-type: none"> • Ullevål sykehus • Sykehus, uspesifisert • Rehabiliteringsopphold • Fysioterapeut

I denne rapporten har vi sett på hvordan de som overlevde terrorangrepet på Utøya selv vurderte tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet. Formålet med dette var å belyse fra et brukerperspektiv hva som kjennetegner god hjelp etter katastrofer og hvorfor hjelp kan oppleves som lite hensiktsmessig eller savnes. Rapporten bygger på kvalitative intervjuer med 261 av de som overlevde terrorangrepet på Utøya, hvor de har fortalt om både negative og positive erfaringer med hjelpeapparatet.

Oppfølgingen som dekkes i denne rapporten inkluderer psykososiale tiltak etter Helsedirektoratets modell, og oppfølging fra fastlege, bedriftslege og legevakt, psykisk helsehjelp og spesialisert somatisk helsehjelp. Den proaktive oppfølgingen som ble anbefalt av Helsedirektoratet, hvor kommunale kriseteam spilte en sentral rolle, ser ut til å ha fungert godt de fleste steder, i den første fasen etter terrorangrepet. Mange opplevde imidlertid at tilbudet forsvant for raskt. Det viser seg at man ikke kan forvente at alle med hjelpebehov selv vil ta initiativ til å oppsøke hjelpeapparatet, og at behovet for oppfølging kan være tilstede også lang tid etter hendelsen. I tillegg til at lengden og intensiteten på oppfølgingen er viktig, er også fokus på innholdet i intervensjonene, samt hjelpernes kompetanse sentralt.

Det kom også frem at det er viktig å kommunisere formål med intervensjoner og behandlingsmetoder til målgruppen for at disse skal oppleve hjelpen som nyttig.



Rapporter kan lastes ned fra www.nkvts.no

ISBN 978-82-8122-114-7 (trykk)

ISBN 978-82-8122-115-4 (PDF)

ISSN 0809-9103

Rapport nr. 3 2017

NKVTS.NO