

22. juli-terroren: Fra sjokk til mestring

FREJA ULVESTAD KÄRKI

Terrorangrepet i Norge den 22. Juli 2011 på Utøya og i Regjeringskvartalet representerte en prøvestein på flere måter. Dette var første gangen som et terrorangrep skjedde på norsk jord etter krigens dager – og det store antallet ofre representerte en psykososial utfordring som helsetjenesten aldri tidligere var stilt overfor. En slik utfordring forutsatte at både kapasiteten og kompetansen var på plass, at den organisatoriske forankringen av tjenestetilbudet var på riktig nivå, og ikke minst at det var flyt i samarbeidet mellom ulike nivåer i helsetjenesten samt med alle relaterte tjenester. For å sikre best mulig hjelp til ofrene valgte man å bytte ut aktiviteten mot *proaktiviteten* i helsetjenesten. En ny modell for psykososial oppfølging i kommunene ble utviklet og pilotert¹. Modellen legger til grunn fire prinsipper: ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippet. Artikkelen gir en innføring i sentrale trekk i den myndighetsstyrte oppfølgingsmodellen² som ble implementert i alle de 428 norske kommunene etter 22. juli-terroren. Tyngdepunktet vil ligge i den psykososiale *langtidsoppfølgingen*.

Terrorens psykologiske konsekvenser

De aller fleste som blir rammet av sterkt belastende hendelser vil ikke få langvarige psykologiske men. Det er viktig å skille mellom normale og ventede krisereaksjoner og reaksjoner som forutsetter ekstra oppmerksomhet og spesielle tiltak. Vi vet at overlevende som enten selv har opplevd eller bevitnet sine nærmeste i direkte livsfare, alternativt vært vitne til skader og dødsfall, er mest utsatte for alvorlige og langvarige ettervirkninger. Det samme gjelder for de som under hendelsen har opplevd seg å være ekstremt redde og hjelpeløse (1). Forekomsttall for posttraumatisk stressforstyrrelse i internasjonale studier varie-

rer mye, men som et estimert gjennomsnitt vil 30 % av barn og ungdom utsatt for katastrofer ha vedvarende eller gradvis økende symptomer i løpet av første 1–2 år (2). Studier etter skyteepisoder i barnehage eller skole viser at ca 1/3 utvikler posttraumatisk stress disorder (PTSD). De overlevende ungdommene fra Utøya rapporterte 5–6 måneder etter hendelsen hele seks ganger større symptomtrykk i sammenligning med normalpopulasjonen med hensyn til posttraumatiske reaksjoner (3). Oppsummert finner man at ung alder, nærhet til hendelsene, tap av nære, funksjonstap måneder etter hendelsene (4–6) knyttet til skade, og familiære forhold, har stor betydning for utvikling av psykopatologi, somatiske plager og atferdsvansker i etterkant av terror (7–8). Reaksjonene vil i tillegg være avhengige av individuelle karaktertrekk hos den som blir rammet samt eventuell tidligere sårbarhet, noe hjelpetiltakene må ta høyde for. Kunnskap om fellesbehov hos traumeutsatte danner grunnlaget for de generelle anbefalingene. I

SKRIBENTEN

Freja Ulvestad Kärki är specialist i klinisk psykologi och organisationspsykologi. De senaste tio åren har hon verkat som nationell (Norge) och internationell hälsovårdsbyråkrat vid WHO och EU. Hon är projektledare för den hälsomässiga och psykosociala uppföljningen av händelserna den 22 juli på det Norske Helsedirektoratet och leder EES-samarbetet om våld i nära relationer och könsbaserat våld i Slovakien och Estland.

- 1 De ansatte i Regjeringskvartalet ble primært fulgt opp via Bedriftshelsetjenesten – en egen modell som baserte seg på arbeidsgiverens ansvar ble utviklet.
- 2 Den arbeidsgiverforankrede modellen for oppfølging av de ansatte i Regjeringskvartalet er beskrevet i andre sammenhenger, se eksempelvis Hansen, M.B. mfl. Proximity to terror and post-traumatic stress: a follow-up survey of governmental employees after the 2011 Oslo bombing attack, 2013 og Kärki, F. & Weisæth L. (under publisering).

den psykososiale oppfølgingen vil det være viktig å betone betydningen av at hjelpen blir individuelt tilpasset behovene til det enkelte offeret og denne sin familien, noe som er spesielt utfordrende i en situasjon med et stort antall skadede. Det å fokusere på de styrkene som den rammede selv og det umiddelbare nettverket hennes/hans besitter eller har tilgang på, er like viktig som å gjøre en analyse av ulike sårbarhetsfaktorer (9). Ikke noe hjelpeapparat uansett kompetanse og kapasitet vil kunne kompensere for den mestringstøtte som i de fleste fall kan mobiliseres i de rammedes nettverk og gjennom likemannsarbeid.

Den psykologiske førstehjelpen i den helt akutte fasen går ut på å trygge og berolige den katastrofeutsatte, ikke å intervensere gjennom hjelpetiltak som fokuserer på den emosjonelle belastningen som hendelsen representerer. Det å hindre at traumerelaterte minnesbilder festner seg har under de senere år fått økende oppmerksomhet, og nyere studier indikerer at dersom den rammedes oppmerksomhet umiddelbart etter hendelsen rettes mot kognitive oppgaver vil de traumeladede minnebildene ikke konsolidere seg like effektivt. Konsolidering av minner vil kunne ha betydning for eventuell senere utvikling av posttraumatisk stress-syndrom (PTSD). I stedet for fokus på den emosjonelle belastningen kan den rammede eventuelt tilbys avlastningssamtaler (defusing) med kognitiv innhold, eksempelvis gjennom gjenfortelling av faktene i hendelsesløpet og hvordan den rammede klarte å håndtere situasjonen (10). Oppdatert forskning (1) på området poengterer at umiddelbar fokus på følelsesmessige belastningene kan til og med ha negativ prognostisk effekt på symptomdannelsen (jf debriefing som tidligere var gjengs praksis)

De faktiske hendelsene

Skytingen på Utøya pågikk i 72 minutter før terroristen ble grepet og ufarliggjort av politi. Av de 565 ungdomsleirdeltakere som var på Utøya ble 69³ drept, og mange fikk fysiske skader⁴. I over en time var øya preget av krigslignende tilstander med en gjerningsmann som jaktet på sine ofre utkledd som politi, og utstyrt med et automatvåpen med ammunisjon som vanligvis brukes når man jakter storvilt. Prosjektilene eksploderte i kroppen og gjorde stor skade hos dem som ble truffet. Noen av ungdommene prøvde å snakke til terroristen, andre løp og gjemte seg på den lille øya, og enkelte la på svøm i det 14 grader varme van-

net for å komme i sikkerhet på fastlandet som lå ca. en kilometer fra øya. Under tiden ble det sendt hundrevis av tekstmeldinger til foreldre og venner for å informere om situasjonen, og det ble ringt utallige ganger til politiets nødtelefon. Fortvilte foreldre ble hjelpeløse vitner til hendelsene, noen fikk aldri tak på ungdommen sin før det var for sent. Den psykologiske terroren som ungdommene og deres foreldre ble eksponert for denne fredags-ettermiddagen hadde ufattelige dimensjoner. De rammede var i sjokktilstand – så var også nasjonen Norge. Hendelsen ble sågar betegnet som et *nasjonalt traume*. Det ble raskt mobilisert førstehjelp på Sundvolden hotell som lå på landsiden, og frivillige hjelpere fra Røde Kors strømmet til. En stor mobilisering av helsepersonell – psykologer, psykiatere og psykiatriske sykepleiere skjedde umiddelbart – og psykologisk førstehjelp ble gitt til de som ble bragt fra Utøya til hotellet. Det ble tidlig åpenbart at også innsatspersonellet – både de profesjonelle og de frivillige hjelperne som hadde vært utsatt for sterke påkjenninger – var i behov for organisert psykososialt tilbud. Avlastningssamtaler ble organisert for dem i regi av et eksternt kompetansemiljø samtidig som man var opptatt av at det var nødvendig å tenke i termer av behovshierarkier: psykologisk førstehjelp til de direkte rammede skulle komme i første rekke.

Den proaktive oppfølgingsmodellen piloteres

Et av de første tiltakene som helsemyndighetene satte i gang var

a) å samle sammen landets fremste eksperter på psykotraumatologi til *en ekspertgruppe*, og b) å etablere sektorovergripende samarbeidsstrukturer i form av et *nasjonalt Samarbeidsorgan*. Dagen etter terroren publiserte myndighetene *Nasjonal veileder for psykososiale tiltak etter kriser, ulykker og katastrofer*⁵ (11) på sin nettside for å støtte kommunenes arbeid med ofrene. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress⁶ (NKVTS) og de

3 Det totale antallet omkomne inkludert 8 personer som døde i eksplosjonen i Regjeringskvartalet samme ettermiddag var på i alt 77.

4 de fysiske skadde ble 56 personer sendt til sykehus (Helsedirektoratet, 2012).

5 Denne veilederen var allerede ferdigstilt og skulle lanseres i august 2011.

6 NKVTS var etablert i 2004.

fem regionale praksisnære Ressursentrene om vold-, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) ble tildelt viktige oppgaver i utvikling av en oppfølgingsmodell, og i kompetanseoppbygging i helsetjenesten og de relaterte sektorene. I det nasjonale samarbeidsorganet for oppfølging etter 22. juli inngikk representanter fra alle relevante samfunnssektorer så som helse og sosial, kommunesektoren, barnevern, fylkesmannsembetet, de mest sentrale fagforeningene, frivilligsektor, Arbeiderpartiets Ungdoms Forening (AUF som var ansvarlig for Utøya-samlingen) og Støttegruppen for de rammede, i tillegg til ekspertgruppen.

Et sentralt spørsmål ble hvorvidt man skulle bruke den samme tilnærmingen som man hadde valgt etter Tsunamien i 2004, hvor myndighetene anbefalte at fastleger skulle kontakte de overlevende på sine pasientlister for å vurdere behovet for psykososial oppfølging (12)⁷. Man konkluderte imidlertid raskt at det pga hendelsens karakter og de forventede konsekvensene var nødvendig med *en proaktiv tilnærming* fra helsetjenestens side, og at man skulle gjøre bruk av kompetansen i *de kommunale psykososiale kriseteamene*. Det faktum at det på den 22. juli skjedde to ulike terrorangrep mot to ulike målgrupper (Arbeiderpartiets ungdomslag og regjeringsapparatet) bidro til at to ulike modeller for oppfølging ble valgt: 1) *en proaktiv kommunemodell for Utøya-ofre med pårørende og etterlatte, og* 2) *en arbeidsgiverf oorankret bedriftshelse-tjenestemodell for de som ble rammet på sin arbeidsplass i Regjeringskvartalet.*

Følgende prinsipper skulle følges i den proaktive kommunemodellen (13)⁸:

- **Proaktiv holdning** fra primærhelsetjeneste, kriseteam eller Helse, Miljø og Sikkerhetstjeneste etter prinsippet om aktiv oppfølging, med kontinuitet i vurdering av hjelpebehov (*alle* rammede og berørte skulle kontaktes og tilbys hjelp og oppfølging), eventuell henvisning til spesialisttjenesten.
- **Egen kontaktperson** i kommunen med oppgave å koordinere hjelpen (dersom denne ikke hadde helsefaglig kompetanse skulle man vurdere behovet for eventuell henvisning til helsetjenesten).
- **Kontinuitet i kontakten** mellom kontaktpersonen og den rammede.
- **Hypptighet** i kontakten (med individuell tilpasning, men i utgangspunktet gradvis avtagende).

- **Langsiktighet** i oppfølgingen (man forutsatte at behovet ville være til stede under en lengre tidsperiode, jamfør belastninger som f.eks. påfølgende rettssak).
- **Samhandling** med andre tjenesteytere.
- **Tre standardiserte funksjonskartlegginger**⁹ av de rammede fra Utøya i løpet av det første året, til faste tidspunkter.
- **Den individuelle oppfølgingen skulle kompletteres med kollektiv oppfølging**, gjennom fylkesvise kollektive samlinger for overlevende og pårørende, samt nasjonale samlinger for etterlatte¹⁰. De kollektive samlingene besto av psykoedukative plenumforelesninger i kombinasjon med terapeutisk arbeid i smågrupper under profesjonell ledelse.

Som målgruppene for oppfølgingen definerte man foreldre og søsken som mistet nære pårørende på Utøya, foreldre, barn og søsken til de som mistet livet i Regjeringskvartalet, de som ble skadet enten fysisk eller psykisk av skytingen eller i bombeattentatet og deres pårørende, samt de frivillige hjelperne som satte sitt eget liv i fare for å redde ungdommer fra Utøya. De unge ofrene hadde geografisk spredning over hele landet. Dette medførte at alle kommuner fikk et utvidet ansvarsområde sammenlignet med tidligere praksis ved kriser og katastrofer. I tillegg var de fleste ungdommene elever eller studenter, hvilket innebar en høy grad av mobilitet og tilsvarende behov for psykososialt beredskap i innflyttingskommuner. I utgangspunktet hadde 44 % av kommunene i Norge en eller flere rammede. De fleste av disse bodde i Oslo og Akershus, deretter kom Østfold, Nord-Trøndelag og Buskerud. Forskningsprogrammet som ble etablert på NKVTS for å studere konsekvensene av katastrofen med henblikk på funksjonsnivå, symptomutvikling og behov for helsehjelp hadde også som mål å fungere som «sikkerhetsnett»

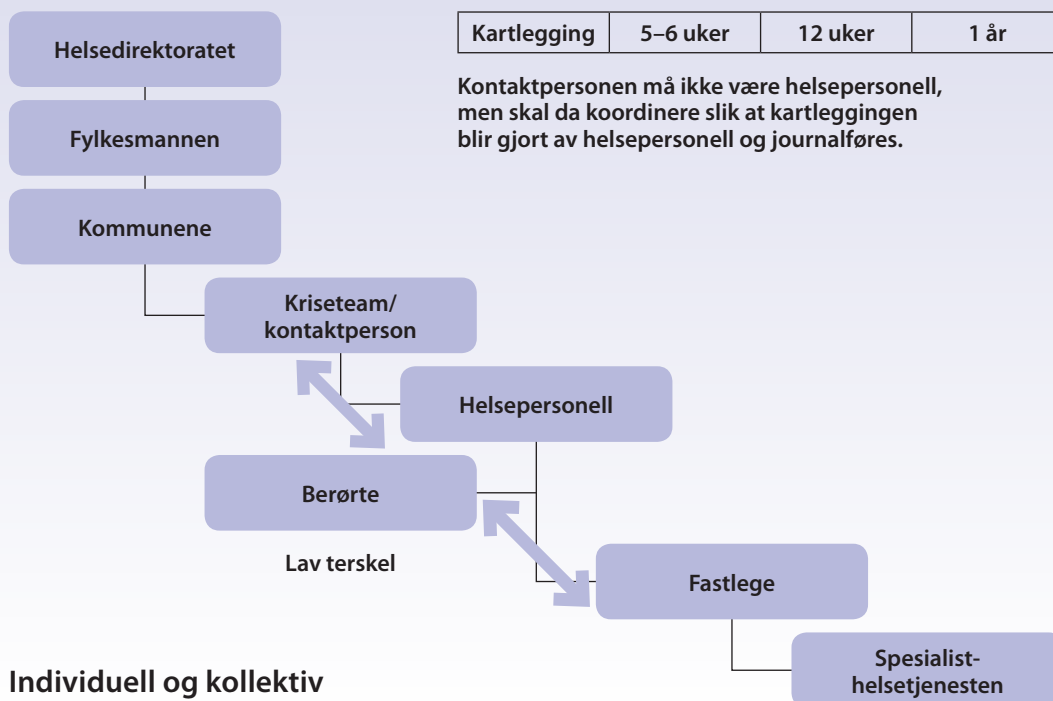
7 Halvparten av de overlevende rapporterte om kontakt med fastlegen – kun 10 % rapporterte om at de ble viderehenvist til spesialisthelsetjenesten (Hjemdal, 2007).

8 Kärki, F. i Kärki & Weisæth, 2014 (under publisering).

9 Evaluering/vurderingsskjema som ble brukt var utarbeidet på grunnlag av erfaringer fra skoleskytinger og fra terroranslag i USA (9/11) og etter naturkatastrofen Katrina. Den implementeres nå som standard sjekklister for ungdom/unge voksne etter katastrofer.

10 De mest sentrale fagmiljøene hadde ansvar for å arrangere de fylkesvise samlingene. De nasjonale samlingene ble arrangert separat for etterlatte fra Utøya (fire helgesamlinger med Senter for Krisepsykologi som fagansvarlig) og Regjeringskvartalet (en kveldssamling og to helgesamlinger med Modum Bad som fagansvarlig), under ledelse av Helsedirektoratet som vertskap.

Proaktiv oppfølgingsmodell



Figur 1. Proaktiv modell for psykososial oppfølging, NKVTS, 2011.

for ofrene fra Utøya. De semi-strukturerte intervjuene med respondentene ble foretatt av helsepersonell med instruks å henvise videre dersom det ble oppdaget udekkede behov for psykologisk hjelp. (Figur 1).

Implementeringen og foreløpige resultater fra den individuelle oppfølgingen

To kommuneundersøkelser ble iverksatt i regi av Helsedirektoratet for å finne ut hvorvidt intensjonene med den proaktive modellen hadde blitt fulgt; i september/oktober 2011 og april/mai 2012 (14–15). Slik rapportering er en krevende øvelse, og det vil alltid finnes spørsmål som ikke får gode nok svar. Vurdering av egne prestasjoner innebærer alltid en habilitetsmessig feilkilde. Rapporten konstaterer også at kommunenes ståsted «ikke nødvendigvis sammenfaller med hvordan de rammede selv, eller andre aktører, opplever oppfølgingsarbeidet». Det er likevel de kommunale tjenestene som er nærmest til å fortelle om hvordan utfordringene i tjenestene ble løst, og hvilke problemer som gjenstår. Resultatene indikerte at det var gode samarbeidsrelasjoner

mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og at den egne kompetansen og kapasiteten i stort ble vurdert som tilstrekkelig. Svikten i oppfølgingen ble rapportert å være på ca 20 % (1. kartlegging) og 12,8 % (2. kartlegging), men at den i stort ble håndtert godt/tilfredsstillende. Der man ikke hadde klart å gi god nok oppfølging handlet det om problemer med oppfølging hos fastlege, vansker med å oppnå kontakt med de rammede, henvisning til spesialisthelsetjenesten (som lange ventetider), eller at oppfølgingen i skolen ikke var god nok. Den andre kartleggingen viste at av de direkte rammede hadde 95,5 % fått tilbud om oppfølging i sine kommuner/bydeler (av disse en drøy fjerdedel i spesialisthelsetjenesten). I tillegg var det en betydelig gruppe som inngikk i den utvidete definisjonen rammede som også hadde fått oppfølging. Resultatene fra T1 i Utøya-studien ved NKVTS og forskningen med de etterlatte ved Senter for krisepsykologi indikerer at de aller fleste rammede hadde fått tilbud om egen kontaktperson, og at det kun var en mindre andel som ikke var fornøyd med den psykososiale oppfølgingen i stort. En stor andel av Utøya-respondentene, ca. 70 %, hadde blitt henvist til spesialisthelsetjenesten.

Ordlista

Orden anges alfabetisk ordning i den form de förekommer i texten.

allerede	redan	nepp	knappast
alt, i alt	allt som allt	nok	nog, tillräcklig
anbefalingene	rekommendationerna	nå	nu
ansatte	anställda	pårørende	släktingar, anhöriga
atferdsvansker	beteendeproblem	rammede, rammet	drabbad
barnehage	daghem	Regjeringskvartalet	regeringskvarteret
barnevern	barnskyddet	rekke, i første rekke	i första hand
Bedriftshelsetjensten	företagshälsovården	rettes	riktas
bedret	bättre, förbättrad	samfunnet	samhället
berolige	lugna	samhandling	interaktion, samverkan
bevisst	medveten	sammenligning	jämförelse
bidragsyter	medverkande, bidragande kraft	sammenlignet	jämfört
brukerstemme	användarnas röst, användargrupp	samvirkeprinsippet	samverkansprincipen
danner	utgör, bildar	sjekkliste	checklista
dersom	om	sjokk	chock
dryg	dryg	skytteepisoder	skjutningar
dugnad	frivilligt arbete, "talko"	slik	sådan
enkelte	helt enkelt	stede, til stede	närvarande
enten	antingen	stedet	stället
etterlatte	överlevande	stilt	ställt, ställts
etterkant	efter, efteråt	stressforstyrrelse	stressyndrom (forstyrrelse = störning)
evaluerings-skåre	betyg, siffror	ståsted	synpunkt
fastlege	husläkare, allmänläkare	sykefravær	sjukfrånvaro
feilkilde	felkälla	sykepleiere	sjukvårdarna, vårdpersonalen
fellesbehov	gemensamma behov	symptomdannelsen	symptomutvecklingen
festner sig	etsas fast, blir kvar	syntes	ansåg
foreløpig	preliminär	svikten	brist
forhold	förhållanden, omständigheter	sågar	till och med, rentav
formålet	syftet	særlig	i synnerhet
fornøyd	nöjd	sømløs	friktionsfri, smidig
fortelle	berätta, ange	søsken	syskon
fortvilte	förtvivilade	tap av nære	förlust av nära, närtstående
fulgt	följts	terskel	tröskel
funksjonstap	funktionsnedsättning, nedsatt funktion	tilbudet (tjenestetilbudet)	tillgång, utbud, erbjudande, möjlighet
følelsesmessig	känslomässig	tilbys	erbjuds
gjenfortelling	återberättande, repetition, genomgång	tilpasset	anpassad
gjenstår	återstår	tilstrekkelig	tillräcklig
habilitetsmessig	kompetensmässig, kvalitetsmässig	tilsvarende	motsvarande
halvparten	hälften	tiltak	åtgärd
helsevern	vård, hälsovård	tjenesteytere	tjänsteleverantörer
henblikk, med henblikk på	med avseende på	trekk	drag
holdning	angreppssätt, inställning	truffet	träffad, träffat
hyppighet	frekvens, förekomst	ufravikelig	absolut
håndtere	hantera	uker	veckor
høyde, ta høyde for	ta med i beräkningen	utdanning	utbildning
kun	bara, endast	utfordring	utmaning
lav	låg	utfordrende	krävande, utmanande
lavere	lägre	utstyrt	utrustad
likemannsarbeid	kamratstöd	utvidet	utvidgat
mestring	coping	valgte (valge)	valde
mye	mycket	vanskelig	svår, svårt
måter	sätt	vansker	svårigheter
		vedvarende	ihållande
		veileider	vägledning
		vertskap	vård, värdskap
		vurdering	utvärdering, bedömning, uppskattning

Fler ord kan slås upp på www.tradusa.se,
www.lexikon24.nu eller www.nob-ordbok.uio.no.

tjenesten (3). Dette kan indikere et høyt nivå av symptomtrykk, men også at man eventuelt justert kriteriene for henvisning til psykisk helsevern for denne gruppen. Evalueringen av den proaktive oppfølgingsmodellen i sin helhet er planlagt gjennomført i 2014.

Den kollektive oppfølgingen

Den individuelle oppfølgingen ble komplettert med kollektive samlinger for både etterlatte og for overlevende og deres pårørende. Fire nasjonale helgesamlinger for Utøya-etterlatte ble arrangert i regi av helsemyndighetene (etterlatte fra Regjeringskvartalet hadde sine egne samlinger på Modum Bad), etter en modell som man hadde gode erfaringer med fra Senter for Krisepsykologi. En variant av denne modellen ble også brukt i Finland etter Tsunamien (16–17). De overlevende med familier ble invitert til fylkesvise samlinger i sine hjemfylker. De kollektive intervensjonene har flere fordeler (18): flere kan få hjelp samtidig, faktainformasjon kan formidles og deles, reaksjoner kan normaliseres og valideres gjennom psykoedukativ tilnærming i kombinasjon med smågruppesamtaler, og man kan mobilisere gjensidig støtte og bidra til nettverksetablering blant deltakerne. Formidling av selvhjelpsmetoder kan være en god mestringsstøtte. Evalueringer som Helsedirektoratet gjennomførte blant deltakerne umiddelbart etter samlingene bekrefter at formålet ble oppnådd: samlet deltok fra 63 til 69 av de etterlatte familiene på en eller flere samlinger, og resultatene fra den fjerde og siste samlingen viste at 90–96 % av de voksne syntes at samlingene var til meget stor eller stor hjelp. Hele 99 % av deltakerne vurderte samtalegruppene som nyttige eller meget nyttige i sin sorgprosess (19).

De fylkesvise samlingene fikk noe lavere evalueringsskåre, men også her vurderte 77 % av deltakerne at det var til meget stor eller stor hjelp å komme sammen med andre overlevende/pårørende. Samtalegruppene var mest verdsatt: 76 %¹¹ svarte at disse var til hjelp i svært høy eller høy grad. Særlig de pårørende var positive til samlingene. 90 % opplevde *svært høy* eller *høy* grad av tillit til de som ledet smågruppene, og 88 % hadde *svært høy* eller *høy* tillit til de som ledet samlingene. Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli hendelsene (etablert nesten umiddelbart etter terrorangrepet) var en aktiv bidragsyter til planlegging og gjennomføring av samlingene. De har i tillegg fungert som rådgiver til

myndighetene under hele oppfølgingen. To og et halvt år etter terroren er det etablert 15 fylkeslag for likemannsarbeid i regi av Støttegruppen, og med sine 1 000 medlemmer representerer gruppen en tydelig brukerstemme i utvikling og implementering av fremtidige tjenester for traumerammede.

Utfordringsbildet videre

Resultatene fra T1 og T2 i Utøya- forskningsprogrammet indikerer at det – ikke uventet – er relativt høye nivåer av posttraumatiske symptomer hos de overlevende ungdommene og deres foreldre. De etterlatte rapporterer om fortsatt vanskelig situasjon med høyt sykefravær, samtidig som de uttrykker tilfredshet med den proaktive oppfølgingsmodellen, selv om noen ikke opplever seg å ha fått den spesifikke hjelpen som de har hatt ønske/behov for (20). Det er flere forhold som tilsier at det er vanskelig å trekke konklusjoner om hvorvidt den proaktive modellen reelt har bidratt til å forebygge utvikling av posttraumatiske symptomer hos målgruppene. Hendelsenes unike karakter, den påfølgende terrorrettssaken og arbeidet til den nedsatte 22. juli kommisjonen har naturlig nok hatt konsekvenser for de rammedes individuelle mulighet til bearbeiding og tilpasning til livet etter terroren. Det samme gjelder for vurderingen om gjerningsmannen tilregnelighet under angrepet. Også den enorme medieoppmerksomheten har representert en tilleggsbelastning selv om denne også kan ha bidratt til å mobilisere og opprettholde kollektiv støtte til ofrene. I kjølvannet av pilotering av modellen kan man konstatere at fokus på sekundær traumatisering hos foreldre og søsken samt oppfølging av familier som helhet burde vært mer eksplisitt fra begynnelsen. Etter 22. juli er forventningene fra publikum til tjenesteapparatet endret. Det samme gjelder likemannsarbeidets rolle i det totale bildet. Det vil neppe være mulig etter en stor katastrofe *ikke å tilby* oppsøkende hjelp fra tjenesteapparatet uten omfattende reaksjoner fra både ofrene og fra allmennheten. Som et ledd i å ta vare på kunnskapen og erfaringene fra 22. juli har helsemyndighetene satt i gang vurdering av å forskriftsfeste de kommunale psykososiale kriseteamene. De nyetablerte samarbeidsstrukturene på sin side vil kunne være en betydelig mobiliserbar ressurs neste gang det er behov for effektiv og

11 N= 703. Respondentrate 71 %.

sømløs samarbeid over sektorgrensene. Samtidig er det en ufravikelig forutsetning for bedret traumerespons at alle sentrale aktører er og blir sitt ansvar bevisst: En nasjonal dugnad innebærer at samfunnet som helhet klarer å opptre som en læringsintensiv organisasjon.

Freja Ulvestad Kärki
freja.ulvestad.karki@helsedir.no

Freja Ulvestad Kärki:
Ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Michel, P-O. Moderne krisestøtte. Oppsummering basert på internasjonal litteratur. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk vekst 2013.
2. Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. Weighing the Costs of Disaster. *Psychological Science in the Public Interest* 2010;11:1-49. doi: 10.1177/1529100610387086.
3. Dyb, G., Jensen, T., Nygaard, Ø., Diseth, T., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S. Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *The British Journal of Psychiatry*. 2013. doi: 10.1192/bjp.dp.113.133157
4. Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F., Fairbanks, L. Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1057-63. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800240031005
5. Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. Malignant Memories: PTSD in Children and Adults after a School Shooting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991 30(6), 936-944. doi: 10.1097/00004583-199111000-00011
6. Trappler, B., & Friedman, S. Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn Bridge shooting. *American Journal of Psychiatry* 1996;153: 705-707.
7. Neria, Y., Digrande, L., & Adams, B. G. Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: A review of the literature among highly exposed populations. *The American psychologist* 2011. doi:10.1037/a0024791
8. Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. 60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature 2002 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239. doi:10.1521/psyc.65.3.207.20173
9. Kärki, F. & Weisæth, L. Fra Sjokk til Mestring. Gyldendal Akademisk 2014 (under publisering).
10. Dyregrov, A. Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget 2002. 2. utgave.
11. IS-1810 Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, Helsedirektoratet 2011.
12. Hjemdal, Ole K. Fastlegenes oppfølging av de berørte etter tsunamien. Rapport nr 1/2007, NKVTS.
13. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. Oppfølging av berørte og rammede etter terrorhandlingene i Oslo og på Utøya 22.07.2011. Skriv til Helsedirektoratet 2011.
14. IS-1946. Helsemessig og psykososial oppfølging av rammede etter 22.07.11. Oppsummering av spørreskjema til kommunene. Rapport Helsedirektoratet 2011.
15. IS-2010 Kartlegging av kommunenes oppfølging av de rammede etter 22.7.11. Spørreskjema til kommunene og fylkesmennene, Rapport Helsedirektoratet 2012.
16. Saari, Salli (red.). Kamratstöd under professionell ledning och den psykiska återhämtningen efter tsunamin. Finlands Röda Kors psykologiska kamratstöd för de omkomnas anhöriga. Mellanrapport. Finlands Röda Kors, 2006.
17. Saari, Salli. Palonen, Kirsti. Coping with the psychological consequences of the tsunami. Finnish Red Cross professionally led peer support project for the relatives of the deceased. Finnish Red Cross, 2009.
18. Dyregrov, A., Straume, M. Kollektiv ivaretagelse etter katastrofer: Erfaringer fra «Sleipnerulykken». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2003;40:92-101.
19. Kärki, F. Oppsummering av evalueringsresultater fra kollektive samlinger for etterlatte. 2011, 2012, 2013.
20. Dyregrov, K., Kristensen, P., Johansen, I. Etterlatte foreldre, partnere, søsken og venner etter Utøya-drapene 22.07.2011. Oppsummering av forskningsprosjekt – første datainnsamling, 1,5 år etter. Senter for Krisepsykologi, 2013.

Summary

The 22 of July terror: from shock to control

After the terror of the 22nd of July 2011, Norwegian health authorities piloted a new model for municipality-based psycho-social follow-up of victims. The principles emphasize proactivity from the service providers, individually tailored help with one's own contact person in the municipality of residence, continuity and long-term focus, and effective inter-sectorial collaboration and standardized screening of symptoms during the first year. Collective gatherings were organized for the bereaved as well as for the survivors' and their families. Tentative results indicate a high level of success in model implementation. The overall effect of the interventions will, however, be subject to future evaluation.