

Etter Utøya-angrepet – hvem fikk tidlig hjelp?

BAKGRUNN Etter terrorangrepet på Utøya 22.7. 2011 anbefalte Helsedirektoratet en proaktiv kommunal modell for oppfølging. I denne modellen skulle kriseteamene raskt kontakte de overlevende, og alle overlevende skulle få en fast kontaktperson i kommunen. Formålet var å sikre tidlig hjelp og kontinuitet i oppfølgingen. I denne studien kartlegger vi om det var geografiske forskjeller i hjelpetilbudene som ble gitt.

MATERIALE OG METODE Studien inkluderer 321 av 495 overlevende etter Utøya-angrepet. Deltagerne ble intervjuet 4–5 måneder etter terrorangrepet. Vi kartla om det var forskjeller i andel overlevende som fikk proaktiv oppfølging og andre helsetjenester ut fra helseregion eller bostedskommunens sentralitet.

RESULTATER Studien viste at det var geografiske forskjeller i helsehjelpen som ble gitt, ved at en lavere andel overlevende fikk proaktiv oppfølging i Oslo sammenlignet med landet for øvrig. I Oslo oppga 66 % av de overlevende at de ble kontaktet av kriseteam og 61 % at de fikk en kontaktperson. I mindre sentrale kommuner oppga 88–98 % kontakt med kriseteam og 85–91 % å ha fått en kontaktperson.

FORTOLKNING Funnet må ses i sammenheng med at Oslo kommune var særlig hardt rammet av terrorangrepene 22.7. 2011. Organisatoriske forhold i kommunen kan også ha hatt betydning for utfallet.

Terrorhandlinger kan gi alvorlige akutte stressreaksjoner og på sikt posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) eller andre kroniske helseproblemer (1–3). De som blir rammet, vet ofte ikke hvilken hjelp som finnes, og noen kan vegre seg for å be om hjelp (4). Tidlig oppsøkende (proaktiv) kontakt med katastroferammede ble derfor prøvd ut i Norge etter tsunamien i Sørøst-Asia i 2004, med positiv tilbakemelding fra dem som mottok hjelpen (5, 6).

På bakgrunn av Utøya-angrepet ekstreme alvorlighetsgrad og det at de fleste overlevende var ungdommer eller unge voksne, ble helsetjenestene mobilisert for å forebygge og behandle psykiske plager. Helsedirektoratet ga etter kort tid råd og veiledning til alle berørte kommuner om igangsetting av proaktiv oppfølging, det vil si aktivt etablere kontakt med berørte rett etter hendelsen (7–11).

Kommunenes kriseteam eller andre i det kommunale hjelpeapparatet skulle kontakte de overlevende umiddelbart og tilby bistand. I tillegg skulle alle overlevende få en fast kontaktperson i kommunen. Vedkommende skulle ivareta kontinuiteten i oppfølgingen, sørge for at det ble gjennomført standardiserte kartlegginger av psykiske reaksjoner gjennom det første året og bidra til at de berørte fikk nødvendig helsehjelp. Tilbudet om kontaktperson skulle være uavhengig av om de overlevende fikk hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Omfanget av hjelpen de overlevende fikk, er undersøkt tidligere (12, 13). Mange oppga at de fikk tidlig hjelp fra kriseteamene (86,9%) og kontaktpersonen i kommunen

(83,8%), men den proaktive oppfølgingen nådde ikke ut til alle. De overlevende var bosatt i kommuner av ulik størrelse med varierende helsetilbud og nærhet til spesialister. Hensikten med studien var å kartlegge om det var forskjeller i andelen overlevende som fikk proaktiv oppfølging mellom de fire helseregionene og mellom kommuner med ulik grad av sentralitet de første 4–5 månedene etter terrorangrepet på Utøya.

Materiale og metode

Dette er en deskriptiv observasjonsstudie. Det ble identifisert 495 personer som overlevde terrorangrepet på Utøya. Fire barn under 13 år og en som bodde utenlands ble utelukket fra studien, og invitasjonsbrev ble sendt til 490 overlevende. Totalt 325 overlevende deltok, men fire ble i denne studien utelukket fordi de var bosatt utenlands under intervjuperioden. Vi inkluderte dermed 321 overlevende (66%).

Studien er basert på semistrukturerte intervjuer utført av helsepersonell. Metoden er beskrevet tidligere (14). Studien ble utført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Den er finansiert av Helsedirektoratet og Norges forskningsråd og godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Variabler

Hjelpetiltak til overlevende ble målt med følgende ja-nei-spørsmål:

- Kommunens kriseteam: «Tok noen fra kriseteamet eller andre ansatte fra kommunen/bydelen kontakt med deg rett etter hendelsen?»

Erik David Wiström

erikwistrom@hotmail.com
Brattvåg legekontor
Haram kommune

Lise Eilin Stene

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
og
Sosialpediatrisk seksjon
Barne- og ungdomsklinikken
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Grete Dyb

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
og
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Studien er basert på en studentoppgave ved Universitetet i Oslo.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Det var geografiske forskjeller i helsehjelpen som ble gitt etter terrorangrepet på Utøya

Færre overlevende bosatt i Oslo fikk den anbefalte proaktive oppfølgingen sammenlignet med landet for øvrig

Dette kan ha sammenheng med at Oslo ble særlig hardt rammet av terrorangrepet, men det kan også skyldes organisatoriske forhold i kommunen

Tabell 1 Oppfølging av de overlevende etter Utøya-angrepet i de fire helseregionene¹

	Helse Nord (n = 48)		Helse Midt-Norge (n = 57)		Helse Vest (n = 38)		Helse Sør-Øst (n = 178)		P-verdi
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	
Kommunens kriseteam (n = 316)	46	[96]	53	[95]	35	[95]	143	[82]	0,005
Kontaktperson (n = 310)	43	[91]	53	[96]	30	[81]	135	[79]	0,008
Fastlege (n = 317)	34	[71]	34	[61]	18	[47]	113	[65]	0,137
Spesialisthelse- tjenesten (n = 316)	37	[79]	35	[63]	28	[74]	131	[75]	0,240
Dekket behov (n = 309)	41	[87]	50	[96]	33	[92]	144	[83]	0,066
Drøfte behov (intervjuer) (n = 283)	13	[31]	9	[19]	4	[14]	60	[36]	0,024

¹ Prosentandelene er beregnet ut fra antall overlevende som har besvart spørsmålet i hver region

Tabell 2 Proaktiv oppfølging og dekning av hjelpebehov hos de overlevende etter Utøya-angrepet ut fra bostedets sentralitet¹

Bosted	Usentralt (n = 44)		Noe sentralt (n = 178)		Storby unntatt Oslo (n = 54)		Oslo (n = 45)		P-verdi
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	
Kommunens kriseteam (n = 316)	43	[98]	155	[88]	50	[96]	29	[66]	< 0,001
Kontaktperson (n = 310)	40	[91]	150	[88]	44	[85]	27	[61]	< 0,001
Dekket behov (n = 309)	38	[88]	151	[88]	47	[94]	32	[71]	0,007
Drøfte behov (n = 283)	12	[32]	47	[31]	7	[15]	20	[45]	0,015

¹ Prosentandelene er beregnet ut fra antall overlevende som har besvart spørsmålet i hver kategori

- Kontaktperson: «Har du hatt en kontaktperson i kommunen/bydelen?»
- Fastlege: «Etter hendelsen på Utøya 22. juli, har du fått hjelp fra fastlegen din?»
- Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste: «Etter hendelsen på Utøya 22. juli, har du fått hjelp fra psykolog eller psykiater i spesialisthelsetjenesten, for eksempel BUP, DPS eller andre?»
- Dekket hjelpebehov: «Får du dekket de behovene du mener du har for hjelp etter det som skjedde på Utøya 22. juli (for eksempel fra psykolog, lege, sykepleier, sosialarbeider, eller andre profesjonelle)?»
- Intervjuers vurdering av hjelpebehovet: «Er det kommet frem noe i intervjuet som tilsier at du bør drøfte hjelpebehovet med informanten?»

Deltagernes folkeregistrerte adresse ble brukt for å bestemme bosted, helseregion og bostedskommunens sentralitet (Statistisk sentralbyrås standard for sentralitet) (15). Deltagerne ble spurt om de hadde flyttet til en annen kommune etter terrorangrepet, og adressen ble oppdatert på intervjutidspunktet. En bostedskommune uten større tettsted (minst 15 000 innbyggere) og mer enn en time unna slikt tettsted

ble definert som «usentralt». Kommuner med storby inkluderte Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand og Tromsø. Oslo ble studert separat fordi denne byen hadde flest terrormammede og klart større befolkning enn de andre storbyene. Øvrige bostedskommuner ble definert som «noe sentrale».

Overlevende med to utenlandsfødte foreldre ble definert å ha utenlandsk bakgrunn, mens de med minst én norskfødt forelder ble definert som å ha norsk bakgrunn. Deltagernes økonomiske situasjon ble målt med spørsmål om hvor god råd de syntes de selv (de som ikke bodde sammen med foreldrene) eller familien (de som bodde sammen med foreldrene) hadde i forhold til folk flest: mye bedre råd, noe bedre råd, omtrent som folk flest, noe dårligere råd og mye dårligere råd. Svarene mye eller noe dårligere råd ble definert som dårlig økonomi.

Eksposering ble målt med 13 spørsmål om potensielt traumatiske opplevelser laget spesielt for terrorangrepet på Utøya (16), og antall positive svar ble summert til en skår. I tillegg ble det også registrert om de overlevende ble innlagt på sykehus like etter terroren. Posttraumatiske stressreaksjoner den siste måneden ble målt med UCLA PTSD Reaction Index (PTSD-RI) (17) og symptomer på angst og depresjon de siste to ukene før intervjuet ble målt med Hopkins Symptom Checklist 8 (SCL-8) (18).

Statistiske analyser

Pearsons khikvadrattest ble brukt for krystabeller av kategoriske variabler. For kontinuerlige variabler ble uavhengig t-test brukt for å sammenligne to grupper og variansanalyse for å sammenligne mer enn to grupper. Tosidige tester med p-verdi < 0,05 ble benyttet som grense for signifikant forskjell mellom grupper. For eksponering ble antall ja-svar på eksponeringsspørsmålene summert.

Det var 25 deltagere som hadde ett ubesvart eksponeringsspørsmål og fire med to ubesvarte spørsmål, og disse ble håndtert som nei. En deltager hadde to og ti hadde ett ubesvart spørsmål om posttraumatiske stressreaksjoner, mens to deltagere hadde to og fem hadde ett ubesvart spørsmål om symptomer på angst og depresjon. Gjennomsnittet av de besvarte spørsmålene ble brukt i analysene. Analysene ble utført med statistikkprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS), versjon 22 (IBM, Armonk, NY, US).

Resultater

I Helse Sør-Øst var deltagerne i studien noe eldre (20,1 år, standardavvik (SD) 5,6 år) enn i de andre helseregionene (Helse Nord: 17,7 år, SD 1,9 år; Helse Midt-Norge: 18,4 år, SD 2,6 år; Helse Vest: 18,7 år, SD 2,2 år; p = 0,003). I Helse Sør-Øst var 16 % av deltagerne av utenlandsk opprinnelse, i Helse

Vest 14 %, i Helse Midt-Norge 0 % og i Helse Nord 4 % ($p = 0,003$). For øvrig fant vi ingen signifikante forskjeller helseregionene imellom når det gjaldt kjønn, andel som flyttet etter terrorangrepet, økonomi, eksponering, sykehusinnleggelse, symptomer på posttraumatisk stress, angst eller depresjon eller svarprosent.

I Helse Sør-Øst ble en lavere andel overlevende kontaktet av kriseteamet like etter hendelsen, og i Helse Sør-Øst og Helse Vest var det færre som fikk kontaktperson enn i de andre helseregionene (tab 1). Intervjuere oppga oftere behov for vurdering av hjelpe-tiltak i Helse Sør-Øst (36 %) og i Helse Nord (31 %) enn i de to andre helseregionene. Det var ingen signifikant forskjell i selvrappor-tert udekkede hjelpebehov og bruk av fast-lege eller spesialisthelsetjeneste mellom helse-regionene.

Det var forskjeller når det gjaldt mottatt helsehjelp ut fra hvor sentralt de overlevende bodde (tab 2). Andelen som var blitt kontaktet av kriseteamet, hadde fått kontaktperson og fått dekket sitt hjelpebehov etter katastrofen var lavere hos dem som bodde i Oslo enn i landet for øvrig.

Gjennomsnittsalderen i sentrale og usentrale strøk var ulik. De overlevende i Oslo var eldre (21,3 år, SD 4,8 år) enn i resten av landet (usentralt: 18,0 år, SD 1,9 år; noe sentralt: 19,2 år, SD 5,2 år; storby unntatt Oslo: 18,7 år, SD 2,5 år), $p = 0,004$. Det var også forskjeller i etnisk bakgrunn: I områdene definert som usentralt, var andelen med norsk opprinnelse 97,7 %, i noe sentralt-områdene var den 85,7 %, storby unntatt Oslo 96,3 % og i Oslo 84,4 %, $p = 0,027$. Ellers skilte ikke de overlevende seg signifikant fra hverandre ut fra hvor sentralt de bodde med hensyn til kjønn, økonomi, flytting, eksponering, sykehusinnleggelse, symptomer på posttraumatisk stress, angst eller depresjon, kontakt med fastlege eller spesialisthelsetjeneste eller svarprosent.

Da vi sammenlignet andelen overlevende som mottok proaktiv oppfølging i Helse Sør-Øst utenom Oslo med de andre helseregionene, var det ikke lenger signifikante forskjeller med tanke på kontaktperson ($p = 0,074$), kriseteam ($p = 0,143$) eller om intervjuer burde drøfte hjelpebehov ($p = 0,091$).

Diskusjon

I studien ble det påvist geografiske forskjeller når det gjaldt andel overlevende som fikk proaktiv oppfølging. Helse Sør-Øst skilte seg ut med laveste andel overlevende som ble kontaktet av kommunens kriseteam eller fikk kontaktperson etter terrorangrepet (tab 1). Da vi utelot de overlevende fra Oslo fra analysen, fant vi ikke lenger signifikante forskjeller mellom regionene. Vi fant heller ingen lignende tendenser for andre storbyer.

De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialiserte helsetjenester, mens den proaktive oppfølgingen var kommunalt forankret. Kontakten med spesialisthelsetjenesten var relativt likt fordelt i de ulike regionene, og det virker dermed ikke som den har kompensert for forskjellen i proaktiv oppfølging.

Årsaken til at Oslo skilte seg ut kan ha vært at byen ble særlig hardt rammet av 22. juli-terroren. I tillegg til at Oslo hadde mange overlevende fra Utøya, ble byen rammet av bombingene av regjeringskvartalet. Det kan derfor tenkes at kommunen ikke hadde tilstrekkelig med ressurser til å sørge for proaktiv oppfølging av alle overlevende.

Det kan imidlertid også ha vært organisatoriske forskjeller som medvirket til at færre fikk proaktiv oppfølging i Oslo sammenlignet med i landet for øvrig. I Oslo kommune hadde legevaktens psykososiale team ansvar for den psykososiale oppfølgingen i akuttfasen. Deretter ble ansvaret overført til byens 15 bydeler.

Bydelene hadde egne kriseteam og skulle sørge for kontaktperson til de overlevende. Arbeidet ble koordinert fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. I Oslo kommunes evalueringsrapport etter terrorangrepet er det beskrevet utfordringer med å identifisere overlevende, som følge av ufullstendige navnelister i de første dagene (19). Videre er det beskrevet utfordringer knyttet til at flere av dem som til vanlig var del av kriseteamene hadde ferie, og at disse ikke hadde faste vararepresentanter. Utfordringer med ufullstendige navnelister og ferie skulle imidlertid også gjelde andre kommuner enn Oslo.

Styrker og svakheter ved studien

Nær to av tre overlevende deltok i studien. Det var ingen signifikant forskjell i alder, kjønn eller bostedsadressens sentralitet mellom deltagere og ikke-deltagere, men vi kan ikke utelukke at det var forskjeller i andelen som mottok proaktiv oppfølging eller andre potensielle seleksjonsskjevheter. Det var generelt lite manglende data, unntatt der intervjueren skulle vurdere hjelpebehovet til deltageren, som kun var besvart hos 88 %. Det er mulig intervjuerne ikke svarte på spørsmålet i tilfeller hvor de ikke følte at behovene måtte drøftes. Dette ville i så fall gi feilaktig forhøyet andel med behov for drøfting av hjelpebehov. Imidlertid forble forskjellene signifikante dersom de ubesvarte spørsmålene ble analysert som at intervjuer ikke mente at hjelpebehovet måtte drøftes.

I enkelte tilfeller kan oppgitt adresse ved intervju-tidspunktet ikke ha stemt med den overlevendes bosted 22.7. 2011. Informasjon om bosted var basert på de overleven-

des adresse, som ble oppdatert på intervju-tidspunktet. Studenter som bodde i Oslo eller andre universitetsbyer skal derfor normalt ha blitt registrert ut fra bostedsadresse på intervju-tidspunktet. Det kan imidlertid ha vært tilfeller der vi ikke fikk oppdatert bostedsadresse, men foreldrenes adresse. Dette skulle i så fall gjelde studenter i alle universitetsbyene, og forklarer ikke at Oslo skiller seg ut med hensyn til oppfølging.

De overlevende ble spurt om de hadde fått en kontaktperson i kommunen. Det kan være at enkelte som svarte nei, hadde fått tilbud om kontaktperson, men takket nei til tilbudet. I studien er det kun selvrappor-tert informasjon fra de overlevende. Tilleggsinformasjon fra helsetjenestene kunne gitt et mer komplett bilde av oppfølgingen.

Erik David Wiström (f. 1989)

er cand.med. og turnuslege ved Brattvåg legekontor.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lise Eilin Stene (f. 1981)

er lege ved Sosialpedagogisk seksjon og postdoktor ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hun har en ph.d. i samfunnsmedisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Grete Dyb (f. 1959)

er dr.med., spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, professor og seniorforsker. Hun er prosjektleder for Utøya-studien ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og har gjennomført flere studier om barn og ungdom utsatt for vold, seksuelle overgrep og katastrofer.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Scrimin S, Axia G, Capello F et al. Posttraumatic reactions among injured children and their caregivers 3 months after the terrorist attack in Beslan. *Psychiatry Res* 2006; 141: 333–6.
2. Johnson SD, North CS, Smith EM. Psychiatric disorders among victims of a courthouse shooting spree: a three-year follow-up study. *Community Ment Health J* 2002; 38: 181–94, discussion 195–7.
3. Neria Y, DiGrande L, Adams BG. Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: a review of the literature among highly exposed populations. *Am Psychol* 2011; 66: 429–46.
4. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med* 2010; 40: 2049–57.
5. Glad KA, Jensen TK, Nygaard E et al. Møtet med hjelpeapparatet etter tsunamien – behov og tilfredshet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009; 46: 473–5.

>>>

6. O'Donnell ML, Lau W, Tipping S et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *J Trauma Stress* 2012; 25: 125–33.
7. Råd for oppfølging av rammede etter hendelsene på Utøya 22.07.2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
8. Kartlegging av belastninger etter hendelsene på Utøya. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
9. Veiledning for kartlegging av belastninger etter hendelsene på Utøya. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
10. NKVTS. Oppfølging av berørte og rammede etter terrorhandlingene i Oslo og på Utøya 22.07.2011: Tillegg til veileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
11. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
12. Stene LE, Dyb G. Health service utilization after terrorism: a longitudinal study of survivors of the 2011 Utøya attack in Norway. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 158.
13. Dyb G, Jensen T, Glad KA et al. Early outreach to survivors of the shootings in Norway on the 22nd of July 2011. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5.
14. Stene LE, Dyb G. Research participation after terrorism: an open cohort study of survivors and parents after the 2011 Utøya attack in Norway. *BMC Res Notes* 2016; 9: 57.
15. Statistisk sentralbyrå. Sentralitet 2008. <http://stabas.ssb.no/DownloadFramesOld.asp?ID=8346312&Language=nb&Type=CorrespondanceTable> [5.5.2016].
16. Dyb G, Jensen TK, Nygaard E et al. Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 361–7.
17. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB et al. The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 96–100.
18. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974; 19: 1–15.
19. Oslo kommunes erfaringer med håndteringen av bombeangrepet ved Regjeringskvartalet og konsekvensene av skytinga på Utøya 22.7.2011. Evalueringsrapport. Oslo: Oslo kommune, 2011.

Mottatt 18.6. 2015, første revisjon innsendt 19.12. 2015, godkjent 2.6. 2016. Redaktør: Inge R. Grooten.