

Helsedirektoratet

# Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli 2011

Rapport

2. august 2016

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

**Rapportnr.:** R9154

**Rapportens tittel:** Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli 2011

**Ansvarlig konsulent:** Gitte Haugnæss

**Kvalitetssikret av:** Dag Stokland

**Dato:** 2. august 2016

# Innhold

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>SAMLET VURDERING, KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b>	<b>11</b>
2.1	DEN PROAKTIVE KOMMUNEMODELLEN	11
2.2	BEDRIFTSMODELLEN	14
2.3	HELSEDIREKTORATETS ROLLE I UTVIKLING, FORMIDLING OG OPPFØLGING AV MODELLENE	16
2.4	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER KNYTTET TIL PSYKOSOSIAL OPPFØLGING VED STORE ULYKKER, KRISER OG KATASTROFER	17
2.4.1	Bedre systemer for raskt å etablere oversikt over rammede ved katastrofer og større kriser	17
2.4.2	Vekt på proaktivitet med differensiert tilbud som ivaretar både individ- og familieperspektivet	18
2.4.3	Behov for nærmere avklaring av kontaktpersonenes rolle og kompetanse	18
2.4.4	Behov for nærmere avklaring ved bruk av bedriftsmodellen ved katastrofer	18
2.4.5	Planer og rutiner med tydelige roller og ansvar som er godt kjent, akseptert og forstått – økt vekt på brukerinvolvering	18
2.4.6	Helsedirektoratet kan utvikle en enda mer effektiv strategi på formidling og oppfølging av kommunene ved katastrofer	19
<b>3</b>	<b>BAKGRUNN OG FORMÅL MED EVALUERINGEN</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>PROBLEMSTILLINGER, ANALYSEMODELL OG METODE</b>	<b>21</b>
4.1	PROBLEMSTILLINGER	21
4.2	METODE	23
4.2.1	Dokumentstudier	23
4.2.2	Spørreundersøkelse	23
4.2.3	Intervjuer	24
4.2.4	Metodiske utfordringer	26
4.3	AVGRENSINGER	27
4.3.1	Referansegruppen	27
<b>5</b>	<b>KORT BESKRIVELSE AV MODELLENE FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING</b>	<b>29</b>
5.1	PROAKTIV KOMMUNEMODELL	29
5.2	BEDRIFTSMODELLEN	30
5.3	NASJONALE OG REGIONALE SAMLINGER MED RAMMEDE	31
<b>6</b>	<b>HVORDAN FUNGERTE DEN PROAKTIVE KOMMUNEMODELLEN I KOMMUNENE?</b>	<b>32</b>
6.1	INNLEDNING	32
6.2	KORT OM ARBEIDET MED BEREDSKAP I KOMMUNENE	32
6.3	HVOR TILFREDS ER RAMMEDE MED OPPFØLGINGEN I KOMMUNENE/HELSETJENESTEN?	33
6.3.1	Hvor tilfredse er rammede med bistanden?	33
6.3.2	Hva har vært savnet?	35
6.3.3	Vurdering	36
6.4	FORHOLD SOM KAN PÅVIRKE TILFREDSHET MED BISTANDEN	36
6.4.1	Tilbud om fast kontaktperson	37
6.4.2	Tilbud om bistand kort tid etter hendelsen	38
6.4.3	Tilfredshet ved flytting til annen kommune	38
6.4.4	Spesifikke undersøkelser i casekommuner	39

6.4.5	Andre forhold som har blitt undersøkt	41
6.4.6	Vurdering	42
6.5	RAMMEDE I VÅRE CASEKOMMUNER	42
6.5.1	Valg av casekommuner	42
6.5.2	Hvem var de rammede i kommunene?	43
6.5.3	Hvordan fikk kommunene etablert oversikt over rammede?	43
6.5.4	Vurdering	44
6.6	HVORDAN BLE DE RAMMEDE FULGT OPP I CASEKOMMUNENE	44
6.6.1	Hva vil det si å være proaktiv?	46
6.6.2	Nærmere om kontaktpersonenes funksjon og rolle	47
6.6.3	Ulik praksis når det gjelder hvor tydelig familieperspektiv har vært	50
6.6.4	Tidsperspektivet – varighet på oppfølgingen	51
6.6.5	Skole	52
6.6.6	Vurdering	53
6.7	PLANVERK OG ORGANISERING I KOMMUNENE	54
6.7.1	Planverk, rutiner og retningslinjer	56
6.7.2	Organisering og kriseledelse	59
6.7.3	Ressurser og kompetanse	62
6.7.4	Vurdering	64
<b>7</b>	<b>BEDRIFTSMODELLEN</b>	<b>66</b>
7.1	KORT OM RAMMEDE I REGJERINGSKVARTALET	66
7.2	HVOR TILFREDS ER DE RAMMEDE I REGJERINGSKVARTALET MED DEN PSYKOSOSIALE OPPFØLGINGEN?	66
7.2.1	Spørreundersøkelsen	66
7.2.2	Synspunkter fra intervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og BHT	68
7.2.3	Resultater fra tidlige spørreundersøkelser om hvordan rammede oppfattet helsetilbudet	69
7.2.4	Vurdering	69
7.3	ROLLE, ANSVAR OG OPPGAVER I BEDRIFTSMODELLEN	69
7.3.1	Kort om bedriftsmodellen	69
7.3.2	Bedriftsmodellen etter terrorangrepet	70
7.3.3	Oppfølging etter 22/7	70
7.3.4	Synspunkter på roller, ansvar og oppfølging	73
7.3.5	Vurdering	75
7.4	ORGANISERING OG LEDELSESFORANKRING	75
7.4.1	Beskrivelse	75
7.4.2	Synspunkter på organisering og ledelsesforankring	76
7.4.3	Vurdering	77
7.5	RESSURSER /KOMPETANSE	78
7.5.1	Beskrivelse	78
7.5.2	Synspunkter på ressurser/kompetanse	78
7.5.3	Vurdering	79
<b>8</b>	<b>HELSEDIREKTORATETS ROLLE I UTVIKLING, FORMIDLING OG OPPFØLGING AV MODELLENE</b>	<b>80</b>
8.1	HELSEDIREKTORATETS OVERORDNEDE ROLLE, ORGANISERING OG SENTRALE TILTAK	80
8.1.1	Helsedirektoratets overordnede rolle når krise truer eller har inntruffet	80
8.1.2	Oversikt over sentrale tiltak som ble iverksatt	80
8.1.3	Etablering og bruk av samarbeidsorgan og ekspertgruppe	82
8.1.4	Organisering av den psykososiale oppfølgingen i Helsedirektoratet	84

8.2	UTVIKLING AV DEN PROAKTIVE KOMMUNEMODELLEN	85
8.3	FORMIDLING AV PROAKTIV MODELL FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING	86
8.3.1	Første fase: Skaffe oversikt over rammede og kommunens oppfølging	86
8.3.2	Andre fase: Formidling av proaktiv kommunemodell	86
8.4	OPPFØLGING AV HVORDAN KOMMUNENE IMPLEMENTERTE DEN PROAKTIVE MODELLEN	87
8.4.1	Nasjonale og regionale samlinger med rammede	89
8.5	SYNSPUNKTER PÅ HELSEDIREKTORATETS ROLLE	90
8.6	BEDRIFTSMODELLEN	92
8.7	VÅR VURDERING	93

---

Vedlegg

Spørreskjema

## Forord

Agenda Kaupang har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en evaluering av psykososial oppfølgingsmodell etter terroranslaget 22. juli 2011. Oppfølgingen av de rammede har i hovedsak fulgt to ulike modeller. En proaktiv kommunemodell for de rammede fra terrorangrepet på Utøya og bedriftsmodellen i for de departementsansatte i Regjeringskvartalet der bedriftshelsetjenesten hadde en sentral rolle. Bakgrunnen for denne evalueringen er at Helsedirektoratet ønsker mer helhetlig kunnskap om hvordan oppfølgingen og den proaktive kommunemodellen fungerte i ulike kommuner. Videre er det også behov for mer kunnskap om hvordan bedriftsmodellen fungerte. Ettersom Helsedirektoratet har hatt ansvar for å lede og koordinere det nasjonale arbeidet med den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli 2011, vurderer denne evalueringen også Helsedirektoratets rolle.

Evalueringen er gjennomført basert på dokumentstudier og tidligere undersøkelser, en spørreundersøkelse til rammede i Den Nasjonale støttegruppen etter 22. juli-hendelsen og intervjuer med en rekke nasjonale aktører og informanter på strategisk og operativt nivå i ti casekommuner. I tillegg har vi fått verdifulle innspill og refleksjoner fra referansegruppen som ble opprettet for å følge evalueringen.

Basert på funn i evalueringen, peker rapporten på hvilke forutsetninger som bør være på plass for at den psykososiale oppfølgingen skal fungere bedre ved eventuelle fremtidige store kriser og katastrofer.

Vi håper evalueringen vil være nyttig for Helsedirektoratets videre arbeid med psykososial oppfølging i forbindelse med kriser, ulykker og katastrofer.

Stabekk, 2. august 2016

Agenda Kaupang AS

# 1 Sammendrag

## ***Sammendrag norsk***

Evalueringen viser at mange (nær halvparten) av de rammede er tilfreds med den psykososiale oppfølgingen de har fått, men det er stor variasjon i tilfredshet blant de rammede. Helsemyndighetene valgte å basere den psykososiale oppfølgingen på godt etablerte strukturer og prinsipper for psykososial oppfølging. Kommunemodellen ble valgt for oppfølging av de rammede fra Utøya og bedriftsmodellen (HMS-modellen) for rammede i Regjeringskvartalet. Dette synes å ha vært en riktig og god tilnærming, selv om grensesnittet mellom de to modellene har vært for utydelig når det gjelder ansvaret for oppfølging av rammede i Regjeringskvartalet. Prinsippene om proaktiv oppfølging har hatt tilslutning og ligget til grunn for oppfølgingen, men familieperspektivet har vært for svakt. Noe ble gjort likt i våre ti casekommuner, det meste ble imidlertid gjort ulikt, men alle casekommunene oppfattet seg som proaktive i oppfølgingen av de rammede. Det er flere forhold i evalueringen som belyser hva som kan ha hatt betydning for de rammedes tilfredshet med oppfølgingen. Hvordan kontaktpersonrollen har fungert, synes imidlertid særlig å ha hatt betydning. Bedriftsmodellen i Regjeringskvartalet var ikke rigget for en så stor katastrofe som 22/7, og fungerte på tross av og ikke på grunn av godt tilpasset planverk, organisering og ressurser for oppfølging. Helsedirektoratet har hatt en aktiv rolle i utvikling og oppfølging av det psykososiale arbeidet. Basert på funn i evalueringen, angir rapporten hvilke forutsetninger som bør være på plass for at den psykososiale oppfølgingen skal fungere bedre ved eventuelle fremtidige store kriser og katastrofer.

## ***Summary english***

The evaluation shows that many (almost half) of the victims of the 22<sup>nd</sup> July 2011 terrorist attack are satisfied with the psychosocial care they have received. However, there is considerable variation in the level of satisfaction among the victims. The approach chosen by Norwegian Health authorities for the psychosocial rehabilitation was based on established framework for psychosocial assistance; victims from Utøya were handled by the municipalities and victims from the government quarter was handled within the framework of the central governments HSE system. This appears to have been a judicious approach, although the interface between the two models have been unclear regarding the victims in the government quarter. The principles of proactive monitoring of the victims have been adhered to, but focus on including the victims' families have been too weak. Our ten case municipalities, have some common traits in their approach to the victims and their families, but most of them have chosen different approaches. All the same, all case municipalities perceived themselves as proactive in following up the victims. There are several findings in the evaluation that highlights what may have been significant for the level of satisfaction expressed by victims and others affected, regarding the municipalities handling of their situation. Victims experience with the persons acting as municipal contacts seems to be of primary importance. Another finding was that the HSE-system in the central government was not dimensioned for handling a disaster of the magnitude of 22/7. It's success was in spite of and not because of well adapted plans, organization and available resources. The Norwegian Directorate of Health has played an active role in the developing and implementing the psychosocial rehabilitation approach used in following up the victims. The evaluation findings identify a number of conditions that should be satisfied in order to ensure better psychosocial rehabilitation in future major emergencies and disasters.

## ***Leserveiledning***

I rapportens kapittel 2 gis en samlet vurdering, konklusjon og anbefalinger basert på funn i evalueringen. I kapittel 3 og 4 presenteres henholdsvis bakgrunn og formål med evalueringen, samt problemstillinger, analysemodell og metode. I kapittel 5 gis en kort presentasjon av modellene for proaktiv oppfølging: den proaktive kommunemodellen for oppfølging av rammede på Utøya og bedriftsmodellen for rammede i regjeringskvartalet. I kapittel 6 gis en nærmere beskrivelse og

vurdering av hvordan den proaktive kommunemodellen fungerte i kommunene. Herunder rammedes tilfredshet med oppfølgingen, likheter og ulikheter i hvordan de rammede ble fulgt opp i kommunene, samt planverk, organisering, ressurser og kompetanse i kommunene. I kapittel 7 gis en nærmere beskrivelse og vurdering av hvordan bedriftsmodellen fungerte for oppfølging av rammede i regjeringskvartalet. Herunder hvor tilfreds de rammede var med den psykososiale oppfølgingen, roller og ansvar knyttet til oppfølging, organisering og ledelsesforankring, ressurser og kompetanse. I kapittel 8 gis det tilslutt en beskrivelse og vurdering av Helsedirektoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av de to modellene.



## 2 Samlet vurdering, konklusjon og anbefalinger

Terrorangrepene på Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011 var en nasjonal katastrofe som rammet mange, både direkte og indirekte. Til sammen omkom 77 mennesker, og ytterligere 96 mennesker ble skadet. Mange var også tilstede og opplevde angrepene på ulike måter. Et stort antall etterlatte, pårørende og andre med nære forbindelser til de direkte rammede har også måttet forholde seg til ettervirkningene av de grufulle hendelsene. Oppfølgingen av de som trengte bistand etter hendelsene var derfor en stor oppgave for tjenesteapparatet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og andre aktører som var involvert.

Bakgrunnen for denne evalueringen, er at Helsedirektoratet ønsker mer helhetlig kunnskap om hvordan den psykososiale oppfølgingen etter hendelsene har fungert. Oppfølgingen av de rammede har i hovedsak fulgt to ulike modeller: en proaktiv kommunemodell for de rammede fra terrorangrepet på Utøya og en egen modell i regi av bedriftshelsetjenesten for de departementsansatte i Regjeringskvartalet.

I dette kapitlet gir vi vår samlede vurdering, konklusjon og anbefalinger basert på erfaringene med hvordan den proaktive kommunemodellen fungerte i ulike kommuner og hvordan bedriftsmodellen fungerte for de rammede i Regjeringskvartalet. Vi har i tillegg vurdert hvordan Helsedirektoratet ivaretok ansvaret for å lede og koordinere det nasjonale arbeidet med den psykososiale oppfølgingen når det gjelder utvikling, formidling og oppfølging av modellene. Vi redegjør først for de viktigste funnene knyttet til den proaktive kommunemodellen, deretter bedriftsmodellen og tilslutt Helsedirektoratets rolle. Kapitlet avsluttes med våre anbefalinger knyttet til hvilke forutsetninger/kriterier som bør være tilstede for at modellene skal kunne anbefales ved framtidige hendelser.

### 2.1 Den proaktive kommunemodellen

#### **Mange rammede er fornøyd med den psykososiale oppfølgingen fra kommunene, men det er store variasjoner mellom kommuner og innad i hver kommune**

Vår spørreundersøkelse til rammede (overlevende, etterlatte, pårørende) viser at mange (nær halvparten) er tilfreds med oppfølgingen de har hatt. Det er imidlertid stor variasjon i tilfredshet med bistanden fra kommunene. Variasjonen gjelder både mellom kommuner og innad i hver kommune. De største utfordringene som trekkes fram er manglende bistand fra psykolog, mangel på proaktivitet og ønsket om sterkere familiefokus.

#### **Kommunene har fulgt prinsippene om proaktiv psykososial oppfølging, og Helsedirektoratets anbefalinger har vært en støtte i arbeidet**

Vår vurdering er at kommunene har lagt vekt på en proaktiv oppfølging av de rammede. En helt ny veileder<sup>1</sup> som vektla «watchful waiting», ble publisert på Helsedirektoratets webside dagen etter hendelsen. Tillegget til veilederen, med vekt på «proaktivitet», kom en måned senere, den 19.8.2011. Kommunene jobbet med andre ord den første måneden ut fra eget planverk og den første veilederen med vekt på «watchful waiting». Det er uklart hvilken betydning Helsedirektoratets veileder med vekt på «watchful waiting» har hatt for kommunenes proaktive oppfølging. Vårt inntrykk er at casekommunene primært hadde fokus på å gjøre det etablerte planer, rutiner og praksis i kommunene tilsa, da det var begrenset med tid og kapasitet til å sette seg inn i den nye veilederen i den kaotiske situasjonen som kommunene sto i. Tillegget til veilederen, med vekt på proaktivitet, som ble sendt til kommunene en måned etter katastrofen, kom ifølge casekommunene på den annen side for sent, da kommunene allerede var i gang med oppfølgingsarbeidet. At casekommunene likevel prøvde å følge en proaktiv praksis, har i hovedsak vært begrunnet med kommunenes erfaringer knyttet til psykososial oppfølging i forbindelse med kriser og katastrofer (særlig tsunamien). Casekommunene har like fullt

<sup>1</sup> Helsedirektoratet 2011. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, IS-1810.

opplevd Helsedirektoratets bidrag via veilederen, tillegget til veilederen, samlinger og kompetanseutviklingstiltak som støttende, da det har bidratt til større faglig trygghet i oppfølgingen. I kommuner der det har vært noe faglig uenighet internt om hvordan oppfølgingen skulle være, ble veilederen, tillegget til veilederen og Helsedirektoratets anbefalinger brukt aktivt. Det er grunn til å tro at Helsedirektoratets ulike anbefalinger og aktiviteter bidro til at tilbudet til rammede i kommunene ble likere enn det ellers ville ha blitt.

Graden av etterlevelse av prinsippene forbundet med den proaktive kommunemodellen kan langt på vei forklare hvor tilfredse de rammede var i de ulike kommunene. Fast kontaktperson, hurtig tilbud om bistand og kommunens forpliktelse ved kontakt, er alle faktorer som korrelerer med de rammedes tilfredshet med bistanden i casekommunene. Slik sett gir resultatene fra spørreundersøkelsen støtte til prinsippene som den proaktive kommunemodellen er bygget på. I tillegg har et tydelig familieperspektiv hatt betydning for hvor tilfredse de rammede har vært med oppfølgingen. Dette perspektivet var ikke fremtredende i Helsedirektoratets anbefalinger i den første fasen. Vårt gjennomgående inntrykk fra intervjuene i casekommunene, er imidlertid at de rammedes tilfredshet med oppfølgingen først og fremst har hatt med hvordan kontaktpersonene har fungert. Dette gjelder hvordan kontaktpersonenes rolle har vært definert, samt hvilken kompetanse og erfaring kontaktpersonene har hatt med kriserammede mennesker med traumer og sorg.

### **Krevende å få oversikt over rammede i enkelte av casekommunene**

Utfordringene for casekommunene har vært ulike når det gjelder arbeidet knyttet til den psykososiale oppfølgingen av rammede, med hensyn til antall rammede og hvor hardt de ble rammet. Casekommunene reagerte raskt og gjorde en betydelig innsats for å skaffe seg oversikt over rammede gjennom ulike uformelle kanaler. For noen kommuner var det relativt enkelt å få oversikt, for andre kommuner var arbeidet svært krevende. Hovedinntrykket er likevel at kommunene klarte å få kontakt med de som var rammet i egen kommune. Utfordringene har særlig vært knyttet til å fange opp eventuelle rammede fra Regjeringskvartalet som tilhørte kommunen, og rammede som bodde midlertidig i en annen kommune.

### **Noe likt, det meste ulikt, men alle kommunene har oppfattet seg som proaktive**

Selv om alle casekommunene rapporterer om en proaktiv holdning i oppfølgingen, er dette implementert til dels svært ulikt i kommunene. I de fleste kommunene fikk de rammede tilbud om kontaktperson, og rammede ble kontaktet flere ganger, også de som ikke ønsket kontakt første gang. Anbefalingen om å kartlegge symptomer og plager tre ganger i løpet av det første året, synes i stor grad også å være fulgt i kommunene. Oppfølgingen i casekommunene har likevel vært forskjellig når det gjelder grad av proaktivitet, kontaktpersonenes rolle, familieperspektivet og varigheten på oppfølgingen. Når det gjelder *proaktivitet*, skiller kommunene seg fra hverandre med hensyn til hvor forpliktende oppfølgingen fra kontaktpersonene var når det gjelder å gjøre avtaler med de rammede, og i oppfølgingen av de som flyttet/bodde i en annen kommune.

Når det gjelder *kontaktpersonenes* rolle valgte kommunene i hovedsak to ulike tilnærminger:

- Kontaktpersonenes roller var primært å ha innledende kontakt og sørge for koordinering av rammedes behov for oppfølging i ulike deler av helsetjenestene,
- Kontaktpersonenes var i tillegg til ovennevnte, også samtalepartner og ansvarlig for gjennomføring av ulike samlinger med vekt på langsiktig oppfølging tilpasset de rammedes behov.

Vi observerer også forskjeller innen de enkelte kommunene, knyttet til den enkelte kontaktpersons tilnærming og kunnskapsnivå.

*Familieperspektivet* var ikke adressert i Helsedirektoratets anbefalinger og oppfølging i en tidlig fase, og kommunene fikk følgelig heller ikke tydelige faglige råd på dette området. Noen kommuner hadde kun fokus på den enkelte rammede. Andre kommuner opplevde seg etter en tid, mer eller mindre

presset til å ta et tydeligere familieperspektiv, ved å opprette pårørendegrupper og ungdomsgrupper. Det sies at man ikke så viktigheten av dette perspektivet på et tidligere tidspunkt. Andre kommuner valgte et tydelig familieperspektiv helt fra starten. Flere av casekommunene har i ettertid oppsummert at de burde hatt et familieperspektiv med oppfølging av pårørende og nær familie. Casekommuner som vektla familieperspektivet fra starten, har oppsummert dette som en styrke ved egen oppfølging av de rammede.

Når det gjelder *tidsperspektivet* på oppfølgingen, har casekommunene i all hovedsak lagt vekt på langsiktighet og individuelle behov. Det varierer hvordan kommunene har oppfattet og lagt vekt på Helseidrettsdirektoratets anbefaling om minst ett års oppfølging, med individuell tilpasset oppfølging utover dette ved behov. Noen kommuner valgte langsiktighet i oppfølgingen basert på egne faglige vurderinger og erfaringer fra tidligere, dvs. uavhengig av Helseidrettsdirektoratets anbefaling. Andre kommuner la vekt på å følge Helseidrettsdirektoratets anbefaling om minst ett års oppfølging. At helsemyndighetene i 2014 endret sin anbefaling fra «minst ett år» til 2–5 års oppfølging ved behov, skapte noe frustrasjon og usikkerhet i enkelte kommuner som hadde utviklet sine oppfølgingsaktiviteter.

Brukerinvolveringen har variert mellom kommunene. Alle vektlegger at individuelle behov er forsøkt ivare tatt i oppfølgingen. Det varierer imidlertid om kommunene har lagt til rette for aktiv og mer systematisk tilbakemelding fra rammede og berørte gjennom pårørendegrupper, lokale støttegrupper og lignende.

### **Planverket i casekommunene er gjennomgående forbedret siden 2011**

De fleste casekommunene hadde en viss grad av planverk på plass, men spennvidden var stor når det gjaldt formalisering og forankring av planverk og rutiner for psykososial oppfølging av rammede. I enkelte mindre casekommuner der det formaliserte planverket var mangelfullt, kunne likevel roller, ansvar og oppgaver være godt innarbeidet hos erfarne medarbeidere med mange års erfaring med håndtering av alvorlige kriser og situasjoner for kommunens innbyggere.

Planverket i casekommunene er gjennomgående forbedret siden 2011. Vi registrerer at de casekommunene som får god score av de rammede i spørreundersøkelsen, også er blant dem som sier de har utviklet planene sine mest etter den 22/7.

Kriseteamene var ulikt forankret og heller ikke entydig definert i casekommunene. Casekommunene var alle sterkt berørt av hendelsen og opprettet raskt kriseledelse/krisestab. Innen kort tid var kommunenes politiske og administrative ledelse nesten uten unntak engasjert i organisering og gjennomføring av akuttfasen. Den videre oppfølgingen fra rådmannsnivået synes imidlertid å ha variert mellom kommunene.

Kontaktpersonenes organisatoriske forankring har også vært ulik i kommunene. De fleste har hatt tilknytning til kriseteamet. Noen kontaktpersoner er hentet fra ulike deler av primærhelsetjenesten og Pedagogisk Psykologisk tjeneste, fra skolene eller eksternt. Utfordringen for kommuner uten faste kontaktpersoner og for disse kontaktpersonene selv, kunne være manglende samkjøring og følgelig ulikt tilbud til rammede i samme kommune.

### **Viktigheten av å ha nettverk å trekke på for å møte vekslende og uventede behov**

Det har vært viktig for mange kommuner å ha et nettverk å trekke på for å kunne møte vekslende eller uventede behov. Det er særlig to forhold som tas opp av casekommunene: 1) Behovet for kapasitet og muligheten til å skalere opp i situasjoner av en viss størrelse, og 2) Behovet for spesielt traumefaglig kompetanse for å kunne forstå rammedes reaksjoner og behov for god planlegging og rådgivning i den psykososiale oppfølgingen. Enkelte mindre kommuner som har håndtert oppfølgingen godt, ser ut til å ha etablert formelt eller uformelt gode nettverk med nabokommuner eller andre større institusjoner.

### **Kommunene hadde i hovedsak tilstrekkelig med ressurser**

Få av kommunene vi snakket med oppfattet ressurstilgangen som et vesentlig hinder for å kunne tilby oppfølging av de rammede. Over tid var det imidlertid flere kommuner som opplevde at belastningen på kriseteamet og kontaktpersonene ble stor, og derfor gjerne skulle sett at de kunne hatt enda flere faste ressurser å trekke på. Kommunene har ulik oppfatning av om deres kontaktpersoner skal tilby et lavterskeltilbud som rådgiver til traumatiserte personer. Kunnskap om traumer oppfattes likevel som viktig for å kunne følge opp og henvise personer som trenger hjelp til fagkyndige.

## **2.2 Bedriftsmodellen**

### **Selv om mange rammede i Regjeringskvartalet er tilfreds med bistanden de har mottatt, er det store variasjoner**

Spørreundersøkelsen viser at tilfredshet med bistanden de rammede har mottatt har vært varierende. Selv om nesten halvparten av respondentene i stor eller nokså stor grad er tilfreds med bistanden de har mottatt, er også rundt en fjerdedel ikke i det hele tatt fornøyd med bistanden de har fått. Rammede ved Regjeringskvartalet etterlyser oftest, i likhet med rammede på Utøya, mer hjelp fra psykolog/psykiater.

### **Bedriftsmodellens planverk, organisering og kompetanse var ikke tilpasset en stor krise og katastrofe**

Bedriftsmodellen var i utgangspunktet etablert for å håndtere den løpende virksomheten i Regjeringskvartalet i samsvar med arbeidsmiljølovens bestemmelser. Tiden etter den 22/7 var på ingen måte en normalsituasjon og utfordret både aktørenes rolleforståelse, kompetanse og kapasitet. Ingen eksisterende planer eller retningslinjer forberedte aktørene på hvordan en katastrofe av slike dimensjoner skulle håndteres. Bedriftsmodellen ble i praksis videreført, og etter hvert formalisert for den videre oppfølgingen av de rammede i Regjeringskvartalet.

Det at arbeidsgiver fikk det primære ansvaret for støtten til de ansatte i Regjeringskvartalet etter den 22/7, var i god overenstemmelse med helsevesenets ansvars- nærhets- og likhetsprinsipper. Nærhet, tilgjengelighet og gjensidig kjennskap oppfattes som viktig av våre informanter.

Bedriftshelsetjenesten tok og utførte den viktige støtte- og koordinatorrollen, men dette var i utgangspunktet hverken gitt eller klart. Bedriftshelsetjenesten organiserte støtte- og hjelpeapparatet, som tok imot alle ansatte i departementsfellesskapet som hadde behov for det, og bemannet døgnkontinuerlig telefonberedskap for Justisdepartementets ansatte i de to første ukene.

### **Bedriftshelsetjenesten gjorde en formidabel innsats, men belastningen på staben var betydelig**

Bedriftshelsetjenestens stab var liten og med relativt begrenset krise- og traumekompetanse. I dag er erfaringsgrunnlaget med hensyn til krisehåndtering og psykososial oppfølging et helt annet. I tillegg er det rekruttert en ny psykolog med traumekompetanse.

Bedriftshelsetjenesten mobiliserte fra dag én sitt faglige, men i hovedsak uformelle nettverk i og utenfor departements- og etatsfellesskapet. Det samme gjorde enkelte departementer/HR-avdelinger. Den lille bedriftshelsestaben var tilgjengelige for alle, men kontaktpersonrollen ble ikke drøftet eller formelt implementert. I praksis kan man kanskje likevel si at departementenes ledere og HR-personell, i tillegg til den lille bedriftshelse-staben, fylte denne viktige rollen. Proaktiviteten og oppfølging ble også ivare tatt gjennom helseundersøkelsene.

Tilgangen på ekstern faglig traumekompetanse og rådgivere var god, men litt tilfeldig. Helse-direktoratet engasjerte og tilbød raskt forskningskompetanse og rådgivere. Eksterne miljøer stilte seg selv til disposisjon – dørene var åpne overalt.

Men, belastningen på bedriftshelsetjenestens lille stab var betydelig – både administrativt og de som var terapeuter. Oppfølgingen av og støtten til hjelpeapparatet selv var liten, og kan derfor ha bidratt til at bedriftshelsetjenesten senere har mistet erfarne ressurser. Det er fremdeles ikke etablert formelle nettverk som bedriftshelsetjenesten kan trekke på ved en ny krisesituasjon.

Den 22/ 7 hadde bedriftshelsetjenesten gamle beredskapsplaner som ikke var oppdatert siden 2001. Ifølge ansatte i bedriftshelsetjenesten var bedriftshelsetjenestens rolle ved en katastrofe ikke definert. Bedriftshelsetjenesten hadde ingen avtaler eller etablerte nettverk å spille på for å håndtere større kriser i 2011. Det er heller ikke våren 2016 etablert formelle nettverk bedriftshelsetjenesten kan trekke på i en ny krisesituasjon

### **Det mangler fortsatt en beredskapsplan for bruk av bedriftsmodellen ved større kriser og katastrofer**

Vi vurderer gjeldende beredskapsplan for bedriftshelsetjenesten, sist revidert 2.10.2014, mer som en intern kriseberedskapsplan for bedriftshelsetjenesten og egne ansatte, enn en operativ plan for bedriftshelsetjenesten i en proaktiv rolle i forhold til andre departementer ved og etter katastrofer og kriser.

Bedriftshelsetjenesten selv og våre informanter i departementene ønsker seg oppdaterte beredskapsplaner og formaliserte avtaler med eksterne ressursmiljøer for håndtering og oppfølging av fremtidige kriser og katastrofer.

Den 22/7 ble Sikkerhetsavdelingen (SAV) som bedriftshelsetjenesten var en del av, svært sterkt rammet av bomben. Til tross for dette, håndterte bedriftshelsetjenestens leder og medarbeidere den svært krevende situasjonen, med stor personlig innsats. Hadde bedriftshelsetjenesten selv blitt rammet, vet ingen hvordan oppfølgingen av medarbeidere i Regjeringskvartalet hadde blitt. Med en beredskapsorganisering der man også hadde øvd på å håndtere en krisesituasjon der bedriftshelsetjenesten selv kan bli rammet, hadde man vært tryggere på at medarbeidere fremdeles ville fått hjelp.

Vi registrerer altså at det er behov for et bedre og mer operativt planverk for bedriftshelsetjenesten i forbindelse med større kriser og katastrofer. Her bør bedriftshelsetjenestens ansvar og oppgaver i forhold til hele departementfelleskapet ved katastrofer klart fremgå, og bedriftshelsetjenestens rolle og ansvar i forhold til de enkelte departementene må også fremgå i beredskapsplanene for disse. Planverket bør inneholde retningslinjer og rutiner for å erstatte eller supplere ressurser og ledere i bedriftshelsetjenesten og overordnet avdeling, dersom disse blir rammet.

Det bør formaliseres nettverk som bedriftshelsetjenesten og departementsfelleskapet kan trekke på under og etter en katastrofe. Det bør gjennomføres jevnlig øvelser med disse, ikke minst når det gjelder riggingen av psykososiale kriseteam og situasjoner der sentrale bedriftshelseaktører og ledere blir rammet. Naturlige partnere for et slikt nettverk er andre offentlige etater og virksomheter, akademia og eksterne fagmiljøer.

Det bør etableres rutiner for å støtte og følge opp «hjelperne» i bedriftshelsetjenesten og kriseteamet, herunder rutiner for debrifing og retningslinjer for avlastning og begrensninger i vakter og skift.

Et etablert, felles faglig fundament for psykososial krisehåndtering og – oppfølging må ligge i bunn. Det bør unngås faglige diskusjoner og uro rundt dette i en krisesituasjon.

## 2.3 Helsedirektoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av modellene

### Helsedirektoratet valgte en aktiv og operativ rolle

Vår gjennomgang viser at Helsedirektoratet tok en svært aktiv og operativ rolle i forbindelse med oppfølgingen av 22.7<sup>2</sup>. Hovedbildet er at det gis mange positive tilbakemeldinger på Helse-direktoratets rolle. Direktoratet ble oppfattet som proaktiv, tydelig, tok et klart overordnet ansvar og hadde stor beslutnings- og gjennomføringsevne. Aktivt samarbeid med kompetansemiljøene og Nasjonal støttegruppe, samt god koordinering mot andre direktorater, trekkes også fram som positivt. Sett utenfra var Helsedirektoratet godt ledet og organisert, med tilstrekkelige ressurser og kompetanse. Etter hvert ble det fra noen fylkesmenn og enkelte andre reist spørsmål ved om Helsedirektoratet ble for operative i rollen som direktorat.

Som nevnt var *familieperspektivet* lite framtrødende i Helsedirektoratets anbefalinger i veilederen og i øvrig veiledende materiell og anbefalinger. Tiltak knyttet til *kompetanseutvikling* synes å være positivt mottatt av de som har benyttet seg av tilbudet blant informantene i casekommunene. Fokus har vært på å styrke traumekompetansen, og etter hvert også styrking av familievernet i samarbeid med Bufdir. Enkelte har etterlyst mer kompetanse på sorgarbeid.

### Fylkesmennene har fungert ulikt når det gjelder oppfølging av kommunene

Kommunikasjonen mellom Fylkesmennene og Helsedirektoratet synes å ha vært omfattende og god, og nasjonale føringer og informasjon er blitt formidlet og oppfattet av kommunene. Vi har registrert at fylkesmannen har fungert ulikt med hensyn til oppfølging av kommunene. Noen har primært videreformidlet skriftlig informasjon og anbefalinger fra Helsedirektoratet, mens andre har etablert møtearenaer med nettverk for å utveksle erfaringer og gi faglig påfyll. Det kan være gode grunner for å velge ulike strategier hos fylkesmennene da utfordringen i kommunene og fylkene var ulike. Vi reiser likevel spørsmål om fylkesmennene i samarbeid med relevante kompetansemiljøer, kunne tatt en enda mer aktiv rolle i formidlingen og oppfølgingen av enkelte kommuner/fylker.

### Aktiv bruk av kompetansemiljøene

Hovedbildet er at kompetansemiljøene er brukt aktivt av Helsedirektoratet og de har gitt vesentlige faglige bidrag inn i arbeidet. Kompetansemiljøene har hatt ulike roller og det er relativt mange miljøer. Blant våre informanter er imidlertid manglende samordning og potensielle rollekonflikter i liten grad adressert som en utfordring (med unntak av at Senter for Krisepsykologi og RVTs Vests roller i en tidlig fase var uklare når det gjelder oppfølging av fylkene på Vestlandet). De av casekommunene som har brukt kompetansemiljøene gir gode tilbakemeldinger. Enkelte reiser spørsmål ved om RVTsene ble koblet for seint på, og om de sammen med fylkesmannen kunne ha spilt en viktigere rolle i formidling og oppfølging av den psykososiale oppfølgingsmodellen. Vi mener at det følgerlig kan være behov for å se nærmere på hvordan kompetansemiljøenes samlede kompetanse kunne vært utnyttet på en enda bedre måte i formidling og oppfølging av det psykososiale arbeidet.

### Utfordring knyttet til «behandlingsoptimisme», og for lite fokus på hjelp til hjelperne

«Behandlingsoptimisme» ble opplevd som en utfordring i noen kommuner. Med dette menes at de rammede kan ha hatt urealistiske forventninger til hva den profesjonelle bistanden fra hjelpeapparatet kan løse. Veilederen og anbefalinger fra helsemyndighetene og kommunikasjon til rammede, kunne ifølge flere av våre informanter vært tydeligere på at arbeidet fra helsetjenestens side er et supplement til det som skjer og skal understøttes i nære nettverk. Likeledes pekes det på at det var for lite fokus på «hjelp til hjelperne» jf. slik det også er påpekt i blant annet oppsummeringsrapporten fra Helsedirektoratet «Læring for bedre beredskap» (2012).

<sup>2</sup> Jf. også vurderinger «Læring for beredskap», Helsedirektoratet 2012, side 90

### **Helsedirektoratets rolle knyttet til bedriftsmodellen framstår som uklar**

Bortsett fra at Helsedirektoratet tok beslutningen om at bedriftsmodellen skulle gjelde for de rammede i Regjeringskvartalet, foreligger det lite dokumentasjon på Helsedirektoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av bedriftsmodellen. På den annen side er det heller ingen som har etterspurt Helsedirektoratets rolle i dette arbeidet.

### **Grensesnittet mellom den proaktive kommunemodellen og bedriftsmodellen har vært utydelig**

Vi har oppsummert at bedriftsmodellen står støtt når det gjelder oppfølging av rammede i Regjeringskvartalet, til tross for at departementene og bedriftshelsetjenesten ikke var rigget for en slik katastrofe som hendelsen 22/7 var. Erfaringene fra våre casekommuner som også hadde rammede i Regjeringskvartalet, har imidlertid vist at det ble en uklar kobling mellom hvordan kommunene skulle følge opp de rammede og hva som skulle skje i regi av bedriftsmodellen. Dette kan ha ført til at noen rammede i Regjeringskvartalet har fått en mindre proaktiv oppfølging enn det de fleste rammede fra Utøya fikk. Ved en eventuell framtidig bruk av de to modellene i en katastrofe- og krisesituasjon bør derfor grensesnittet avklares nærmere.

## **2.4 Konklusjon og anbefalinger knyttet til psykososial oppfølging ved store ulykker, kriser og katastrofer**

Spørreundersøkelsen til rammede viser at mange (nær halvparten) er tilfreds med den psykososiale oppfølgingen de har fått. Det er imidlertid stor variasjon i tilfredshet med bistanden både mellom og innad i kommuner og blant de rammede i Regjeringskvartalet. De største utfordringene som trekkes fram er manglende bistand fra psykolog, mangel på proaktivitet og ønske om sterkere familiefokus.

Helsemyndighetene valgte å basere den psykososiale oppfølgingen på godt etablerte strukturer og prinsipper for psykososial oppfølging: kommunemodellen ble valgt for oppfølging av de rammede fra Utøya og bedriftsmodellen for rammede av i Regjeringskvartalet. Dette synes å ha vært en riktig og god tilnærming. Fordelen ved å bygge på etablerte strukturer er at planer, rutiner, roller og ansvar og kompetanse i stor grad vil være godt kjent hos de som skal gjøre jobben og følgelig skaper større trygghet i oppfølgingen av de rammede.

Prinsippene om proaktiv oppfølging har hatt oppslutning og ligget til grunn for oppfølgingen i både kommunene og i bedriftsmodellen. Proaktivitet, kontaktpersonrollen og langsiktighet i oppfølgingen synes å ha vært tydeligere definert og praktisert når det gjelder oppfølgingen via kommunemodellen enn bedriftsmodellen. Familieperspektivet var lite framtrødende i begge modellene. Bedriftsmodellen var ikke rigget for en så stor katastrofe som hendelsen 22/7. Modellen fungerte bra på tross av, og ikke på grunn av et godt tilpasset planverk, rutiner og ressurser for oppfølging. Uklarhet i grensesnittet mellom bedriftsmodellen og kommunemodellen skapte usikkerhet med hensyn til oppfølging av de rammede i Regjeringskvartalet. Det er flere forhold i evalueringen som belyser hva som kan ha hatt betydning for de rammedes tilfredshet med oppfølgingen. Dersom vi skal fremheve ett funn som vi antar har hatt særlig betydning, er det hvordan de rammedes kontaktpersoner har fungert.

Basert på funn i evalueringen vil vi fremheve følgende forutsetninger som bør være på plass for at den psykososiale oppfølgingen skal fungere bedre ved eventuelle fremtidige kriser og katastrofer:

### **2.4.1 Bedre systemer for raskt å etablere oversikt over rammede ved katastrofer og større kriser**

Denne evalueringen viser at det er behov for bedre systemer for raskt å kunne etablere oversikt over rammede ved katastrofer og større kriser. Casekommunene reagerte raskt og de gjorde en betydelig innsats for å skaffe seg oversikt over rammede gjennom ulike uformelle kanaler, men for noen av casekommunene var arbeidet med å skaffe oversikt svært krevende. Det bør vurderes om beredskapsstatene kan utvikle bedre rutiner og systemer/registre for hvordan kartlegging av rammede

skal skje ved større kriser og katastrofer. Hensikten vil være å kunne få raskere oversikt over rammede med tanke på å kunne tilby god oppfølging raskt. Et annet hensyn vil være å legge et bedre grunnlag for relevant forskning knyttet til oppfølging av rammede ved kriser og katastrofer.

#### **2.4.2 Vekt på proaktivitet med differensiert tilbud som ivaretar både individ- og familieperspektivet**

Evalueringen viser at kommuner som har fått gode score på tilfredshet med oppfølgingen fra rammede, har lagt vekt på proaktivitet med differensierte tilbud som ivaretar både individ- og familiefokus. En fast kontaktperson, hurtig tilbud om bistand og gjentakende og forpliktende kontakt, i tillegg til et tydelig familieperspektiv synes å ha vært viktig. Erfaringene tilsier også et langsiktig perspektiv på oppfølgingen av rammede, men at tidsperspektivet må tilpasses individuelle behov.

#### **2.4.3 Behov for nærmere avklaring av kontaktpersonenes rolle og kompetanse**

Evalueringen viser at det kan være behov for å tydeliggjøre kontaktpersonenes rolle og kompetanse. Vårt gjennomgående inntrykk fra casekommunene, er at de rammedes tilfredshet med oppfølgingen først og fremst har hatt med hvordan kontaktpersonene har fungert. Evalueringen har vist at kontaktpersonrollen har vært definert og utøvd på ulike måter i kommunene. Kontaktpersonene har også i varierende grad hatt kompetanse og erfaring med traumer og sorg, og kunnskap om familieperspektivet.

I enkelte av casekommunene har det vært en faglig diskusjon knyttet til hvor lenge kontaktpersoner som er forankret i kriseteamet skal stå for oppfølgingen, og når oppfølging bør overlates til den ordinære helsetjenesten. Spørsmålet knytter seg også til ressursbruk og kriseteamenes rolle: skal kriseteamet (og kontaktpersonene) kun ha en rolle i akutfasen, eller skal det også settes ressursmessig i stand til psykososial oppfølging over lengre tid?

Når det gjelder det faglige grunnlaget knyttet til psykososial oppfølging er dette et fagfelt i utvikling, og følgelig gjenstand for faglige diskusjoner i kompetansemiljøene. Når katastrofen inntreffer er det imidlertid viktig at aktørene har en felles forståelse av faglig ståsted. Selv om Helsedirektoratet i samarbeid med kompetansemiljøene etablerte en felles faglig plattform for den psykososiale oppfølgingen, har det også vært noe faglig uenighet om den psykososiale oppfølgingen internt i enkelte av kommunene. Dette har bidratt til uro og energilekkasje i disse kommunene, og det kan muligens hatt som konsekvens en mindre effektiv oppfølging av rammede.

«Behandlingsoptimisme» ble opplevd som en utfordring i noen kommuner. Med dette menes at de rammede kan hatt urealistiske forventninger til hva den profesjonelle bistanden fra hjelpeapparatet kan løse.

#### **2.4.4 Behov for nærmere avklaring ved bruk av bedriftsmodellen ved katastrofer**

Evalueringen viser at det er behov for en nærmere avklaring av hvordan bedriftsmodellen skal fungere ved større kriser og katastrofer i Regjeringskvartalet, men trolig også mer generelt for statlige og offentlige virksomheter. Evalueringen har vist at verken planverk, organisering og ressurser var tilpasset en katastrofe med det omfang som hendelsen 22/7 hadde. I kjølvannet av hendelsen 22/7 har det heller ikke vært en avklaring av hvordan bedriftsmodellen skal rigges for en eventuelt fremtidig katastrofe. Det er behov for å tydeliggjøre grensesnittet mellom kommunemodellen og bedriftsmodellen når det gjelder oppfølgingen av de rammede i Regjeringskvartalet.

#### **2.4.5 Planer og rutiner med tydelige roller og ansvar som er godt kjent, akseptert og forstått – økt vekt på brukerinvolvering**

Evalueringen viser at casekommunene legger vekt på at det å ha etablerte planer og rutiner med tydelige roller og ansvar som er godt kjent, akseptert og forstått på alle nivåer i organisasjonen, bidrar



til god oppfølging av rammede. Evalueringen viser at de fleste casekommunene til en viss grad hadde planer, rutiner og kriseteam på plass i 2011, selv om variasjonen mellom kommunene var stor. Planverk og rutiner er imidlertid gjennomgående blitt forbedret i casekommunene siden 2011, og bevisstheten knyttet til å trene/ha øvelser på håndtering i større kriser og katastrofer er økt. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt dagens planer, rutiner og organisering for psykososial oppfølging er god nok.

Casekommunene hadde i hovedsak tilstrekkelig med ressurser, men belastningen på enkeltpersoner ble i noen kommuner for stor over tid. Gode rutiner og opplegg for hvordan man skal ivareta hjelperne som sto i en krevende situasjon over lang tid etterlyses. Særlig for mindre kommuner er det nødvendig å ha nettverk å trekke på for å møte vekslende og uventede behov når det gjelder kapasitet og faglig spisskompetanse. Godt etablert samarbeid og gode faglige nettverk på tvers av etater og tjenester vurderes som viktig.

Brukerinvolveringen har variert mellom kommunene. Alle vektlegger at individuelle behov er søkt ivaretatt i oppfølgingen. Det varierer imidlertid om kommunene har lagt til rette for aktiv og mer systematisk tilbakemelding av rammede og berørte gjennom pårørende grupper, lokale støttegrupper o.l. Det er trolig behov for å videreutvikle brukerperspektivet i den psykososiale oppfølgingen.

#### **2.4.6 Helsedirektoratet kan utvikle en enda mer effektiv strategi på formidling og oppfølging av kommunene ved katastrofer**

Vår gjennomgang viser at Helsedirektoratet tok en svært aktiv og operativ rolle i forbindelse med oppfølgingen av 22/7, og hovedbildet er at det gis mange positive tilbakemeldinger på hvordan Helsedirektoratet gjorde jobben. Grepene med å opprette samordningsgruppen og ekspertgruppen for å utvikle og forankre modellen som ble valgt fungerte godt. Når det gjelder iverksetting (formidling og oppfølging), hadde også direktoratet en aktiv oppfølging via fylkesmannen, nasjonale og regionale samlinger m.m. Vi reiser likevel spørsmålet om Helsedirektoratet ved en fremtidig nasjonal katastrofe bør ha en enda tydeligere strategi på hvordan man skal nå ut til og å få kommunene i tale i gjennomføringen. Et enda tettere og mer strategisk samarbeid med «iverksetterne»: fylkesmann, RVTSene, RHFene og kommunene med flere kunne ha bidratt til en enda bedre og mer lik oppfølging i kommunene. Bruk av ulike sosiale medier og digitale løsninger for interaktiv kommunikasjon i veiledning bør også vurderes i denne sammenheng.

### 3 Bakgrunn og formål med evalueringen

Terrorangrepene på Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011 var en stor nasjonal katastrofe som rammet mange, både direkte og indirekte. Til sammen omkom 77 mennesker, og ytterligere 96 mennesker ble skadet. Mange var også tilstede og opplevde angrepene på ulike måter. Et stort antall etterlatte, pårørende og andre med nære forbindelser til de direkte rammede har også måttet forholde seg til ettervirkningene av de grufulle hendelsene. Den psykososiale oppfølgingen av de som trengte bistand etter hendelsene var derfor en stor oppgave for tjenesteapparatet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og for andre aktører som var involvert.

Oppfølgingen av de rammede har i hovedsak fulgt to ulike modeller. En proaktiv kommunemodell for de rammede fra terrorangrepet på Utøya, og bedriftsmodellen for de departementsansatte i Regjeringskvartalet der bedriftshelsetjenesten hadde en sentral rolle. Bakgrunnen for denne evalueringen er at Helsedirektoratet ønsker mer helhetlig kunnskap om hvordan oppfølgingen og den proaktive kommunemodellen fungerte i ulike kommuner. Videre er det også behov for mer kunnskap om hvordan bedriftsmodellen fungerte. Ettersom Helsedirektoratet har hatt ansvar for å lede og koordinere det nasjonale arbeidet med den psykososiale oppfølgingen etter 22/7, vurderer denne evalueringen også Helsedirektoratets rolle.

Evalueringen vurderer ikke selve hendelsen og akutfasen, men fra den påfølgende oppfølgingen og frem til 2016.

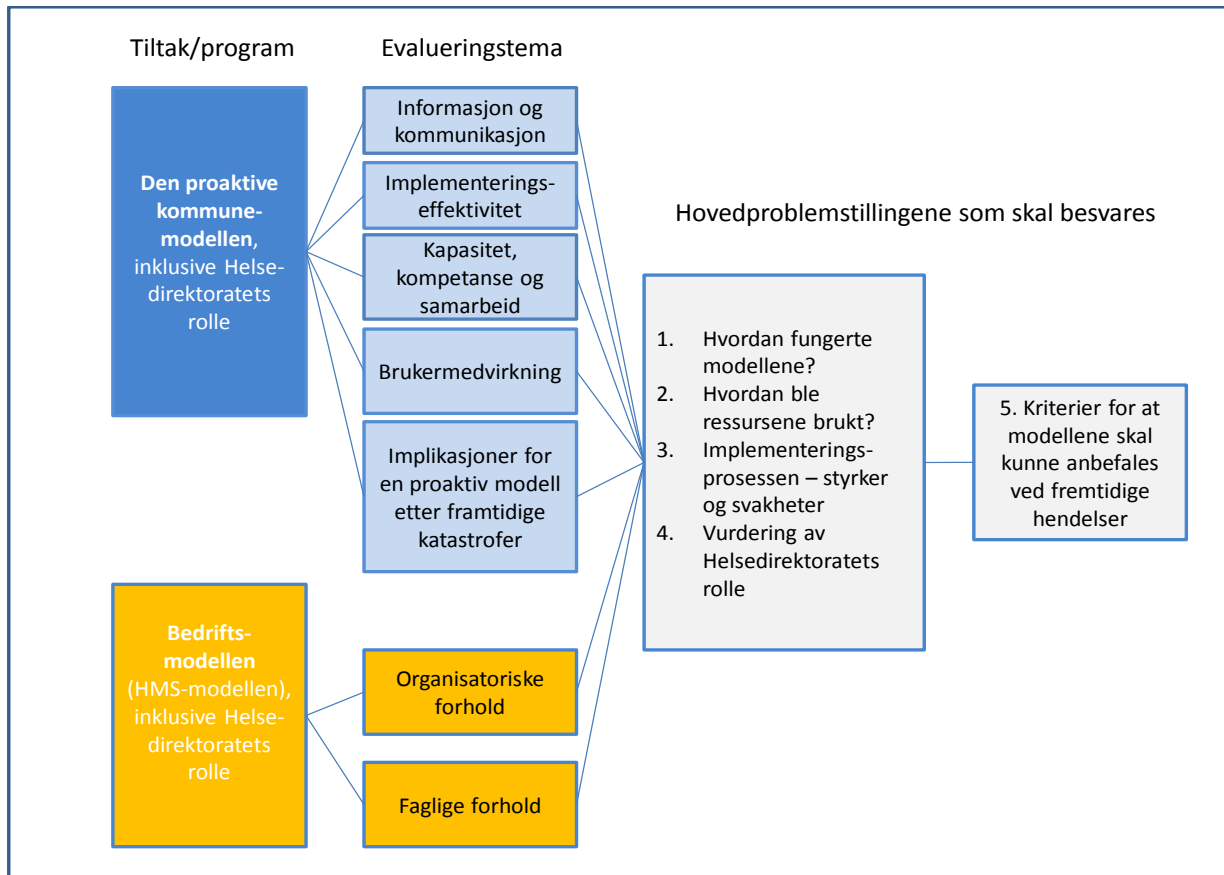
Formålet med evalueringen er å etablere et godt kunnskapsgrunnlag for hvordan man best kan håndtere andre store, fremtidige hendelser. Evalueringen undersøker derfor hvordan begge modellene fungerte, hvordan ressursene ble brukt og hvilke positive og negative virkninger som inntraff i og etter implementeringen av modellene. Evalueringen forsøker også å gi svar på hvilke forutsetninger/kriterier som bør være tilstede for at modellene skal kunne anbefales ved framtidige hendelser.

Resultatene fra evalueringen kan også ha betydning for annet arbeid Helsedirektoratet har ansvar for, slik som den pågående vurderingen av forskriftsfesting av kommunale psykososiale kriseteam, framtidige anbefalinger om bruk av bedriftsmodellen, og den videre utformingen og implementeringen av kontaktpersonrollen og kompetansehevingstiltak på traumefeltet.

## 4 Problemstillinger, analysemodell og metode

### 4.1 Problemstillinger

Formålet er å evaluere både den proaktive kommunemodellen og bedriftsmodellen (HMS-modellen), samt Helsedirektoratets rolle i implementeringen etter 22/7 2011. Evalueringens hovedtema har blitt brutt ned i tematiske underpunkter, fremstilt i figur under.



Figur 4-1 Oversikt over evalueringstema og problemstillinger.

Evalueringstemaene brukes her som referansepunkter for å besvare de sentrale problemstillingene i evalueringen. På bakgrunn av hvordan disse besvares, gir evalueringen anbefalinger knyttet til hvordan de to modellene skal kunne anvendes ved framtidige hendelser.

Når det gjelder den proaktive modellen viser oversikten at evalueringen vil omfatte temaer knyttet til:

- Informasjon og kommunikasjon handler om hvordan fra Helsedirektoratet evnet å nå kommunene og hvordan samarbeidet med fylkesmannen fungerte. Videre om hvordan kommunene klarte å komme i kontakt med de rammede?
- Implementeringseffektivitet handler blant annet om hvorvidt rådene fra Helsedirektoratet ble fulgt og hvordan den organisatorisk forankring av den psykososiale oppfølging har vært i kommunene.
- Kapasitet og kompetanse handler om hvorvidt kommunene hadde den nødvendige kapasiteten og kompetansen, samt hvordan kompetansemiljøene ble brukt og hvordan samarbeidet mellom ulike etater/tjenester fungerte.

- Brukermedvirkning handler om rammede medvirket til å sikre et relevant tjenestetilbud og hvordan de rammede opplevde hjelpen de ble tilbudt (tilgjengelighet, omfang, kvalitet, kontinuitet)?
- Implikasjoner for en proaktiv modell ved framtidige katastrofer og kriser: Basert på erfaringer og funn i evalueringen vurdere hvilke faktorer som bør ivaretas ved eventuell bruk av en proaktiv kommunemodell? Hva er forutsetningene for å lykkes med en slik modell?

Evalueringen har også hatt som mål å besvare hvorvidt bedriftsmodellen, som ble lagt til grunn for oppfølgingen i Regjeringskvartalet, var et hensiktsmessig valg. Både ut fra hvordan den fungerte, og under hvilke forutsetninger den vil være egnet ved framtidige alvorlige hendelser. Det evalueres hva som var fordelene og ulempene ved at oppfølgingen var knyttet til arbeidsplassen og organisert rundt den ordinære bedriftshelsetjenesten i departementene (BHT).

For bedriftsmodellen har evalueringen av organisatoriske forhold lagt vekt på elementer som i kommunemodellen beskrevet over:

- Informasjon og kommunikasjon mellom Helsedirektoratet og departementfelleskapet. Kontakten mellom bedriftshelsetjenesten og de rammede.
- Implementeringseffektivitet handler blant annet om hvorvidt rådene fra Helsedirektoratet ble fulgt, og hvordan den organisatorisk forankring av den psykososiale oppfølging var i bedriftshelsetjenesten og departementene. Herunder: Hvilke typer hendelser er BHT forberedt på å kunne håndtere? Er BHT forberedt på å håndtere alvorlige hendelser gjennom sin ordinære virksomhet? Samordning med og implikasjoner for løpende drift?
- Kapasitet og kompetanse handler om hvorvidt bedriftshelsetjenesten hadde den nødvendige kapasiteten og kompetansen, samt hvordan kompetansmiljøene ble brukt og hvordan samarbeidet mellom ulike etater/tjenester fungerte.
- Brukermedvirkning handler om rammede medvirket gjennom selvstendige initiativ til å sikre et relevant tjenestetilbud, og hvordan de rammede opplevde hjelpen de ble tilbudt (tilgjengelighet, omfang, kvalitet, kontinuitet)?
- Implikasjoner for en proaktiv modell ved framtidige katastrofer og kriser: Basert på erfaringer og funn i evalueringen vurdere hvilke faktorer som bør ivaretas ved eventuell bruk av en bedriftsmodell? Hva er forutsetningene for å lykkes med en slik modell?

I tillegg har vi i bedriftsmodellen vurdert faglige forhold knyttet til:

- Bidrar modellen til å identifisere personer med risiko for stressrelatert sykdomsutvikling, som akutt psykologisk førstehjelp og individuelle vurderinger?
- Sørger modellen for at de som trenger det blir henvist til spesialisthelsetjenesten? Dekker modellen også ansatte som ikke var tilstede på hendelsestidspunktet, pårørende og etterlatte?
- Forberedelse og gjennomføring av helseundersøkelsene. Hvordan oppfattet ansatte disse og ble behovet dekket?
- Hva sier forskningen om virkninger på langvarige sykemeldinger og frafall fra arbeidslivet?
- Er modellen egnet til at samarbeid med andre i helsetjenesten enkelt kan iverksettes?
- Opplevde konflikter mellom forskningsinteresser og klinisk arbeid?

## 4.2 Metode

### 4.2.1 Dokumentstudier

Det finnes betydelige mengder skriftlig materiale som på ulike måter dokumenterer hvordan den psykososiale oppfølgingen etter 22/7 fungerte. En lang rekke dokumenter har blitt gjennomgått i evalueringsarbeidet, herunder:

- Akademisk litteratur om psykososialt arbeid generelt, og oppfølgingen etter 22/7 spesielt
- Fagrapporter knyttet til oppfølgingen etter 22/7
- Brev og veiledere fra Helsedirektoratet
- Kommunikasjon i forvaltningen mellom Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, fylkesmannsembeter, kommuner mv.

Dokumentene har blitt analysert med utgangspunkt i en skjematikk knyttet opp mot prosjektets todeling (den proaktive kommune modellen og bedriftsmodellen) og tilhørende tema og problemstillinger.

I tilfeller hvor skriftlige kilder er gjengitt er dette lagt inn som en kildehenvisning.

### 4.2.2 Spørreundersøkelse

For å få informasjon om hvordan den psykososiale oppfølgingen fungerte i de ulike kommunene, ble det gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse som ble besvart av ulike grupper rammede tilknyttet hendelsene på Utøya og i Regjeringskvartalet. Spørreundersøkelsen var forholdsvis kort og enkel for å ikke skape en unødig tilleggsbelastning for de rammede, sett i lys av at mange allerede har deltatt på lignende undersøkelser.

Spørreundersøkelsen ble distribuert ved hjelp av *Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli hendelsene* (Støttegruppen 22. juli), og sendt ut pr. e-post første gang 13.1.2016. For å øke antall respondenter ble den distribuert på nytt 7.2.2016.

Begrunnelsen for å gjennomføre en spørreundersøkelse var å få mer kunnskap om hvordan oppfølgingen hadde fungert i ulike kommuner.

Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål knyttet til blant annet:

- På hvilken måte respondenten var rammet/berørt av hendelsene 22/7
- Bostedskommune og flytting
- På hvilken måte man mottok hjelp fra det offentlige tjenesteapparat (fikk man tilbud om hjelp, ble man tilbudt fast kontaktperson osv.)
- Tilfredshet og mangler med hjelpen fra det offentlige (både avkrysning og fritekst)

Spørreskjema ligger i Vedlegg 1.

Totalt var det 519 personer som fullførte spørreundersøkelsen. Tabellen under viser hvordan respondentene fordelte seg:

Tabell 4-1 Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen

	Regjeringskvartalet	Utøya	Totalsum
<b>Overlevende</b>	28	101	<b>129</b>
<b>Etterlatte</b>	3	71	<b>74</b>
<b>Pårørende</b>	4	249	<b>253</b>
<b>Annen tilknytning</b>	14	49	<b>63</b>
<b>Totalsum</b>	<b>49</b>	<b>470</b>	<b>519</b>

De med annen tilknytning, inkluderer eksempelvis ansatte i Regjeringskvartalet som ikke var på jobb, venn, kollega, nabo, annen familierelasjon, frivillige hjelpere og andre berørte. Av de 14 som har annen tilknytning i forbindelse med Regjeringskvartalet, oppgir 11 å være ansatt i Regjeringskvartalet.

Denne gruppen var ikke formelt og eksplisitt en målgruppe for bistanden, hverken for bedriftsmodellen i regjeringskvartalet eller i anbefalingene fra Helsedirektoratet til kommunene, se også 4.2.4 for utdyping.

### 4.2.3 Intervjuer

En sentral kilde for kunnskap har vært intervjuer/samtaler med informanter som har belyst ulike deler av evalueringens problemstillinger. Det har primært blitt gjennomført separate intervjuer (én informant), men også noen gruppesamtaler (flere informanter som representerer samme gruppe). Intervjuene har vært semistrukturerte, med noen faste spørsmål som informantene har kunnet svare fritt og utfyllende på.

#### Innledende intervjuer

I første omgang ble det gjennomført ni innledende intervjuer med totalt 12 personer fra et bredt utvalg representanter fra følgende organisasjoner:

Tabell 4-2 Oversikt innledende intervjuer

Organisasjon
Helsedirektoratet
Departementenes Servicesenter/Bedriftshelsetjenesten (daværende ansatte)
Tidligere fylkesmann i Østfold
Kommunal og moderniseringsdepartementet
Kommuner
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Senter for krisepsykologi (SfK)
Støttegruppen 22. juli

Formålet med de innledende intervjuene var å danne seg et overordnet bilde av de aktuelle problemstillingene, og på bakgrunn av dette plukke ut informanter, utforme intervjuguider til informanter og spørreskjema til de rammede.

#### Intervjuer – Helsedirektoratets rolle

Hensikten med intervjuene var å innhente synspunkter på Helsedirektoratets rolle knyttet til utvikling, formidling og oppfølging av kommunemodellen og bedriftshelsemodellen, herunder intern organisering i Helsedirektoratet, styring fra HOD og samarbeid med relevante aktører. Informantene ble valgt med bakgrunn i hvem man visste hadde innsikt i hva som skjedde helt fra den tidlige fasen. Det ble også

reflektert rundt ulike erfaringer både med prosessen og den proaktive kommunemodellen og bedriftsmodellen som sådan. I tillegg til nasjonale aktører, ble det også stilt spørsmål om Helsedirektoratets rolle til de ti casekommunene (se avsnitt under). Totalt gir dette rundt 54 informanter. Fordelingen blant de nasjonale aktørene var som følger:

Tabell 4-3 Oversikt intervjuer nasjonale aktører

Organisasjon	Antall intervjuer	Antall informanter
Fylkesmannen i Oslo og Akershus	1	2
Helsedirektoratet	4	5
Utdanningsdirektoratet	1	1
NKVTS	1	2
RVTS Vest	1	1
SfK	1	1
Støttegruppen 22. juli	1	2
<b>Totalt</b>	<b>10</b>	<b>14</b>

### Intervjuer – Bedriftsmodellen

Formålet med intervjuene knyttet til bedriftsmodellen var å kartlegge relevante faglige og organisatoriske forhold knyttet til bedriftsmodellen. Det ble i intervjuene blant annet spurt om forhold til arbeidsgiveransvaret, bedriftshelsetjenestens rolle, organisering og styring av det psykososiale arbeidet, koordinering og samarbeid med andre aktører og generelle betraktninger knyttet til disse erfaringene. Intervjuede var ledere og tillitsvalgte i departementene, hovedtillitsvalgte og verneombud samt ansatte i bedriftshelsetjenesten.

Tabell 4-4 Oversikt intervjuer om bedriftsmodellen

Organisasjon	Antall intervjuer	Antall informanter
Barne- og likestillingsdepartementet	1	1
Departementenes Servicesenter/Bedriftshelsetjenesten	3	6
Justis- og beredskapsdepartementet	1	2
Kunnskapsdepartementet	2	2
Kommunal og moderniseringsdepartementet	4	4
Olje og Energidepartementet	1	2
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>17</b>

### Intervjuer i kommunene

For å få nærmere informasjon om hvordan den proaktive kommunemodellen hadde fungert ulike steder i landet, ble det valgt ti casekommuner. Man ønsket her å få rede på hvilke begrunnelser kommunene hadde for de valgene som ble gjort og hvilke erfaringer kommunene gjorde seg. Hovedhensikten var å finne ut hvilke forutsetninger som måtte være tilstede for en vellykket implementering av en proaktiv kommunemodell.

Kommunene ble valgt på bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen. I utvelgelsen ble det tatt utgangspunkt i snittscore pr. kommune på spørsmålet «*Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du har mottatt i din kommune?*»<sup>3</sup> Av disse kommunene ble det valgt ut fem kommuner blant de med

<sup>3</sup> For de som hadde flyttet siden hendelsen tok vi utgangspunkt i kommunen de bodde i da hendelsen skjedde.

høyest snittskår, og fire kommuner blant de med lavest snittskår<sup>4</sup>. I tillegg ble Oslo kommune tatt med som case. Formålet med denne utvelgelsen var å belyse om variasjoner i tilfredshet hos de rammede på noen måte kunne forklares ut fra hvordan kommunemodellen ble implementert i den respektive kommune, eller spesifikke forhold i den enkelte kommune.

Det ble gjennomført totalt 28 intervjuer med rundt 40 informanter. Kommuneansatte, både på strategisk ledelsesnivå og operativt nivå dvs. kriseteam og kontaktpersoner ble intervjuet. Dette for å dekke bredden av erfaringer kommunene hadde i oppfølgingsarbeidet, jf. oversikt i tabellen under.

Tabell 4-5 Oversikt intervjuer casekommunene

	Antall intervjuer	Informanter på operativt nivå	Informanter på strategisk nivå
Kommune 1	2	0	3
Kommune 2	4	2	2
Kommune 3	3	5	5
Kommune 4	4	0	4
Kommune 5	3	3	1
Kommune 6	2	1	1
Kommune 7	5	2	5
Kommune 8	1	0	2
Kommune 9	2	0	2
Kommune 10	2	1	1
<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>26</b>

#### 4.2.4 Metodiske utfordringer

Ettersom det er fem år siden hendelsene fant sted, er det et metodisk problem at informanter i intervjuene og respondentene i spørreundersøkelsen ikke nødvendigvis husker nøyaktig hva som skjedde. Problemstillingen knyttet til hva man husker er særlig aktuell når det gjelder forhold for de rammede som fant sted kort tid etter hendelsen. Situasjonen var kaotisk og flere var sterkt preget av hendelsen. Det er da forståelig at man ikke husker spesifikke forhold knyttet til hvilken offentlig instans man mottok bistand fra, og detaljer knyttet til denne bistanden.

Videre er det enkelte forhold ved spørreundersøkelsen som til en viss grad begrenser muligheten til å trekke robuste konklusjoner fra resultatene.

- Respondentene ble kontaktet på bakgrunn av tilknytning til Støttegruppen etter 22. juli hendelsene. Dette kan gi en viss skjevhet i utvalget siden en overveiende majoritet av medlemmene er rammet av hendelsene på Utøya og ikke i Regjeringskvartalet. Denne skjevheten gir også utslag hos de respondentene som har svart, jf. tabell 4-1. På generelt nivå kan man derfor si at det er usikkert hvorvidt respondentene fullt ut er representative for de rammede.
- Blant de som har svart på spørreundersøkelsen har 63 av 519 respondenter (12 prosent) oppgitt å ha en annen tilknytning til hendelsene enn overlevende, etterlatt eller pårørende. Dette er eksempelvis ansatte i Regjeringskvartalet som ikke var på jobb, naboer, venner, kollegaer annen familierelasjon, frivillig hjelpere og personer som var i området da hendelsene skjedde. For å kunne få et riktig bilde av helheten, har svarene til disse gruppene også blitt tatt med i resultatene, selv om disse i utgangspunktet ikke var i målgruppen for den proaktive kommunemodellen. Man må derfor være oppmerksom på at enkelte av respondentene som vurderer grad av tilfredshet

<sup>4</sup> Kommuner med færre enn tre respondenter ble ikke brukt som case



ikke var definert som en del av målgruppen. Imidlertid er det kun en mindre andel av de med annen tilknytning (for Utøya ca. 7,5 prosent) som har angitt grad av tilfredshet med bistanden, og svarene er ikke signifikant forskjellige fra øvrige grupper. Slik sett har det å inkludere denne gruppen liten påvirkning på resultatene og konklusjonene.

- Det ble av anonymitetshensyn bevisst unnlatt å spørre om utfyllende personinformasjon (alder, kjønn, spesifisert tilknytning til den rammede, sosioøkonomiske forhold mv.) i undersøkelsen. Slike variabler kan normalt sett ofte belyse noe av variasjonen på ulike svar, og man må i dette tilfellet derfor være oppmerksom på at man ikke får frem disse nyansene.
- For å unngå unødige ekstra belastninger for de rammede var direkte kontakt med disse eksplisitt ikke en del av evalueringsoppdraget. Slik sett har man ikke benyttet den metoden som trolig ville vært mest egnet i denne sammenhengen – personlig intervju.

På tross av dette gir likevel spørreundersøkelsen mye verdifull informasjon om hvordan tjenestene ble utført i forskjellige kommuner, og hvilke implikasjoner dette hadde for hvor tilfredse de rammede var med hjelpen de fikk.

### 4.3 Avgrensinger

Følgende forhold har ikke vært vurdert som del av denne evalueringen:

- Spesialisthelsetjenestens rolle i den psykososiale oppfølgingen har ikke blitt vurdert, med unntak av der dette er relevant for å forstå kommunenes arbeid.
- Evalueringen har hatt som mål å evaluere den langsiktige psykososiale oppfølgingen. Det har derfor i liten grad blitt sett på tiltak som ble satt inn akuttfasen.
- Økonomiske forhold knyttet til den psykososiale oppfølging har ikke blitt vurdert i dette oppdraget, heller ikke bruk av skjønnsmidlene som kommunene ble tildelt.
- Evalueringen vurderer primært organisatoriske forhold knyttet implementering, samhandling, styring mv. Den er derfor avgrenset mot rene fagpsykologiske vurderinger knyttet til ulike effekter av hendelsene, sykdomsforløp, traumehåndtering og tilfriskning av de rammede.

#### 4.3.1 Referansegruppen

Det ble opprettet en bredt sammensatt referansegruppe for prosjektet. Referansegruppens medlemmer framgår av tabellen under.

Tabell 4-6 Medlemmer i referansegruppen

Navn	Stilling og organisasjon
Beate Vatndal	Styremedlem, Støttegruppen 22. juli
Björg Månum Andersson	Tidligere kommunaldirektør, Oslo kommune
Hoang Tran	Tidl. leder for bedriftshelsetjenesten, Bedriftshelsetjenesten/DSS
Håkon Stenmark	Rådgiver - psykologspesialist, RVTS Midt
Inger Lise Birkeland	Direktør, NKVTS
Ranveig Bjerkmo	Ass. Fylkesmann, Fylkesmannen Oslo og Akershus
Rebecca Setsaas	Tidl. kommuneoverlege, Sarpsborg kommune
Torbjørn Dolva	Personalsjef, Kommunal og moderniseringsdepartementet
Unni M Heltne	Daglig leder, SfK
Vegard Nore	Seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Referansegruppen ble aktivt brukt som diskusjonsgruppe gjennom evalueringsperioden. Referansegruppen var samlet ved fire anledninger for å komme med innspill og tilbakemeldinger på evalueringsdesign, foreløpige funn og refleksjoner som ble presentert. Referansegruppen står ikke faglig ansvarlig for noe av innholdet i evalueringsrapporten.

## 5 Kort beskrivelse av modellene for psykososial oppfølging

I den psykososiale oppfølgingen etter terroranslagene la Helsedirektoratet to oppfølgingsmodeller til grunn for hjelp og støtte til de rammede. Dels en proaktiv kommunemodell for de rammede fra terrorangrepet på Utøya, dels en proaktiv bedriftsmodell for de departementsansatte i Regjeringskvartalet. Prioritert målgruppe for aktiv oppfølging av rammede med tilknytning til Utøya var sitat<sup>5</sup>: «... overlevende fra Utøya og deres pårørende, frivillige hjelpere i området og de etterlatte ...». I regjeringskvartalet ble følgende definert som prioritert målgruppe – sitat<sup>6</sup>: «...alle skadde, de etterlatte og de som var på jobb da bomben eksploderte. Dette gjelder også forbipasserende og ikke-ansatte som befant seg i området».

### 5.1 Proaktiv kommunemodell

Den proaktive kommunemodellen ble valgt for de som ble rammet av terrorhandlingene på Utøya. De faglige anbefalingene var at kommunene aktivt skulle etablere kontakt. Hensikten med en proaktiv modell var å sikre kontinuitet i relasjonen mellom rammede og støtteapparatet og en god og jevnlig vurdering av sosial støtte og funksjon. Dette skulle være grunnlaget for en vurdering av behov for ytterligere tiltak<sup>7</sup>.

Det er primært to dokumenter som definerer den proaktive kommunemodellen for oppfølgingen av de rammede etter 22/7, begge fra Helsedirektoratet. For det første «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer», IS-1810. Denne var resultat av et pågående arbeid, i forkant av 22/7, blant annet basert på erfaringer fra tsunamien i Thailand 2004 og vektla «watchful waiting». Veilederen ble publisert på Helsedirektoratets nettside dagen etter hendelsen. Videre sendte Helsedirektoratet via fylkesmennene den 19. august, en måned etter hendelsen, et tillegg til veilederen<sup>8</sup>, som la vekt på en mer proaktiv tilnærming enn det den første veilederen gjorde.

Tillegget til veilederen redegjør i korthet for hendelsen og omfanget av rammede, og definerte ulike kategorier av rammede og berørte samt prinsippene i kommunemodellen.

Hovedprinsippene i den proaktive kommunemodellen skulle være en proaktiv holdning fra primærhelsetjenesten, kriseteam eller HMS-tjenesten etter prinsipp om aktiv oppfølging, som muliggjorde kontinuerlig vurdering av hjelpebehov:

- Kontinuitet i kontakten med de rammede
- Hyppighet i kontakt tilpasses individuelt (ukentlig i starten), men planlegges i utgangspunktet gradvis avtagende
- Standardiserte kartlegginger på faste tidspunkter gjennom det første året (5–6 uker, 3 mnd. og 12 mnd.)
- En kontaktperson for hver familie – hvem som inngår i familien avklares i første møte (inkl. oppmerksomhet på delte familier)

Kartleggingsverktøyet for de standardiserte kartleggingene var utviklet basert på internasjonale erfaringer ved store kriser og katastrofer, men tilpasset norske forhold. Kartleggingsverktøyet skulle brukes i kommunehelsetjenesten av personell med tilstrekkelig helsefaglig kompetanse.

---

<sup>5</sup> Fra Tillegg til veileder av 19.8.11

<sup>6</sup> Ibid

<sup>7</sup> "Læring for bedre beredskap" s 89, Helsedirektoratet 01.03.2012

<sup>8</sup> Ref. til tillegget til veilederen

Råd til personell i kommunene med ansvar for oppfølging omfattet, i tillegg til veilederen, følgende forhold:

- Kontaktpersonens rolle:
  - Dersom kontaktpersonen ikke er helsepersonell, skal vedkommende bidra til at det er helsepersonell som gjennomfører kartlegging
  - Ukentlige møter i starten, deretter avtagende etter behov, oppfølging i minst ett år
  - Følge opp dersom den rammede ikke ønsker kontakt i første omgang
  - Bør ha kontakt også når vedkommende har annen oppfølging i helsevesenet f. eks. i spesialisthelsetjenesten
  - Dersom den rammede flytter/hadde flyttet skulle kontaktpersonen i hjemstedskommunen sikre at midlertid bostedskommune tok ansvar for oppfølging
- Konkrete råd til hvordan første samtale med den rammede kan legges opp
- Reaksjoner som kan forventes fra rammede
- Kulturelle forhold man må være oppmerksom på
- Hjelpetiltak: Fokus på stabilisering, praktisk hjelp og støtte
- Råd knyttet til gjennomføring av kartlegging
- Råd om å ta kontakt med RVTS hvis behov
- Henvisning til relevant informasjon på Helsedirektoratets nettsider

## 5.2 Bedriftsmodellen

Etter 22/7 ble det raskt klart at arbeidsgiver skulle ta hovedansvaret for støtte og oppfølging av ansatte i regjeringkvartalet, både medisinsk og psykososialt. Bedriftshelsetjenesten i Regjeringkvartalet fikk ansvaret for de ansatte og fulgte dem opp fra akutfasen, skriver 22. juli-kommisjonen<sup>9</sup>.

Bedriftsmodellen ble også lagt til grunn for den videre oppfølgingen av de rammede i regjeringkvartalet etter den akutte fasen<sup>10</sup>. «Modellen innebærer at virksomhetens samlede menneskelige, faglige og organisasjonsmessige ressurser mobiliseres for å støtte den ansatte som er rammet eller berørt av terrorhandlingen mot arbeidsplassen. Modellen er tenkt å representere nærhet og myndighet for de ansatte, vektlegger fellesskapets betydning og ivaretar arbeidsrelatert helse. Bedriftsmodellen innebærer samarbeid mellom ledelsen, faglige tillitsvalgte, avdeling for Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og ansatte».

Det ble anbefalt at de rammede ble innkalt til en 20 minutters konsultasjon med screeningskjema og vurdering av funksjon, arbeidsevne og nettverk. Den videre oppfølgingen ble anbefalt å være som i den kommunale modellen, med flere oppfølgingspunkter (etter 3–4 uker, 3–4 måneder og 12 måneder), men at dette skulle gjøres i bedriftshelsetjenesten (BHT) istedenfor i det kommunale apparatet.

Bedriftshelsetjenesten er organisert under departementenes servicesenter (DSS), som den gangen rapporterte til Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

---

<sup>9</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

<sup>10</sup> "Læring for bedre beredskap" s 70, Helsedirektoratet 1.3.2012

### **5.3 Nasjonale og regionale samlinger med rammede**

Som ledd i Helsedirektoratets proaktive oppfølging, ble det besluttet å arrangere nasjonale fellessamlinger for etterlatte fra Utøya og Regjeringskvartalet, og fylkesvise samlinger for overlevende fra Utøya med nære pårørende. Tiltaket var basert på positive erfaringer fra tilsvarende samlinger i Norge og utlandet ved store kriser og katastrofer.

## 6 Hvordan fungerte den proaktive kommunemodellen i kommunene?

### 6.1 Innledning

Gjørnv-kommisjonen konkluderte med at det norske samfunnet i hovedsak klarte å møte de rammedes behov for psykososial støtte den første tiden etter 22/7. Kommisjonen sier at det ble nedlagt betydelig innsats og ressurser i arbeidet, og at engasjementet var stort. Kommisjonens undersøkelse viste at mange berørte fikk tilpasset støtte fra kommunene, men at det også var noe varierende oppfølging fra kommunene, herunder av enkelte grupper av etterlatte, søsken, steforeldre og besteforeldre. Kommisjonen fant også at det var variasjoner i hvordan de ansatte og etterlatte i regjeringskvartalet ble fulgt opp fra kommunene.

I denne evalueringen vil vi gi en nærmere beskrivelse og vurdering av hvordan den proaktive kommunemodellen fungerte i kommunene, og da med vekt på den langsiktige psykososiale oppfølgingen og i liten grad akutfasen. Tilsvarende vil vi beskrive og vurdere hvordan bedriftsmodellen fungerte for de rammede i regjeringskvartalet (kapittel 7).

I kapittel 6.2 beskriver vi først kort kommunenes ansvar i beredskapsarbeid. Deretter presenterer vi i kapittel 6.3 og 6.4 de overordnede resultatene fra spørreundersøkelsen til medlemmene i støttegruppen, med hensyn til hvor tilfreds disse var med oppfølgingen i kommunene/helsetjenesten og hvilke forhold som kan ha påvirket tilfredsheten. I kapittel 6.5 og 6.6 presenterer vi funn fra undersøkelsen i casekommunene når det gjelder hvordan kommunene konkret fulgte opp de rammede. I kapittel 6.7 beskriver vi hvilke planer/rutiner, organisering, ressurser og kompetanse kommunene hadde.

### 6.2 Kort om arbeidet med beredskap i kommunene

Helsedirektoratets «Læring for bedre beredskap»<sup>11</sup> skriver følgende:

Beredskapsarbeidet i Norge er basert på ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet. Dette gjelder også håndtering av kriser, ulykker og katastrofer. I henhold til nærhetsprinsippet skal slike situasjoner løses på lavest mulig effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Kommunene er forpliktet til å ha forberedt beredskap for sine helse- og sosialtjenester i samsvar med lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven) og lov om helsemessig og sosial beredskap. Helsemessig og sosial beredskap skal være samordnet med kommunens øvrige beredskapsplanverk, jf. § 14-15 i sivilbeskyttelsesloven, § 1-5 i lov om helsetjenesten i kommunene og § 2-2 i lov om helsemessig og sosial beredskap.

Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. november 1982 nr. 66 var utgangspunkt for psykososial oppfølging av kriserammede innbyggere i 2011 (erstattet av nytt lovverk i 2012).

De kommunale oppgavene i krise- situasjoner omfatter:

- opprettholde kommunale funksjoner og tjenester
- kontinuerlig vurdere om kommunen har behov for støtte fra andre kommuner eller råd og veiledning fra sentrale instanser
- informere publikum og media
- skaffe til veie materielle ressurser og kompetanse
- hjelpe politiet med evakuering og innkvartering av skadde personer
- tilby psykososiale støttetiltak – varsle og rapportere

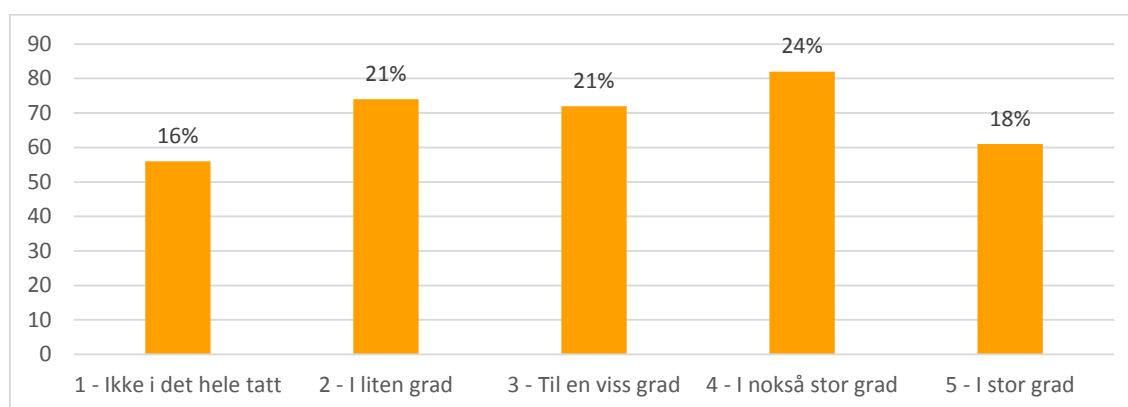
<sup>11</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap, s 68.

Det er det siste kulepunktet som er fokus i denne evalueringen, med vekt på hvordan den langsiktige psykososiale oppfølgingen fungerte.

## 6.3 Hvor tilfreds er rammede med oppfølgingen i kommunene/helsetjenesten?

### 6.3.1 Hvor tilfredse er rammede med bistanden?

Det ble i forbindelse med evalueringen gjennomført en spørreundersøkelse som ble sendt til overlevende, etterlatte, pårørende og andre med tilknytning til de som ble rammet. Se omtale av hvordan undersøkelsen ble gjennomført og mer detaljerte resultater under avsnitt 4.2.2 og 4.2.4. Et av spørsmålene i undersøkelsen var «Hvor fornøyd var du alt i alt med hjelpen du har mottatt i din kommune?»<sup>12</sup>. Videre følger en omtale av de viktigste resultatene knyttet til de som ble fulgt opp av kommunene<sup>13</sup>.

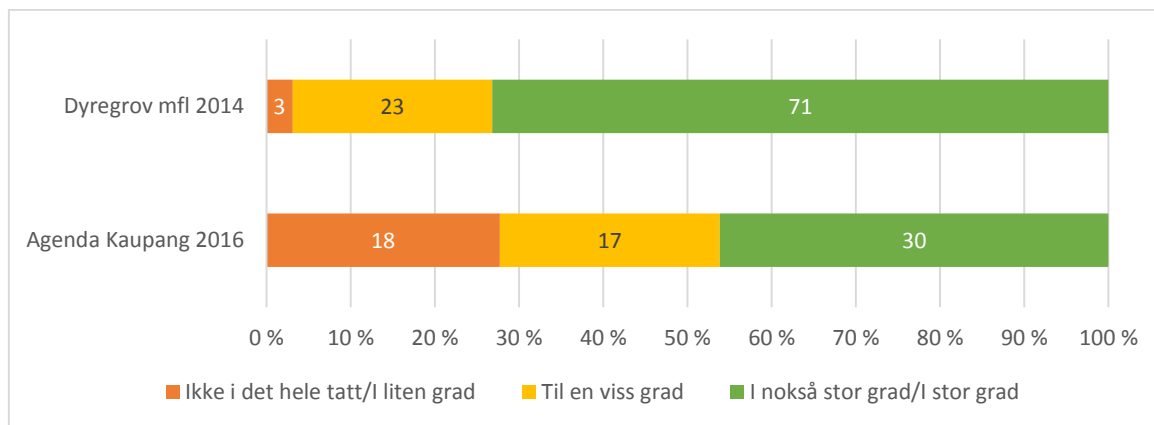


Figur 6-1 Tilfredshet med oppfølgingen blant de som ble rammet på Utøya (N=345)

Det generelle inntrykket at det er store variasjoner i hvor fornøyd de rammede var med bistanden de mottok fra det offentlige. På et helt overordnet nivå er det derfor vanskelig å si noe om oppfølgingen var vellykket eller ikke. En undersøkelse gjennomført av Dyregrov mfl. (2014), vurderer også tilfredshet med den psykososiale oppfølgingen, men rettet mot et mer spisset utvalg, nemlig etterlatte foreldre og søsken etter angrepene på Utøya. Videre er det forskjellig spørsmålsstilling. Der spørsmålet i Dyregrovs undersøkelse er: «Er du fornøyd med hjelpen fra fagfolk?», spørres det i denne undersøkelsen om: «Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du har mottatt i din kommune?». Tar man utgangspunkt i kun etterlatte etter angrepene på Utøya, og sammenligner Agenda Kaupang sine resultater med resultatene fra Dyregrov (mfl., 2014) sin studie, gir det følgende bilde, figur 6--2.

<sup>12</sup> Respondenter som hadde flyttet ble spurt «Hvor fornøyd var du alt i alt med hjelpen du mottok i kommunen du bodde i først?». Det ble brukt en fem-punktskala der spørsmålet ble rangert i følgende kategorier: 1 - Ikke i det hele tatt, 2 - I liten grad, 3 - Til en viss grad, 4 - I nokså stor grad, 5 - I stor grad

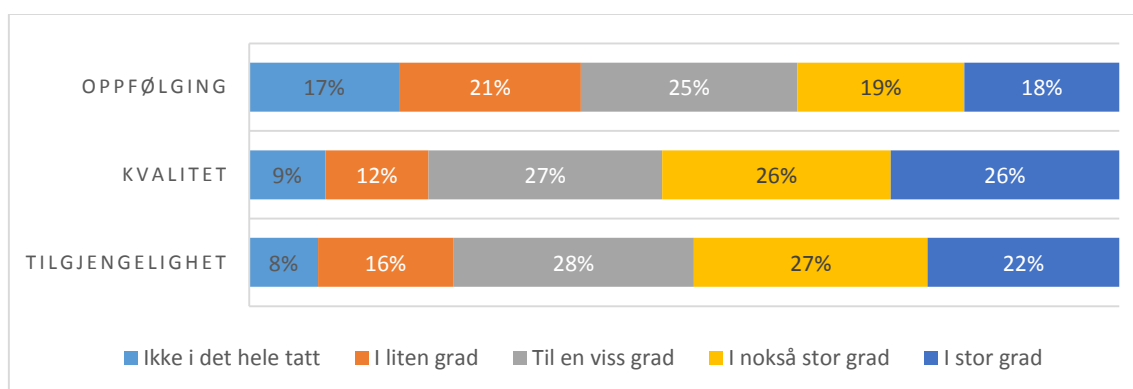
<sup>13</sup> Spørreskjema gjorde ikke forskjell på de som ble fulgt opp av kommunen kontra bedriftshelsetjenesten. I vurderingen av hvor fornøyd respondentene var med oppfølgingen i kommunene tar vi derfor utgangspunkt i de som ble rammet i tilknytning til angrepene på Utøya. Av de som ble rammet i forbindelse med Utøya var det 345 som svarte på grad av tilfredshet, 9 svarte «vet ikke», mens 116 ble ikke spurt fordi de ikke hadde mottatt hjelp.



Figur 6-2 Tilfredshet med bistanden blant etterlatte etter angrepene på Utøya, sammenlignet med Dyregrov mfl. 2014

Hovedinntrykket fra dette spørsmålet er at respondentene i denne spørreundersøkelsen jevnt over var mindre fornøyd med bistanden de fikk, enn de som deltok i studien til Dyregrov mfl. (2014). En av årsakene til denne forskjellen kan være at det spørres om litt ulike ting. Der Dyregrov (mfl., 2014) spør etter fornøydhets med hjelpen fra fagfolk, spørres det i denne undersøkelsen om hjelpen man har mottatt i kommunen. En mulig hypotese som kan forklare forskjellen er at respondentene i stor grad er fornøyd med de faglige aspektene ved bistanden de har fått, dvs. fra fagfolk både i det offentlige og private. Spørsmålet i denne spørreundersøkelsen lader derimot i større grad på den samlede oppfølgingen, noe som da også inkluderer andre aspekter ved bistanden enn det rent faglige. Det kan derfor være forhold knyttet til proaktivitet i oppfølgingen, varighet/hyppighet i tilbudet og ulike administrative forhold som vektlegges her, og slik sett gir en svakere score. Videre kan det være forhold knyttet til utvalget, metode og tidspunkt som bidrar til å forklare den tilsynelatende forskjellen i hvordan respondentene opplevde hjelpen de fikk.

De samme respondentene ble videre spurt om i hvilken grad de var tilfreds med ulike aspekter ved bistanden de mottok fra det offentlige, jf. tabell 6-3. Generelt var det høyere tilfredshet med kvaliteten og tilgjengelighet på hjelpen enn det var på oppfølgingen fra instansene man mottok hjelp fra. Merk at man på kvalitetsaspektet får en fordeling av svar som i noe større grad ligner på fordelingen av svar i studien til Dyregrov mfl fra 2014.



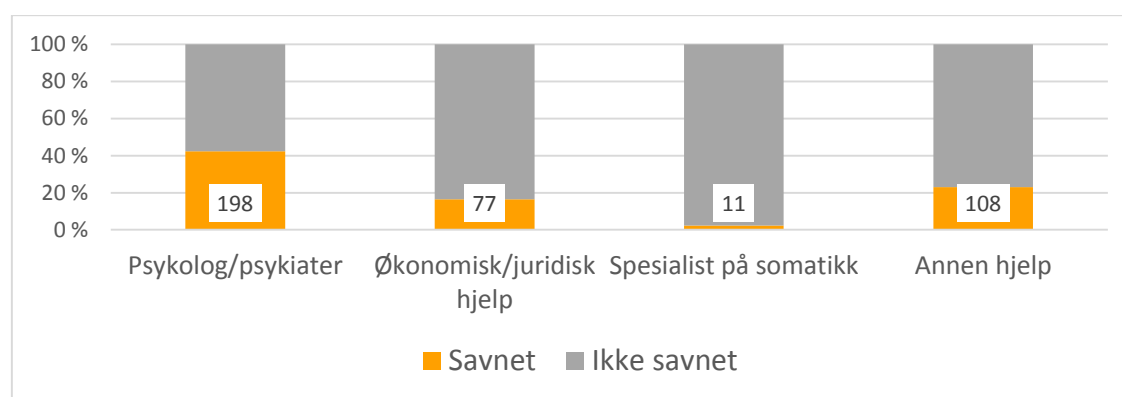
Figur 6-3 Tilfredshet med tilgjengelighet, kvalitet og oppfølging



### 6.3.2 Hva har vært savnet?

Av de 470 respondentene tilknyttet Utøya svarte 294 (63 prosent) at det var hjelp de hadde savnet<sup>14</sup>. Dette er konsistent med en studie av Glad mfl.<sup>15</sup> i 2014 der i underkant av 60 prosent av respondentene rapporterer om udekkede behov, enten for seg selv eller noen i sin familie.

Figur 6-4 viser hvilken andel av totalt antall respondenter som har savnet ulike former for bistand. Av de som krysset av for at de hadde savnet andre former for hjelp, var det bistand til søsken, praktisk bistand i hjemmet og samtalegrupper som ble nevnt oftest. Over 40 prosent av de som svarte savnet mer bistand fra psykolog eller psykiater.



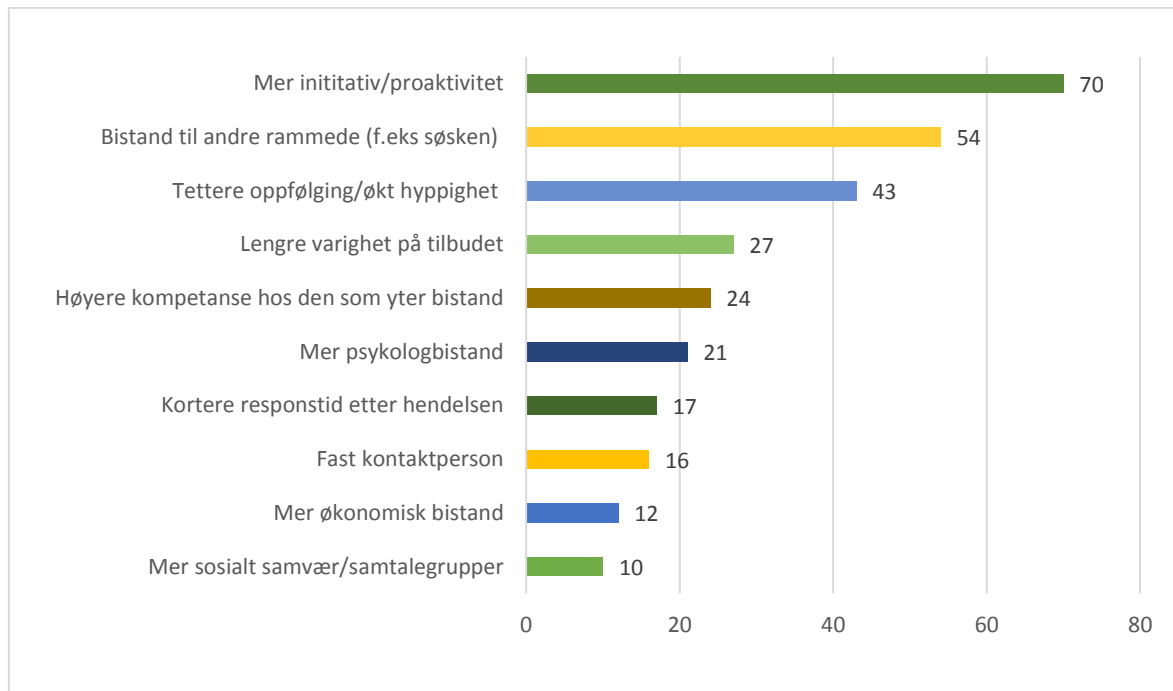
Figur 6-4 Hvilken type hjelp har vært savnet? (N=470)

På det åpne spørsmålet «Hva skulle eventuelt vært annerledes i den samlede hjelpen du mottok for at du skulle vært mer fornøyd?» er mer initiativ og proaktivitet det som fremheves oftest<sup>16</sup>. Videre trekker mange frem at de opplevde at bistanden var uhensiktsmessig avgrenset. Spesielt var det søsken og andre nære familiemedlemmer til de som ble direkte rammet, som trengte mer målrettet oppfølging. Det var også flere kommentarer knyttet til at bistanden burde kommet på plass tidligere, skje hyppigere og avsluttes senere, se figur 6-5 under.

<sup>14</sup> 49 av av de 470 var i gruppen «annen tilknytning», dvs. venn, kollega, nabo, annen familierelasjon, frivillige hjelpere og andre som følte seg rammet, altså ikke definert i primærgruppen som hadde rett til psykososial hjelp etter modellen.

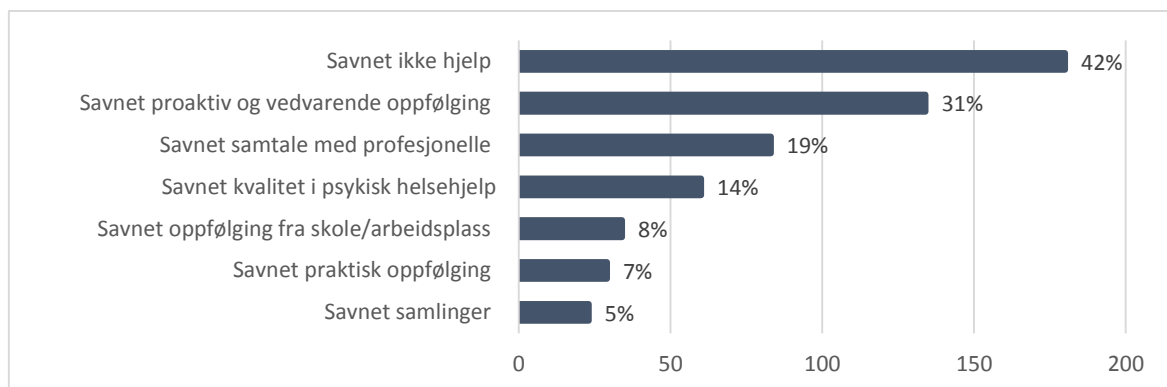
<sup>15</sup> Glad, K.A., Jensen, T.K & Dyb, G (2014): Er det hjelp du har savnet etter terroranslaget på Utøya?» Foreldrene forteller. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 51, 537-545

<sup>16</sup> Svarene ble analysert gjennom å 1) lese alt innholdet, 2) lage kategorier og delkategorier som ga en tematisk inndeling av svarene, 3) sortere hvert innholdselement i alle utsagn til en kategori.



Figur 6-5 Hva burde vært annerledes med bistanden? (N=283)

Disse resultatene er i høy grad konsistente med resultatene til Glad mfl. (2014). I den undersøkelsen, hvor det kun var foreldre som ble spurt, ble det gitt følgende svar på hva slags type hjelp som var savnet:



Figur 6-6 Glad mfl. 2014 hva slags type hjelp foreldrene (N = 429) hadde savnet (til seg selv og/eller familie-medlemmer)

### 6.3.3 Vurdering

Spørreundersøkelsen viser at mange er tilfreds med bistanden de har fått. Samtidig viser den at det er stor variasjon i tilfredshet med bistanden fra kommunen. Variasjonen gjelder både mellom kommuner og innad i hver kommune. De største utfordringene som trekkes frem er manglende psykologbistand, mangel på proaktivitet og ønske om sterkere familiefokus.

## 6.4 Forhold som kan påvirke tilfredshet med bistanden

Et av formålene med evalueringen er å finne ut hvilke faktorer som må vurderes ved eventuell bruk av en proaktiv kommunemodell, og hva som er forutsetningene for en fremgangsrik implementering av en slik modell. Det er derfor relevant å se på hvilke faktorer som kan ha vært avgjørende for hvor tilfredse

respondentene i spørreundersøkelsen har vært med bistanden de har mottatt fra det offentlige. Som mål på tilfredshet har vi brukt respondentenes svar knyttet til samlet tilfredshet, og stilt dette sammen med faktorer som kan bidra til å forklare grad av tilfredshet.

Tabellen under viser sammenhenger vi har vurdert og hvilke resultater det har gitt når de har vært gjenstand for signifikanstester.

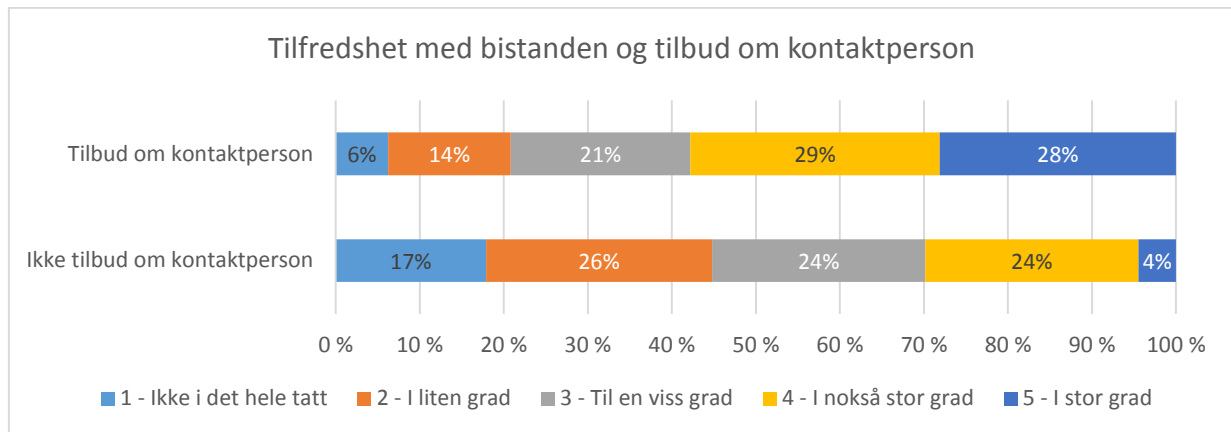
Tabell 6-1 Oversikt over faktorer som har vurdert og sammenheng med rammedes tilfredshet

Faktor	Sammenheng med tilfredshet
Tilbud om fast kontaktperson (ja/ nei)	Signifikant sammenheng, de som har fått tilbudt kontaktperson er mer tilfreds med oppfølgingen
Når man ble tilbudt bistand etter hendelsen (kort tid/senere)	Signifikant sammenheng, de som ble tilbudt hjelp kort tid etter hendelsen er mer tilfreds med oppfølgingen
Flytting (fracflyttet kommune/tilflyttet kommune)	Signifikant sammenheng, mindre tilfreds med hjelpen i tilflyttet kommune
Kommunens grad av forpliktelse ved kontakt (konkrete avtaler/kontakt ved behov)	Signifikant sammenheng, mer tilfreds i kommuner som gjorde konkrete avtaler
Kommunens familiefokus (individ- og familiefokus fra første dag/ individfokus med ev. senere familiefokus)	Signifikant sammenheng, mer tilfreds i kommuner som hadde individ- og familiefokus fra starten
Kommunens planer og retningslinjer (omfattende planer/ begrensede eller manglende planer)	Ingen signifikant sammenheng
Tilknytning til hendelsene (overlevende/ etterlatt/pårørende)	Ingen signifikant sammenheng
Tilknytning til hendelsene (overlevende, etterlatte og pårørende / annen tilknytning)	Ingen signifikant sammenheng
Respondentens alder ved hendelsene (over/under 18 år)	Ingen signifikant sammenheng
Kommunestørrelse målt i innbyggertall	Ingen signifikant sammenheng
Kommuneøkonomi målt i korrigerede frie inntekter	Ingen signifikant sammenheng

#### 6.4.1 Tilbud om fast kontaktperson

Tilbud om fast kontaktperson i kommunen ser ut til i stor grad å sammenfalle med respondentenes samlede tilfredshet med bistanden. Denne sammenhengen er også statistisk signifikant<sup>17</sup>. Figur 6-7 viser at de som fikk tilbud om fast kontaktperson har langt høyere tilfredshet med bistanden de mottok, enn de som oppgir ikke å ha fått tilbud om en kontaktperson.

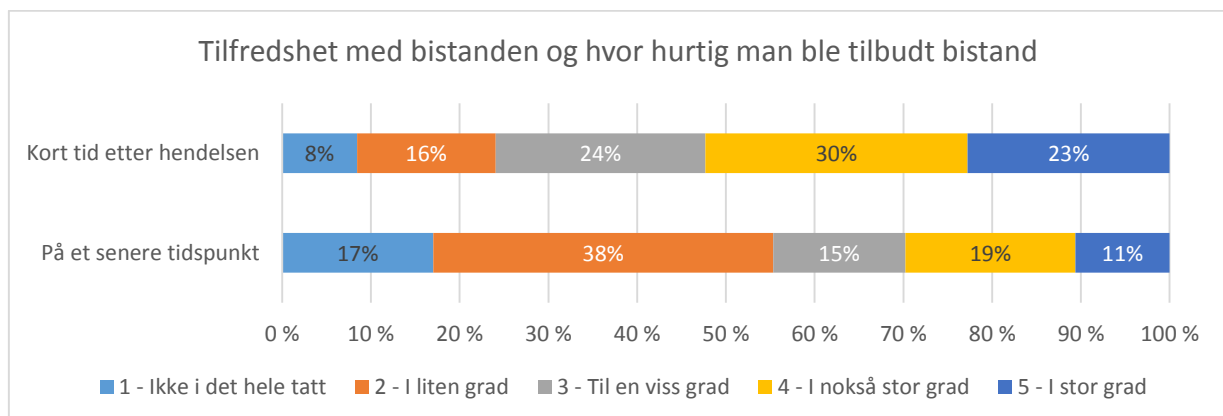
<sup>17</sup> Ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.88) = 26.1, p = 6.3518E-07$ ).



Figur 6-7 Tilfredshet med bistanden for de med og uten tilbud om fast kontaktperson (N=265)

### 6.4.2 Tilbud om bistand kort tid etter hendelsen

Et annet sentralt element ved den proaktive kommunemodellen var å tilby bistand kort tid etter hendelsen. Sammenligner man de som oppgir at de fikk tilbud om hjelp kort tid etter hendelsen med de som oppgir at de ble tilbudt hjelp på et senere tidspunkt, ser man at det er vesentlige forskjeller i hvor tilfredse de er med den samlede bistanden, jf. Figur 6-8. 53 prosent oppgir at de er fornøyd (i nokså stor og stor grad), mens tilsvarende tall for de som oppgir at de fikk hjelp på et senere tidspunkt er 30 prosent. Også denne sammenhengen er statistisk signifikant<sup>18</sup>. Det må bemerkes at hva som utgjør «kort tid etter hendelsen» ikke er nærmere definert, noe som betyr at spørsmålet i like stor grad lader på respondentens subjektive oppfattelse av om hjelpen kom tidsnok eller ikke.



Figur 6-8 Tilfredshet med bistanden fordelt etter når man ble tilbudt hjelp (N=284)

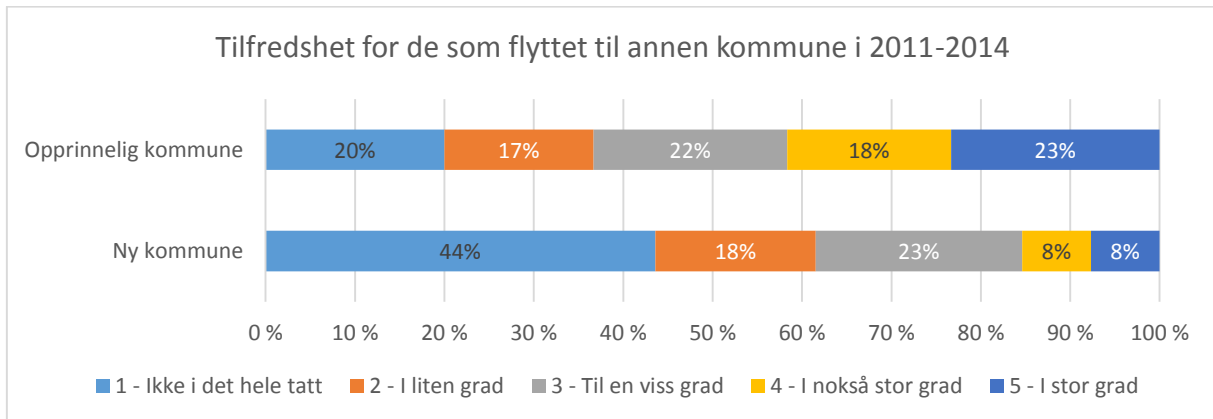
### 6.4.3 Tilfredshet ved flytting til annen kommune

Ettersom den proaktive kommunemodellen i stor grad baserer seg på initiativ og oppfølging fra den kommunen hvor den rammede er bosatt, kan det skape utfordringer dersom den rammede flytter fra en kommune til en annen. Ved å sammenligne den samlede tilfredsheten i opprinnelig og ny kommune hos de respondentene som flyttet i perioden 2011–2014, så vi at det var vesentlig lavere tilfredshet med bistanden i den nye kommunen<sup>19</sup>. Dette er illustrert i Figur 6-9, som viser tilfredshet blant de som flyttet i perioden. 43 prosent var i nokså stor eller stor grad tilfreds med bistand i sin opprinnelige kommune, noe som er omtrent på nivå med de som har bodd i samme kommune hele

<sup>18</sup> Ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.88) = 14.2, p = 0.0002$ ).

<sup>19</sup> Statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.93) = 9.9, p = 0.0021$ ).

tiden. Imidlertid var det kun 16 prosent som svarte at de i nokså stor grad eller stor grad er fornøyd med bistanden i kommunen de flyttet til, noe som er vesentlig lavere<sup>20</sup>.



Figur 6-9 Tilfredshet ved flytting til annen kommune (N = 60)

#### 6.4.4 Spesifikke undersøkelser i casekommuner

Det ble for casekommunene (ti kommuner) kartlagt nærmere hvordan kommunene hadde organisert og tilnærmet seg det psykososiale arbeidet. På bakgrunn av kategoriseringen ble det undersøkt om kommunenes organisering av arbeidet hadde betydning for hvordan respondentene i de respektive kommunene opplevde bistanden. Følgende forhold ble undersøkt:

- Kommunens grad av forpliktelse ved kontakt
- Om fokus for oppfølgingen var rettet mot familie eller individ
- Om kommunen hadde formaliserte planer for psykososialt arbeid

Ettersom disse forholdene kun er kontrollert i ni kommuner<sup>21</sup>, må resultatene tolkes med varsomhet.

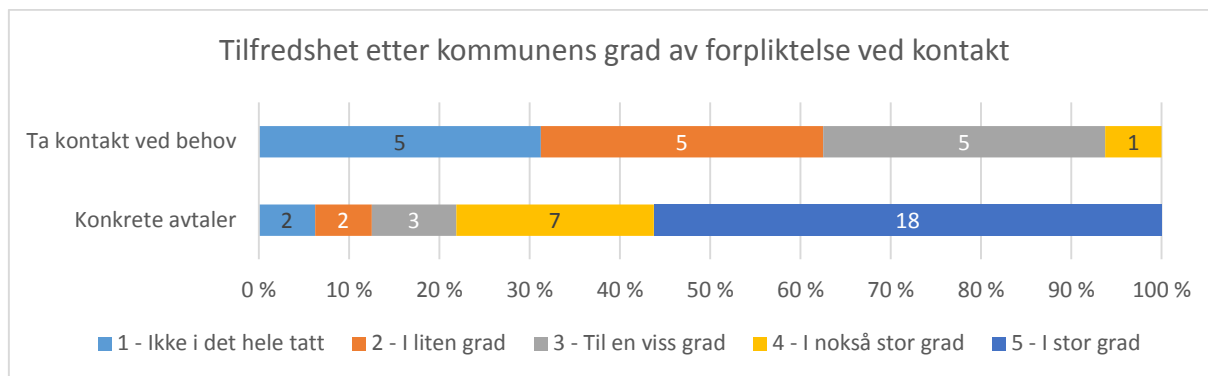
#### Kommunens grad av forpliktelse ved kontakt

Figur 6.10 viser respondentenes tilfredshet i de casekommunene som oppgir at de gjorde konkrete avtaler med de rammede og de som ba de rammede ta kontakt ved behov. 78 prosent var i nokså stor eller stor grad tilfreds med bistanden i de kommunene som gjorde konkrete avtaler. Derimot var kun 1 av 16 respondenter (6 prosent) tilfreds i de kommunene som valgte å ta kontakt ved behov. Selv med et så lite utvalg er dette statistisk signifikant<sup>22</sup>, noe som kan indikere at det å gjøre konkrete avtaler var en vesentlig faktor for å lykkes med det psykososiale arbeidet.

<sup>20</sup> En stor andel svarer også vet ikke/ikke relevant på dette spørsmålet. Disse er ikke tatt med i oversikten.

<sup>21</sup> Oslo ble ikke inkludert siden case-studiene kun så på enkelte bydeler i Oslo

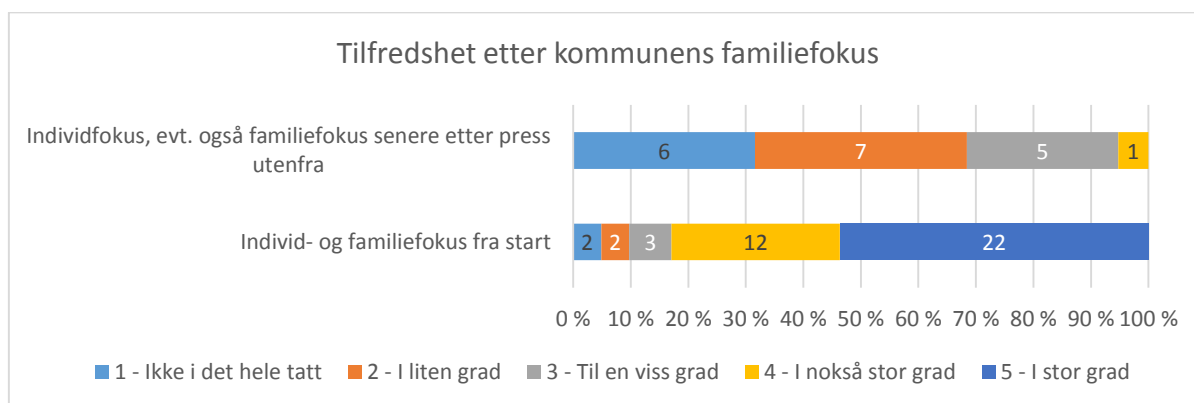
<sup>22</sup> Statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(4,05) = 33.75, p = 5.569E-07$ )



Figur 6-10 Tilfredshet etter kommunens grad av forpliktelse ved kontakt (N=48)

### Kommunens familiefokus

Figur 6-11 viser respondentenes tilfredshet i de casekommunene som oppgir at de hadde et familiefokus i oppfølgingen fra første dag, kontra de som hadde et individfokus. Flere av de som hadde et individfokus oppgir at de la om til et familiefokus senere på grunn av press utenfra. 82 prosent var i nokså stor eller stor grad tilfreds med bistanden i de kommunene som hadde et familiefokus fra starten. Derimot var kun 1 av 19 respondenter (5 prosent) tilfreds i de kommunene som startet med et rent individfokus (selv om noen kommuner endret underveis). Selv med et så lite utvalg er dette statistisk signifikant<sup>23</sup>, noe som støtter oppunder det som er omtalt tidligere, nemlig at det er avgjørende å inkludere hele familien i den psykososiale oppfølgingen.



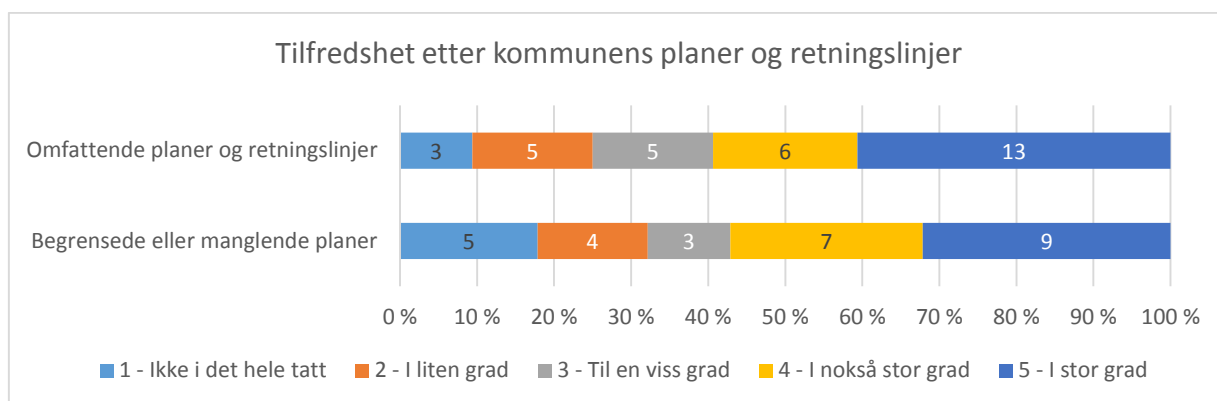
Figur 6-11 Tilfredshet etter kommunens familiefokus (N=60)

### Kommunens formaliserte planer for psykososial oppfølging

Figur 6-12 viser respondentenes tilfredshet i de casekommunene som oppgir at de hadde omfattende planer og retningslinjer for psykososial oppfølging, kontra de som hadde begrensede eller manglende formaliserte planer. 59 prosent var i nokså stor eller stor grad tilfreds med bistanden i de kommunene som hadde omfattende planer, mot 57 prosent i de kommune med begrensede eller ingen planer. Selv om de kommunene med omfattende planer scorer marginalt bedre på tilfredshet er dette langt fra statistisk signifikant<sup>24</sup> Vi har derfor ikke noe grunnlag for å hevde at omfattende planer er avgjørende for å lykkes med den psykososiale oppfølgingen, selv om vi heller ikke kan utelukke dette.

<sup>23</sup> Svært statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(4,01) = 55.27, p = 5.455E-10$ )

<sup>24</sup> Ikke statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(4,01) = 0.48, p = 0.489$ )



Figur 6-12 Tilfredshet etter kommunens planer og retningslinjer (N=60)

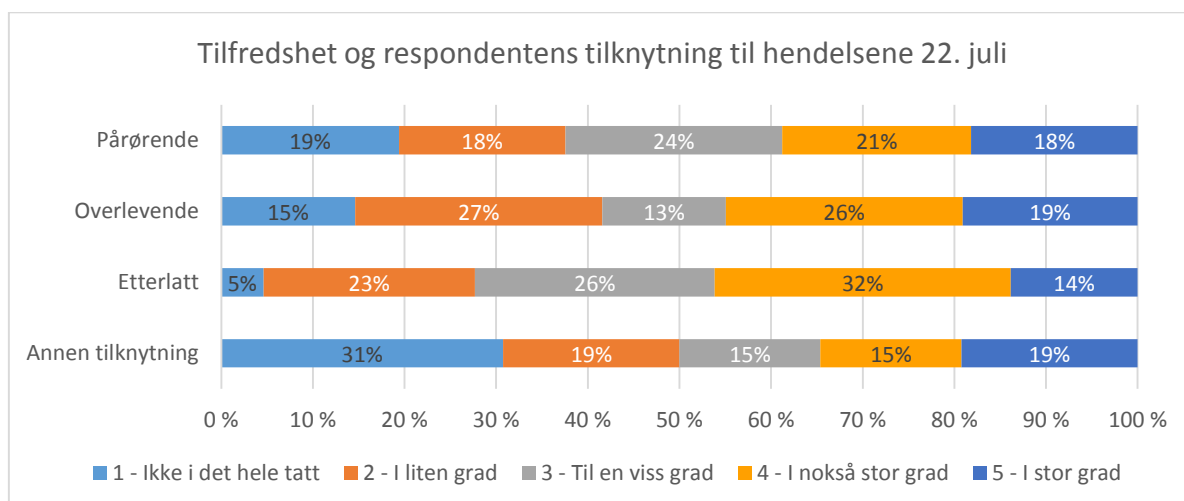
#### 6.4.5 Andre forhold som har blitt undersøkt

Det ble i evalueringen også undersøkt andre forhold som kunne tenkes å ha påvirket hvordan de rammede opplevde bistanden. Vi fant imidlertid ingen sammenheng mellom disse forholdene og grad av tilfredshet med bistanden, og vi redegjør kort for disse i det følgende.

##### Respondentens tilknytning til hendelsene

I evalueringen ble det også sett om det var vesentlige forskjeller i tilfredshet basert på hvilken tilknytning personen hadde til hendelsene. Dette ser imidlertid ikke ut til å være tilfelle, da svarene for overlevende, etterlatte og pårørende ga omtrent det samme bildet av hvor fornøyd man var med bistanden<sup>25</sup>.

Selv om personer med annen tilknytning til hendelsene (f.eks. annen familietilknytning til rammede, frivillige som bisto ved hendelsene mv.) ser ut til å ha en noe dårligere opplevelse av bistanden de fikk, er ikke denne forskjellen stor nok til ikke å kunne være tilfeldig (dvs. ikke signifikant)<sup>26</sup>. Denne gruppen var heller ikke målgruppen for den proaktive kommunemodellen, og noen fikk hjelp fra andre steder (f. eks. lå ansvaret for hjelp til de organiserte frivillige bistanden hos den enkelte organisasjon).



Figur 6-13 Tilfredshet fordelt etter tilknytning til hendelsene (N=345)

<sup>25</sup> Ikke statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.02) = 1.0$ ,  $p = 0.364$ ).

<sup>26</sup> Ikke statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.87) = 1.6$ ,  $p = 0.205$ ).

### Respondentens alder ved hendelsen

Det ble spurt om hvor gammel respondenten var 22.7.2011, med over og under 18 år som svar-alternativer. Det ble undersøkt om hvorvidt dette kunne forklare forskjeller i tilfredshet, men forskjellene var minimale og ikke signifikante<sup>27</sup>.

### Kommunestørrelse

I evalueringen ble det også undersøkt om det var strukturelle forhold i kommunen som på en eller annen måte kunne påvirke hvor godt den proaktive kommunemodellen fungerte i praksis. Vi sammenstilte derfor respondentenes samlede tilfredshet med kommunenes innbyggertall. Vi fant imidlertid ingen systematiske forskjeller i tilfredshet basert på størrelsen på kommunen som den rammede bodde i.

### Kommuneøkonomi

I evalueringen ble det også kartlagt om rike kommuner hadde bedre tilfredshet enn fattige kommuner. Tilfredshet ble her sammenlignet med KOSTRA-tall på kommunenes korrigerede frie inntekter (inkl. eiendomsskatt og kraftinntekter), da dette sier noe om hvor store ressurser kommunen har til rådighet. Vi fant imidlertid ingen systematiske forskjeller i tilfredshet med bistanden basert på dette.

## 6.4.6 Vurdering

Samlet sett er det flere ting som tyder på at etterlevelse av prinsippene forbundet med den proaktive kommunemodellen langt på vei kan forklare hvor tilfredse de rammede var i de ulike kommunene. Fast kontaktperson, hurtig tilbud om bistand og høy grad av forpliktelse ved kontakt er alle faktorer som i høy grad korrelerer med de rammedes tilfredshet med bistanden. Slik sett gir resultatene fra spørreundersøkelsen solid støtte til prinsippene den proaktive kommunemodellen er bygget på.

I tillegg kan det se ut som ut som kommunene som var bevisste på familieperspektivet fra starten av generelt lyktes bedre med oppfølgingen. Det kan også se ut som de som flyttet fra en kommune til en annen ofte hadde dårlige erfaringer med bistanden i kommunen de flyttet til. I videreutviklingen av den proaktive kommunemodellen kan det derfor være hensiktsmessig å vurdere disse forholdene nærmere.

## 6.5 Rammede i våre casekommuner

### 6.5.1 Valg av casekommuner

For å få nærmere informasjon om hvordan den proaktive kommunemodellen hadde fungert ulike steder i landet, ble det valgt ti casekommuner.

Som redegjort for i kapittel 4.2 ble kommunene valgt ut på bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen. I utvelgelsen ble det tatt utgangspunkt i snitt-score pr. kommune på spørsmålet «*Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du har mottatt i din kommune?*» Av disse kommunene ble det valgt ut fem kommuner blant de med høyest snittscore, og fire kommuner blant de med lavest snittscore<sup>28</sup>. I tillegg ble Oslo kommune tatt med som case. Kommunene er av ulik størrelse og fra ulike geografiske områder i landet – sør, øst, vest og nord.

Formålet med utvelgelsen var å belyse om variasjoner i tilfredshet hos brukerne på noen måte kunne forklares ut fra hvordan kommunemodellen ble implementert i den respektive kommune. Tabellen under viser snittscore samt andel som har svart at de ble tilbudt kontaktperson i våre casekommuner.

<sup>27</sup> Ikke statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.87) = 0.0$ ,  $p = 0.868$ ).

<sup>28</sup> Kommuner med færre enn tre respondenter ble ikke brukt som case



Tabell 6-2 De 10 casekommunenes snittscore og andel som ble tilbudt kontaktperson basert på antall respondenter og antall som har svart på spørsmål om de var fornøyd med oppfølgingen blant de rammede, på en skala fra 1 til 5, der 5 er i «stor grad» og 1 tilsvarer «ikke i det hele tatt»

KOMMUNE	Antall respondenter	Antall svar på tilfredshet	Snittscore	Andel som ble tilbudt kontaktperson
Kommune 1	6	6	4,50	83 %
Kommune 2	5	4	4,50	40 %
Kommune 3	5	5	4,40	60 %
Kommune 4	9	6	4,17	56 %
Kommune 5	27	19	4,00	56 %
Kommune 6	66	41	3,10	29 %
Kommune 7	5	4	2,25	40 %
Kommune 8	8	5	2,20	63 %
Kommune 9	10	7	2,00	10 %
Kommune 10	3	3	1,67	0 %

### 6.5.2 Hvem var de rammede i kommunene?

Utfordringene for våre kommuner har vært ulike når det gjelder arbeidet knyttet til den psykososiale oppfølgingen av rammede, både på grunn av antall rammede og hvordan de ble rammet. Kommunene er forskjellige med hensyn til:

- Antall direkte rammede ungdommer på Utøya
- Om det var noen drepte fra kommunen eller ikke
- Om direkte rammede i tillegg til den enorme psykiske belastningen ved hendelsen, også hadde fysiske skader, og eventuelt hvor hardt fysisk skadet de var.
- Om de hadde direkte rammede fra bare Utøya, eller også Regjeringskvartalet
- Om de hadde egne ansatte som var rammet
- Om de hadde rammede som midlertidig bodde i andre kommuner eller flyttet

Basert på informasjon fra kommunen via intervjuene hadde kommunen med færrest rammede tre som var direkte rammet. Seks kommuner hadde mellom syv og femten, og de største kommunene oppgir ca. 50 og 68 direkte rammede. Oslo har ikke en fullstendig oversikt over antall rammede, blant annet på grunn av uklarheten knyttet til rammede i Regjeringskvartalet og omgivelsene rundt (forbipasserende, butikker, kafeer m.m.). Pr. 5.8.2011 hadde Oslo registrert 173 personer under oppfølging fra bydelene og studenthelsetjenesten<sup>29</sup>. To av kommunene hadde ingen drepte. Fire av kommunene hadde rammede fra både Utøya og Regjeringskvartalet. En av kommunene hadde ingen rammede fra AUF, men flere rammede som jobbet som frivillige på Utøya fra Norsk Folkehjelp. Flere av kommunene hadde egne ansatte i hjelpeapparatet som var direkte berørt.

### 6.5.3 Hvordan fikk kommunene etablert oversikt over rammede?

Vi beskriver kort hva kommunene dels gjorde likt og dels ulikt når det gjelder å få oversikt over rammede og hva kommunene har opplevd som utfordringer.

<sup>29</sup> Evalueringsrapport 18.10.2011: Oslo kommunes erfaringer med håndteringen av bombeangrepet ved Regjeringskvartalet og konsekvensene av skytingen på Utøya 22.7.11

### Lik praksis

Alle kommunene sier at de umiddelbart etablerte kontaktinformasjon på kommunens hjemmeside. Lister fra AUF/Arbeiderpartiet og bruk av uformelle nettverk og bekjente har vært viktige kilder for alle. Sosiale medier, aviser og TV ble også brukt av alle, og noen rykket inn annonser.

### Ulik praksis

Noen kommuner etablerte egne kontakttelefoner som var kontinuerlig betjent, andre etablerte egne mottakssentre der man ble registrert. I en av kommunene var AP-ordføreren personlig svært aktiv og sørget for at kommunen fikk oversikt raskt. Kommunene tok i ulik grad kontakt med Politi, frivillige organisasjoner som Norsk Folkehjelp, Røde Kors og Oslo legevakt. Noen av kommunene reiste til Sundvolden og arrangerte kollektiv hjemreise for ungdommene og pårørende.

### Utfordringer

Utfordringene med å få oversikt har vært ulike. I noen kommuner var det enkelt å etablere oversikt, i andre kommuner var det svært krevende, særlig i kommuner med mange rammede. Å få oversikt over rammede i regjeringskvartalet som bodde i kommunene var vanskelig, og de var avhengig av at rammede selv meldte seg. Flere sier at de ikke klarte å fange opp ansatte i Regjeringskvartalet i en tidlig fase. De mottok heller aldri noen oversikt fra Regjeringskvartalet. Kommunikasjonen med Politiet har fungert ulikt: en kommune sier de hadde stor nytte av at de fikk uoffisiell informasjon fra politiet, mens en annen var frustrert over at man ikke fikk frigitt noe informasjon fra Politiet før alt var offisielt. Det gjorde kartleggingsarbeidet vanskeligere. Flere av kommunene gir eksempler på personer som kommunen ikke klarte å fange opp, i første rekke rammede som hadde midlertidig bosted i andre kommuner. En kommune rapporterer at de fikk brev fra Helsedirektoratet 4.8.2011 med oversikt over rammede. Selv da var det usikkerhet knyttet til hvem som var hjemmehørende i kommunen.

Flere av informantene etterlyser bedre systemer/registre fra helsemyndigheter og politi når det gjelder hvordan kartleggingen av rammede skal skje ved større kriser.

### 6.5.4 Vurdering

Utfordringene for casekommunene har vært ulike når det gjelder arbeidet knyttet til den psykososiale oppfølgingen av rammede, både på grunn av antall rammede og hvordan de ble rammet. Vårt inntrykk er at casekommunene reagerte raskt og gjorde en betydelig innsats for å skaffe seg oversikt over rammede gjennom ulike uformelle kanaler. For noen kommuner var det relativt enkelt å få oversikt, for andre kommuner var arbeidet svært krevende og frustrerende. Inntrykket er likevel at kommunene i hovedsak klarte å fange opp de som var rammet i egen kommune. Utfordringene har særlig vært knyttet til å fange opp rammede i Regjeringskvartalet som bodde i kommunen, og rammede som bodde midlertidig i en annen kommune.

Det bør vurderes om helsemyndigheter og politi kan utvikle bedre rutiner og systemer/registre for hvordan kartlegging av rammede skal skje ved større kriser og katastrofer. Hensikten vil være å kunne få raskere oversikt over rammede med tanke på å kunne tilby god og tidlig oppfølging. Et annet hensyn vil være å legge bedre grunnlag for relevant forskning knyttet til oppfølging av rammede ved kriser og katastrofer.

At kommunene hadde ulikt antall rammede og hvordan de ble rammet, er et viktig bakteppe når vi skal se nærmere på kommunenes praksis med hensyn til oppfølging av de rammede.

### 6.6 Hvordan ble de rammede fulgt opp i casekommunene

Basert på resultater fra intervjuene i casekommunene har vi kategorisert ulike praksiser (hovedtilnærminger) kommunene har hatt for oppfølging av de rammede. Områdene er valgt ut fra

sentrale elementer i den proaktive kommunemodellen og elementer som er framkommet gjennom intervjuene i kommunene. Vi beskriver kommunenes tilnærming og praksis på følgende områder:

- Proaktivitet i forhold til kontakt med de rammede
- Kontaktpersonenes rolle
- Om kommunen primært hadde et individfokus eller et tydelig familiefokus på oppfølging
- Tidsperspektivet – varighet på oppfølgingen

I tabellen har vi oppsummert hvor kommunene har hatt lik praksis og hvor praksisen har vært ulik, og på hvilken måte den har vært ulik. Tabellen viser at kommunene på flere områder har hatt ulik praksis.

Tabell 6-3 Oversikt over kommunenes praksis for oppfølging

<b>Proaktivitet</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Tilbud om oppfølging/kontaktperson	Alle	
Tatt kontakt flere ganger hvis man har sagt nei første gang	Alle	
Grad av forpliktelse ved kontakt		1) Ta kontakt ved behov 2) Konkrete avtaler
Kartlegging av traumegrad tre ganger det første året	Alle	
Bruk av type kartleggingsskjema		1) Helsedirektoratets skjema 2) Eget skjema
Oppfølging av rammede som flyttet/bodde i annen kommune		1) Bidro til å etablere kontakt 2) Bidro til å etablere kontakt og fulgte opp om tilbudet fungerte
<b>Kontaktpersonene</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Rolle		1) Koordinator 2) Koordinator, samtalepartner og gjennomføring av samlinger
Målgruppe		1) Direkte rammede 2) Direkte rammede + pårørende/nær familie
<b>Individ eller familieperspektiv</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Tydelig familieperspektiv eller ikke		1) Kun individfokus 2) Individ og familiefokus etter press utenfra 3) Individ og tydelig familiefokus fra dag 1

<b>Tidsperspektiv</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Varighet på oppfølgingen		1) Individuelle behov med vekt på langsiktighet' 2) Fulgte Helsedirektoratets anbefaling om minimum ett år, og deretter 2–5 år med individuell tilpassing

### 6.6.1 Hva vil det si å være proaktiv?

Helsedirektoratets undersøkelse<sup>30</sup> viste at 62 prosent av kommunene oppgir at det drives oppsøkende virksomhet for å gi rammede tilbud om psykososial oppfølging, mens 38 prosent av kommunene oppgir at det tilbys oppfølging når det er meldt behov. Casekommunene rapporterer at de valgte en proaktiv oppfølging av rammede etter 22/7, basert på den oversikten de hadde over rammede.

I vår spørreundersøkelse til støttegruppen er det 22 prosent (38 av 172 respondenter) av overlevende og etterlatte på Utøya som har svart nei på spørsmålet om de fikk tilbud om hjelp rett etter hendelsen. I de casekommunene vi har identifisert som gode, er tilsvarende tall 11 prosent (2 av 19). Dette kan være en indikasjon på, og underbygger vårt gjennomgående inntrykk av, at kommunene ser ut til å ha praktisert noe ulik forståelse av begrepet «proaktivitet». Likhetene synes å være at alle har gitt tilbud til rammede om oppfølging og kontaktperson, samt kontaktet rammede flere ganger hvis de takket nei første gang. Kommunene oppgir også at de i stor grad har fulgt Helsedirektoratets råd om å kartlegge de rammede tre ganger det første året. Kommunene har hatt ulik praksis når det gjelder hvor forpliktende avtaler de har gjort med de rammede når de har tatt kontakt og hvordan de har fulgt opp rammede som flyttet til annen kommune.

Brukerinvolveringen har variert mellom kommunene. Alle vektlegger at individuelle behov er søkt ivaretatt i oppfølgingen. Det varierer imidlertid om kommunene har lagt til rette for aktiv og mer systematisk involvering av rammede og berørte gjennom pårørende grupper, lokale støttegrupper o.l.

#### **Alle kommunene har gitt tilbud om oppfølging og kontaktperson til alle rammede, eller en stor del av de rammede**

Kommunene beskriver at de hadde en proaktiv holdning til oppfølging av de rammede etter 22/7, og at det aktivt ble tatt kontakt med de rammede som kommunen hadde oversikt over, med tilbud om kontaktperson og oppfølging. Dette var ifølge kommunene uavhengig av føringene som kom fra Helsedirektoratet (se kapittel 8 for nærmere beskrivelse av Helsedirektoratets rolle og kommunenes oppfatning av denne). Kommunene viser til tidligere erfaringer med ulykker, kriser og katastrofer, blant annet tsunamien i 2004, der erfaringene tilsa en proaktiv holdning.

Det skapte imidlertid usikkerhet om hvor proaktiv man skulle være overfor rammede i Regjeringskvartalet som bodde i kommunen da denne gruppen skulle følges opp gjennom bedriftsmodellen (se kapittel 7). Disse ble følgelig ikke fulgt opp på en tilsvarende proaktiv måte som de rammede fra Utøya.

#### **Policy har vært å kontakte rammede flere ganger**

Alle kommunene opplyser at de har hatt som policy at alle skulle kontaktes flere ganger dersom man takket nei første gang. Informantene i kommunene sier selv at de tror dette i all hovedsak har vært gjennomført. Det har i imidlertid i stor grad vært opp til den enkelte kontaktperson å følge opp, og kommunene synes i varierende grad å ha hatt fokus på om det faktisk er gjennomført eller ikke.

<sup>30</sup> IS-2384 Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011, Helsedirektoratet 10/2015

Enkelte kontaktpersoner opplevde det som vanskelig å ta kontakt flere ganger når den rammede hadde gitt klart uttrykk for at de ikke ønsket kontakt.

### **Kommunene fulgte i hovedsak Helsedirektoratets råd om å kartlegge de rammede tre ganger i året, men brukte ulike skjemaer i kartleggingen**

Kommunene har hatt som policy at de direkte rammede skulle kartlegges tre ganger i løpet av det første året i tråd med Helsedirektoratets anbefaling. De fleste rapporterer at de rammede ble kartlagt med hensyn til traumegrad i en tidlig fase. Dette er i tråd med funn i tidligere undersøkelser.<sup>31</sup> Det varierer om kommunene brukte Helsedirektoratets skjema, eller om de brukte egne skjemaer, eller om de byttet til Helsedirektoratets skjema ved andre og tredje gangs rapportering. Kommunene som brukte Helsedirektoratets skjema gir positiv tilbakemelding på skjemaet, da det ble vurdert til å fange opp sentrale faglige spørsmål. Praksis har variert mellom kommunene når det gjelder hvem som har gjennomført kartleggingen dvs. om det har vært kontaktperson eller annen person i helsetjenesten.

### **Ta kontakt ved behov, eller gjøre konkrete avtaler?**

Kommunen beskriver ulik praksis når det gjelder om man har vektlagt å «gjøre konkrete avtaler» når man hadde kontakt med rammede, eller om holdningen i større grad var å være på tilbudssiden ved å si «ta kontakt hvis du har behov». Kommuner som har vært aktive på forpliktende oppfølging har fått positive tilbakemeldinger på dette, ikke minst fra foreldre som ifølge oppsummeringsnotat fra en av kommunene har gitt tilbakemelding på, sitat: «vi ville ikke ha oppfattet det som god oppfølging dersom vi bare hadde blitt oppfordret til å ta kontakt ved behov». En kommune sier at de tidlig samlet foreldrene og ungdommene, og avsluttet møtet med å gjøre konkrete avtaler før man gikk fra hverandre. Flere av kommunene har drøftet hvor proaktive det har vært riktige å være. Kommuner som valgte en litt mer forsiktig tilnærming, har gjennomgående oppsummert at de ut fra tilbakemeldinger burde vært mer proaktive.

### **Oppfølging av personer som flyttet/bodde i andre kommuner: Sørge for at kontakt ble etablert med ny kommune eller mer aktiv oppfølging?**

Som beskrevet under avsnitt 6.3 hadde de som flyttet til en annen kommune i perioden 2011–2014 vesentlig dårligere opplevelse av bistanden de fikk i den kommunen de flyttet til, enn den de flyttet fra.

Flere av kommunene hadde ungdommer som var midlertidig bosatt i, eller som flyttet til andre kommuner. Kommunene sier at de sørget for at det ble etablert kontakt med konkrete personer i hjelpeapparatet for ungdommene. Kommunene har imidlertid inntatt ulike posisjoner til spørsmålet om hvor proaktiv hjemkommunen skulle være. Noen kommuner besluttet at de ikke skulle følge opp rammede dersom de hadde fått tilbud i annen kommune. Andre kommuner fulgte ungdommen opp etter en tid for å forhøre seg om hvordan vedkommende hadde det, og om de var tilfreds med oppfølgingen de hadde fått. De mest proaktive tok kontakt med hjelpeapparatet i tilflyttet kommune dersom den rammede ikke var fornøyd med tilbudet. Inntrykket er at det i flere av kommunene har vært opp til den enkelte kontaktperson selv å vurdere hvordan oppfølgingen i andre kommuner skulle være.

## **6.6.2 Nærmere om kontaktpersonenes funksjon og rolle**

### **Alle ble tilbudt kontaktperson, men mange rammede oppfattet ikke at de fikk dette tilbudet**

Ifølge NKVTS-studien rapporterte 84 prosent at de hadde kontaktperson, og 86 prosent rapporterte at hjelpen var tilstrekkelig på det tidspunktet<sup>32</sup>. I vår spørreundersøkelse er det 18 prosent av de overlevende og etterlatte på Utøya som ble tilbudt hjelp, som oppgir at de ikke har fått tilbud om

<sup>31</sup> "Læring for bedre beredskap" Helsedirektoratet 01.03.2012 side 97

<sup>32</sup> IS-2384 Oppfølging av erfaringer etter 22. juli, Helsedirektoratet 10/2015

kontaktperson. Det samme mønsteret gjør seg gjeldende for casekommunene, der 15 prosent av de som ble tilbudt hjelp oppgir at de ikke fikk tilbud om kontaktperson. Det er liten forskjell på kommuner som har gode og dårlige score på tilfredshet. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser imidlertid at det er en signifikant sammenheng mellom de som opplever/oppgir at de har hatt kontaktperson og er tilfredshet med den hjelpen de har mottatt fra kommunen man bodde i (først), jf. avsnitt 6.4.1.

Årsaker til at så mange oppgir at de ikke har fått kontaktperson kan være flere. Det kan for det første være at begrepet «kontaktperson» i liten grad er brukt og kjent blant de rammede, og at dette er en metodisk svakhet ved måten vi har stilt spørsmål på i spørreundersøkelsen. Det kan for det andre være at de rammede ikke husker at de har fått tilbud om kontaktperson fordi de naturlig nok var sterkt preget av hendelsen i tidlig fase. Dette stemmer med erfaringer fra enkelte av casekommunene som sier at de aktivt vet at rammede er fulgt opp, men like fullt har fått tilbakemelding om at de ikke opplevde seg fulgt opp. Disse kommunene har oppsummert at de burde vært mye tydeligere på kommunikasjonen med rammede med hensyn til kontaktpersonens rolle. En siste forklaring kan også være at de rammede faktisk ikke har blitt tilbudt oppfølging og kontaktperson, fordi kommunen ikke har fanget dem opp, eller hatt gode nok systemer som sikret at alle ble kontaktet. Eksempelvis at noen av kommunene sier at de ikke klarte å fange opp rammede i Regjeringskvartalet, de som flyttet fra eller til kommunen, og at målgruppen for hvem som ble tilbudt oppfølging var for avgrenset med hensyn til opplevd behov.

Selv om alle casekommunene opplyser at rammede fikk tilbud om kontaktperson, så registrerer vi at kontaktpersonene har fungert ulikt i kommunene. Dette gjelder spørsmålet om hvem som har vært i målgruppen for oppfølging, hvilken rolle kontaktpersonene har hatt overfor de rammede, og hvilken organisatorisk forankring i kommunen kontaktpersonene har hatt (jf. også kapittel 6.7).

### **Ulike praksis på hvem som var i målgruppen for kontaktpersonen**

Når det gjelder målgruppen for hvem som har fått tilbud om kontaktperson har vi registrert to ulike praksiser:

- Den ene tilnærmingen er at det primært har vært de overlevende ungdommene og etterlatte som har fått tilbudet. Det er denne gruppen man har hatt en proaktiv oppfølging av.
- Den andre tilnærmingen inkluderer i tillegg til overlevende og etterlatte i pkt. 1), også pårørende, og i noen tilfeller søsken eller annen nær familie.

Som nevnt tidligere var kommunene usikre på hvor proaktive de skulle være med hensyn til oppfølging av de rammede i Regjeringskvartalet.

### **Kontaktperson med fokus på innledende kontakt og koordinering, eller langsiktig oppfølging og samtalepartner?**

I tillegg til spørsmålet om ulik praksis knyttet til hvor proaktive kontaktpersonene skulle være, har det også vært ulike holdninger til og forståelse av hva kontaktpersonen skulle gjøre.

Kontaktpersonen som koordinator innebærer primært at vedkommende har hatt innledende kontakt med de rammede, og deretter sørget for at den rammede har fått hjelp og oppfølging i den ordinære helsetjenesten, enten førstelinjetjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

**Et eksempel fra samtale med informant i kommune som beskrev følgende rolleforståelse:**

Kommunen hadde et nært samarbeid med DPS som var godt etablert i forkant av hendelsen. DPSet tok umiddelbart kontakt etter hendelsen for å tilby sin hjelp. Kommunen sørget da for at de som ønsket oppfølging ble koblet videre til DPS. Leders vurdering var at kommunen ikke hadde kompetanse på psykososial oppfølging av kriserammede utover generell helse- og sosialfaglig kompetanse, og derfor heller ikke burde stå for oppfølgingen, selv om de ansatte selv var ivrige etter å bidra. Leder vurderte det derfor slik at det var viktig å begrense de ansattes engasjement og vilje til å hjelpe. De rammede fikk beskjed om å ta kontakt igjen dersom de ønsket annen type oppfølging, men det skjedde ikke. Tilnærmingen var at den langsiktige oppfølgingen skulle ivaretas av det ordinære helsesystemet og ikke av personer i kriseteam som kun har fokus på akuttfasen.

Den andre tilnærmingen til kontaktpersonrollen var at kontaktpersonen også skulle være samtalepartnere (lavterskeltilbud) og stå for langsiktig oppfølging. Dette i tillegg til å gjennomføre de innledende samtalene, koordinere tjenestetilbud og gjøre vurderinger av behovet for oppfølging i spesialisthelsetjenesten (DPS og BUP). Kontaktpersoner med denne rolleforståelsen har også gjennomgående vært ansvarlig for kartleggingen med hensyn til om og hvor traumatiserte de rammede var, jf. anbefaling fra Helsedirektoratet om tre kartlegginger i løpet av det første året.

**Eksempel hentet fra skriftlig oppsummering fra kontaktperson i en kommune med følgende rolleforståelse**

Fokus på mestring og overlevelse, ikke offerfokus. Viktig å differensiere individuelt mht. hva som leder til reaksjoner og eventuelle varige plager. Fokus på realisme i hva «hjelpeapparatet» kan hjelpe med (refleksjon rundt dette kunne ikke lanseres tidlig i prosessen, men kom naturlig etter hvert). Flere foreldre og ungdommer var opptatt av om psykiske reaksjoner kommer langt seinere.

**Innledende tiltak**

Ressurspersoner i kommunen ble innkalt kort tid etter at hendelsen ble kjent, og ansvarsområder ble fordelt. Møtte alle familiene og ungdommene som var direkte berørt to dager seinere. Ikke helt vellykket det første møtet. Det ble allerede der laget en skisse for videre oppfølging som de oppmøtte var tilfreds med. Det ble aldri stilt spørsmål ved bruk av ressurser, verken innledningsvis eller seinere. Lokal kunnskap viktig. Det å kunne inngi trygghet og tillit i starten var av vesentlig betydning. En utfordring var at få ville ha noen oppfølging av «psykiatri», men det ble samarbeid med BUP angående 1–2 personer.

**Individuelle tiltak**

Stor variasjon i reaksjoner i etterkant, og ungdommen hadde ulik sårbarhet. Tett samhold blant de berørte var positivt. Alle ungdommene gikk på videregående skole. Skolene ble trukket inn før skolestart. Rektorer hadde møte med foreldregruppa. Alle berørte hadde møte med skole/rektor ved skolestart. Skolene var fleksible med tanke på tilrettelegging og fravær.

Samtaler ca. 2–3. hver uke med ungdommene den første perioden, oftere ved behov. I starten med vekt på å etablere trygghet og normalisere reaksjoner. Dilemma i starten: hvor mye pakke opp vs. pakke sammen? Symptomkartlegging foretatt tre ganger underveis, i starten, midtveis og ved avslutning. Kun en hadde to år senere en rapport som innfridde kravene for PTSD. Fokus på det friske, mestring og fremtid. Vekt på «trivielle samtaler». Ved avslutningen av den individuelle oppfølgingen har flere ungdommer fremhevet betydningen av den «hverdagslige samtalen». Forpliktende avtaler, men fleksibel på endring av tidspunkt. Ingen avtale av typen «kom ved behov» det første året. Trygge både ungdom og foreldre på at oppfølging skulle skje så lenge det var behov. Ungdommene hadde et tett samhold og møtes ofte hjemme hos hverandre. Vurderes å ha vært svært viktig med tanke på mestring av det opplevde.

Kontaktpersonenes kompetanse og erfaring med kriser fremstår som ulik, og har trolig vært medvirkende til hvilken holdning kontaktpersonene har hatt når det gjelder hvor raskt de eventuelt har søkt

overføring for den rammede til spesialisthelsetjenestene. En av kommunene (med gode tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen) rapporterer at alle fikk tilbud om profesjonell psykologisk hjelp uten individuell behovsvurdering i forkant. En annen kommune (med like god score), der kontaktpersonene selv var psykologspesialister med erfaring fra kriser og psykiatri, la vekt på å unngå dette for å understreke normalisering, mestring og mobilisering av familie og nettverk.

Flere av kommunene gir eksempler på at det har vært behov for å bytte kontaktperson. Dette skjedde enten etter initiativ fra ungdom, foreldre eller kontaktperson selv. Skiftet av kontaktpersonen har enten vært begrunnet i at man følte at relasjonen eller det kontaktpersonen kunne bidra med, ikke fungerte godt nok, eller at man allerede hadde en kontaktperson i den ordinære helsetjenesten i kommunen som man ønsket å fortsette med.

Kontaktpersoner har også sluttet fordi de opplevde at belastningen over tid ble for stor i kommuner med mange hendelser, både personlig og i forhold til familie- og fritid. Enkelte begrunner sitt ønske om å slutte også med mangel på anerkjennelse og kompensasjon i forhold til belastningen.

Se for øvrig 6.7.2 for nærmere beskrivelse av kontaktpersonenes organisatoriske tilknytning og 6.7.3 om ressurser og kompetanse.

### **6.6.3 Ulik praksis når det gjelder hvor tydelig familieperspektiv har vært**

Vi har erfart at kommunene har valgt ulike tilnærminger når det gjelder om de i tillegg til fokus på individuell oppfølging, også har hatt et tydelig familiefokus.

Noen av kommunene hadde primært individuell oppfølging av rammede. Andre kommuner så etter hvert, basert på press fra pårørende mfl, at det var behov for mer kollektiv oppfølging av familiene og ungdommene. En av kommunene beskriver at de ble «tatt litt på senga» da det utover høsten ble en del uro i media om at tilbudet ikke var godt nok. Det ble blant annet henvist til andre kommuner som hadde bedre oppfølging. Kommunen tok initiativ til møte med rammede og familier. Møtet ble beskrevet som et «rabaldermøte», og det ble deretter opprettet egne ungdoms- og foreldregrupper. Dette ble godt mottatt av de rammede.

En annen utfordring var oppfølgingen av en familie der foreldrene fikk hver sin kontaktperson, og der foreldrene hadde ulike behov og liten forståelse for hverandres behov, noe hele familien led under. Vår informant opplevde at de fra kommunens side ikke klarte å håndtere situasjonen godt nok med hensyn til å ivareta det samlede familieperspektivet.

Den siste gruppen av kommuner valgte fra første dag å ha et tydelig familieperspektiv på oppfølgingen. Kommunene etablerte grupper med direkte rammede ungdommer, foreldre og i noen grad også søsken. Det ble gjennomført mellom 10 og 15 samlinger med gruppene. Valget var faglig begrunnet og også basert på erfaringer etter tsunamien i 2004. Den ene kommunen sier de hadde lært at de måtte ta vare på foreldre og nærmiljøet (skole, menighet, frivillighet) og gikk bredt ut med informasjon med råd om hvilke reaksjoner som kunne forventes fra rammede og de som står disse nær.



**Nærmere beskrivelse fra kommune som vektla et tydelig familieperspektiv fra dag 1:****Familieorienterte tiltak.**

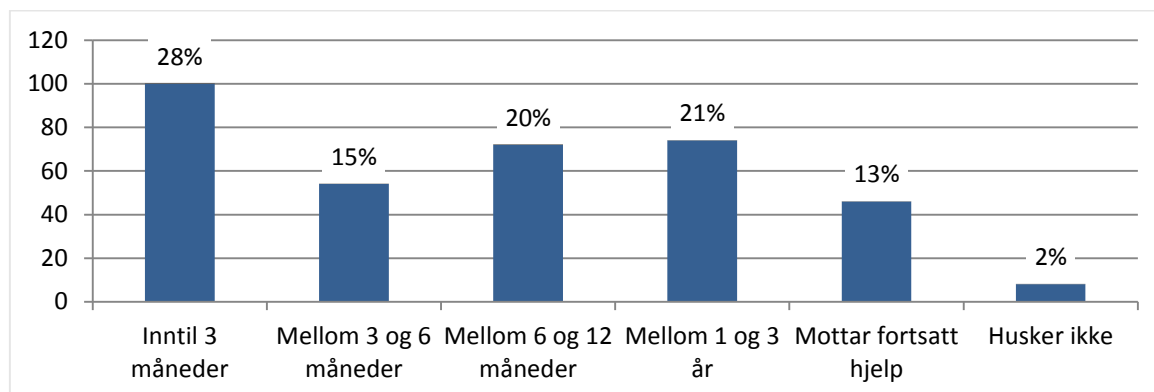
Møter med foreldre hver 5–6 uke. Til sammen har det vært ca. 10–12 møter som stort sett har vært lagt til etter arbeidstid. Det var samtykke fra alle ungdommene til å etablere gruppene, og ungdommene var alle positive til at foreldre fikk et slikt tilbud. Noen møter deltok både ungdommer og foreldre på, andre bare foreldrene. Fokus på møtene: Edukative bidrag, konkrete råd, åpen refleksjon, dele foreldreerfaringer og praktiske opplysninger – hva skjer? Eksterne har også vært invitert inn i møtene hvor de har bidratt med informasjon og svart på spørsmål (sorenskriver, ordfører). Foreldre fikk tilbud om individuelle samtaler, noen har benyttet seg av det. Balansegang mellom det at foreldre er konkret på hva de erfarer i relasjonen til sitt barn og det å ivareta den enkeltes ungdoms integritet. Utfordrende problemstilling: Når foreldre vil/ønsker mer enn det ungdommen vil. Foreldre dannet seg egne møtesteder etter hvert. Det at ingen hadde barn som var blitt drept, gjorde det «lettere» å jobbe med gruppen.

Etterlatte deltok ikke i pårørendegruppene da de hadde andre behov med hensyn til sorgarbeid. En kommune etablerte etter hvert sorggruppe for etterlatte. Kommunen vurderte at de regionale samlingene som hadde vært arrangert i regi av fylkesmannen (og nasjonale samlinger) hadde dekket rammedes behov, men at det etter hvert ble behov for supplement fra kommunen.

Flere av kommunene har oppsummert at de burde hatt et tydeligere familieperspektiv og fokus på oppfølging av pårørende/familiene. Kommunene som har vektlagt dette fra første dag oppsummerer dette som en styrke ved deres oppfølging.

**6.6.4 Tidsperspektivet – varighet på oppfølgingen**

Hvilket tidsperspektiv kommunene har hatt for oppfølging: Har kommunene primært forholdt seg til Helsedirektoratets anbefalinger om først minimum ett år, og deretter 2–5 år, eller lagt vekt på egne erfaringer om langsiktighet med vekt på individuelle behov? Figur 6-14 viser hvor lenge våre respondenter i spørreundersøkelsen oppgir å ha mottatt hjelp.



Figur 6-14 Bistandens varighet

Alle kommunene rapporterer at de har hatt en langsiktig oppfølging, men hva de har lagt i dette varierer. Noen kommuner støttet seg først og fremst på Helsedirektoratets anbefaling om minimum ett år, selv om det ble gjort individuelle vurderinger. Andre la vekt på aktiv oppfølging til og med rettsaken i 2012, og trappet deretter ned aktiviteten. For et par av kommunene ble kontakten gjenopptatt etter det kom føringer fra helsemyndighetene om oppfølging fra 2–5 år. Dette skapte noe frustrasjon, særlig i en av kommunene, som opplevde at de hadde avsluttet oppfølging på en ordentlig måte, og at det framsto litt uprofesjonelt å åpne kontakten igjen.

Andre kommuner la vekt på en langsiktig tilnærming, uavhengig av Helsedirektoratets anbefaling, basert på tidligere erfaringer og egne faglige vurderinger. De fleste kommunene, med unntak av de

som hadde definert kontaktpersonrollen primært som en koordinatorfunksjon, rapporterer om oppfølging av enkeltpersoner helt fram til og med 2015. Våre informanter har ikke kunnskap om eventuell oppfølging og varighet av denne i spesialisthelsetjenesten.

Det har i noen grad vært faglig uenighet i enkelte av casekommunene om hva som skulle være kontaktpersonenes rolle. I noen kommuner har det vært lite diskusjon og stor grad av enighet om oppfølgingsmodell. Kommuneledelsen har i disse kommunene hatt ubetinget tillit til de faglige vurderingene som er gjort. I andre kommuner har det vært større grad av faglig uenighet, både internt i kriseteam og mellom kriseteam og kommuneledelsen. Uenighetene har knyttet seg både til om kontaktpersonen primært skal ha en koordinerende funksjon, eller også være samtalepartner (på grensen til terapeut) og tidsperspektivet på oppfølging.

Som illustrasjon kan det nevnes en kontaktperson fra et kriseteam som rapporterte at kommunen over mange år har hatt et velfungerende og stabilt kriseteam med mye erfaring på håndtering av kriser, og der det er et krav at alle i teamet må ha samme formelle utdanning på feltet (RITS-modellen). Dette har skapt stor trygghet og felles forståelse i teamet med hensyn til «sånn gjør vi det her». Tilnærmingen har vært at de rammede skal følges aktivt opp av kontaktpersonen over tid, og så lenge vedkommende har behov. Kontaktpersonen har fungert både som koordinator og samtalepartner. Selv om kommuneledelsen mener at en av styrkene til kommunen nettopp var et godt etablert og faglig trygt og kompetent kriseteam, var det en brytning mellom kriseteamet og kommuneledelsen og andre fagmiljøer i kommunen med hensyn til hvor lenge kontaktpersoner i kriseteamet skal stå for oppfølgingen, og når oppfølging bør overlates til den ordinære helsetjenesten. Spørsmålet knyttet seg også til ressursbruk og kriseteamenes rolle – skal kriseteamene kun ha en rolle i akutfasen eller også settes ressursmessig i stand til oppfølging over lengre tid?

Når det gjelder kontaktpersoner som både har vært en del av kriseteamet og har ansvar for psykososial oppfølging som del av sin ordinære jobb, er spørsmålet om langsiktighet i oppfølgingen i mindre grad blitt problematisert.

En annen informant opplevde den faglige uenigheten, som i flere år hadde preget kriseteamet, som krevende i den spesielle situasjonen som 22/7 var. Vedkommende fant imidlertid god støtte i veiledningen til Helsedirektoratet, blant annet for at oppfølgingen skulle vare minst ett år. Kommunen valgte å følge dette.

I enkelte av kommunene har det vært diskusjoner om hvorvidt Utøya-rammede fikk for mye oppmerksomhet i forhold til andre som opplevde alvorlige kriser i samme tidsrom og som kommunene også måtte følge opp.

### **6.6.5 Skole**

Evalueringen har ikke hatt fokus på å hvordan Utøya-elevne ble fulgt opp fra skolene. Vi gjengir likevel noen inntrykk vi sitter igjen med etter intervjuene i casekommunene.

Skolens, høgskolens eller universitetets rolle som sosial arena for rammede ungdommer fra Utøya var viktig. Noen skulle tilbake til sin gamle klasse etter ferien, andre skulle begynne på ny skole eller studier etter ferien. Felles for mange studenter og skoleelever var det at de formelt bodde i en annen kommune enn i den de skulle studere og bo i som student. Dette skapte utfordringer for kommunenes oppfølging, som vi har berørt tidligere.

To av de største kommunene blant våre casekommuner var også store skole- og universitetskommuner. Her ble det tidlig etablert kontakt mellom skoler/universitet og kommune for å gi skolene oversikt over lokale rammede elever og forberede skoler og lærere på utfordringer knyttet til traumatiserte elever.

Oslo står i en spesialsituasjon som kommune og fylkeskommune med ansvar også for de videregående skolene i kommunen. Utdanningsetaten i Oslo spilte en aktiv rolle i kommunen for å forberede lærere på de utfordringene som rammede elever kunne streve med, og hvordan skole, lærere og klasser skulle møte dette. Det ble gitt klare retningslinjer om å prioritere rammede elever og deres behov, fremfor å være rigide i forhold til skoleplanen. På bydelsnivå var det liten eller ingen kontakt mellom kriseteam og skole, ifølge våre informanter.

En berørt videregående skole et annet sted i landet opplevde regelverket i forhold til skoleplan, gjennomføring av eksamener og karaktersetting i forhold til fravær som langt vanskeligere å håndtere. Utdanningsdirektoratet ble oppfattet som «den harde neglen». Rektor mener at de nå har lært å utfordre regelverket mer enn tidligere, når det gjelder å definere og finne handlingsrom. Faktisk er det her mye ulik praksis mellom skolene, mener informanten.

Flere mindre casekommuner etablerte god kontakt mellom egne skoler og fylkeskommunale videregående skoler, og tilbød bistand og rådgivning fra kommunalt fagpersonell/BUP til forberedelse av lærere. Her var det også god kontakt mellom kriseteam og skole/lærere.

Skoleferien ga skolene tid til å forberede seg og berørte lærere. I en mindre kommune i nord deltok for eksempel den lokale skolen aktivt i lokale minnearrangementer, og bidro på denne måten også til å engasjere og forberede øvrige elever på tilhelingsprosessen.

På en videregående skole opplevdes den største utfordringen å håndtere samspillet mellom elever som ikke var rammet, og rammede elever. Skolen håndterte utfordringen før den fikk utvikle seg ved å ta den aktuelle klassen ut på tur/klassemøte, der man gjennom gruppearbeid arbeidet med håndtering av relasjoner. Nøkkelen var at andre elever egentlig ikke forsto behovene – mens Utøya-elevene egentlig ønsket å bli behandlet normalt.

### 6.6.6 Vurdering

Når det gjelder casekommunenes konkrete oppfølging av de rammede viser denne at noe var likt, mye var ulikt, men alle kommunene har oppfattet seg som proaktive i sin tilnærming til oppfølging av de rammede.

Likheten omfatter at de aller fleste rammede fikk tilbud om kontaktperson, og at de ble kontaktet flere ganger dersom de ikke ønsket kontakt første gang. Enkelte kontaktpersoner opplevde det som vanskelig å ta kontakt flere ganger når den rammede hadde gitt klart uttrykk for at de ikke ønsket kontakt. Helsedirektoratets anbefaling om å kartlegge symptomer og plager tre ganger i løpet av det første året har også kommunene lagt vekt på. Hvorvidt dette faktisk er blitt gjennomført er noe mer usikkert, da det i stor grad synes som om det har vært opp til kontaktpersonene å vurdere behovet. Det varierer imidlertid om kommunene har brukt Helsedirektoratets skjema for kartlegging for symptomer og plager, eller om de har brukt andre skjemaer.

Ulikhet i praksis for oppfølging i casekommunene gjelder flere forhold: grad av proaktivitet, kontaktpersonenes rolle, om kommunene hadde et tydelig familieperspektiv og varigheten på oppfølging.

Når det gjelder *proaktivitet* skiller kommunene seg fra hverandre med hensyn til hvor forpliktende oppfølgingen av kontaktpersonene var når det gjelder å gjøre avtaler med de rammede. Noen hadde en tilnærming der den rammede ble bedt om å «ta kontakt ved behov», andre la vekt på å gjøre forpliktende avtaler fra gang til gang. Kommunene har også fulgt opp personer som flyttet til/bodde i andre kommuner på ulik måte. Alle sørget for at det ble etablert kontakt med hjelpeapparatet i annen kommune, mens noen i tillegg la vekt på en mer aktiv oppfølging ved å sikre at tilbudet den rammede fikk ble vurdert som godt nok.

Når det gjelder *kontaktpersonenes* rolle har denne også vært ulikt definert, både når det gjelder hvem som har vært i målgruppen for oppfølgingen, dvs. om det var de direkte rammede, eller også nær familiene/pårørende eller om det var familien som sådan som fikk kontaktperson (og ikke enkeltpersoner). Det varierer også om kontaktpersonene primært har hatt fokus på innledende kontakt og koordinering av rammedes behov for oppfølging i ulike deler av helsetjenestene, eller om de også har vært samtalepartnere og ansvarlig for gjennomføring av ulike samlinger med vekt på langsiktig oppfølging eller så lenge den rammede har hatt behov.

*Familieperspektivet* var ikke tydelig adressert i Helsedirektoratets anbefalinger og oppfølging i en tidlig fase (jf. kapittel 8), og kommunene fikk følgelig heller ikke tydelige faglige råd på dette området. Kommunenes praksis har vært ulik. Noen kommuner hadde kun individ fokus. Andre kommuner opplevde seg etter en tid presset til å ta et tydeligere familieperspektiv ved å opprette pårørende-grupper og ungdomsgrupper. Disse kommunene rapporterer at de ikke så viktigheten av dette på et tidligere tidspunkt. Andre kommuner valgte et tydelig familieperspektiv helt fra starten (jf. 6.6 som viser at dette er casekommuner med gode score i spørreundersøkelsen). Flere av casekommunene har i ettertid oppsummert at de burde hatt et familieperspektiv og fokus på oppfølging av pårørende/nær familie. Casekommuner som har vektlagt familieperspektivet fra starten har oppsummert dette som en styrke ved egen oppfølging.

Når det gjelder *tidsperspektivet* på oppfølging har casekommunene i all hovedsak lagt vekt på langsiktighet og individuelle behov. Det varierer imidlertid om kommunene har lagt vekt på å følge Helsedirektoratets anbefaling om minimum ett år, og seinere anbefalingen om 2–5 år med individuell tilpassing, eller om de valgte langsiktighet i oppfølgingen basert på egne faglig vurderinger og erfaringer fra tidligere. For et par av kommune ble kontakten gjenopptatt etter at det kom føringer fra helsemyndighetene om oppfølging fra 2–5 år. Dette skapte noe frustrasjon, særlig i en av kommunene, som opplevde at de hadde avsluttet oppfølging på en ordentlig måte. Kommunen opplevde at det framsto litt uprofesjonelt å åpne kontakten igjen. Et sentralt tema i enkelte kommuner har vært spørsmålet om kriseteamene (og de kontaktpersonene som har vært forankret i kriseteamene) kun skulle ha en rolle i akuttfasen og deretter overføres til ordinær helsetjeneste, eller om de også skulles settes ressursmessig i stand til psykososial oppfølging over lengre tid.

## 6.7 Planverk og organisering i kommunene

I dette kapitlet beskriver vi kommunes tilnærming og praksis på følgende områder:

- Planverk, rutiner og retningslinjer
- Organisering og kriseledelse
- Ressurser og kompetanse i kriseteam

Tabellen under oppsummerer hvor vi ser relativt lik praksis og hvor praksisen har vært ulik, og på hvilken måte den har vært ulik. Tabellen viser at kommunene også her har hatt ulik praksis på flere områder.

Tabell 6-4 Oversikt over kommunenes praksis for planer, organisering, ledelse, ressurser og kompetanse

<b>Planverk, rutiner og retningslinjer</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Formaliserte planverk for psykososial oppfølging		1) Omfattende planer og retningslinjer 2) Begrensede planer 3) Manglende planer

Rutiner og retningslinjer		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Formaliserte og godt innarbeidede rutiner og retningslinjer (mandat) for kriseteam og kontaktpersoner</li> <li>2) Uformaliserte, men godt etablerte rutiner</li> <li>3) Mangelfulle rutiner og retningslinjer (herunder manglende vaktordninger)</li> </ol>
<b>Organisering og kriseledelse</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Kriseledelse/krisestab på rådmannsnivå	Alle kommuner	
Kriseteam for psykososial oppfølging		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fast kjerneteam – betalte</li> <li>2) Fast ringeliste – ubetalte</li> <li>3) Fast kjerneteam/ringeliste pluss suppleringer</li> <li>4) Udefinert/improvisert</li> </ol>
Kriseteamet rapporterer til		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kommunalsjef/etatsjefsnivå</li> <li>2) Virksomhetsleder</li> <li>3) Kommunelegen</li> <li>4) Avdelingsnivå (psykisk helse, psykisk helse og rus, familie og oppvekst, eller tilsvarende)</li> </ol>
Kontaktpersonenes arbeidssted		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Krise(kjerne)team, ev. supplert fra en eller flere fra følgende instanser:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ordinær helsetjeneste/skole</li> <li>b. Spesialisthelsetjenesten (DPS)</li> <li>c. Kirken</li> <li>d. Røde Kors</li> <li>e. Private fagmiljøer</li> </ol> </li> </ol>
<b>Ressurser og kompetanse</b>	<b>Lik praksis</b>	<b>Ulik praksis</b>
Tilstrekkelig kapasitet		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ja – innen etablert organisasjon og samarbeidsrelasjoner</li> <li>2) Ja – med improviserte suppleringer</li> <li>3) Ikke over tid</li> </ol>
Traumekompetanse		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ja – i kriseteamet</li> <li>2) Ja – tilgjengelig for kriseteam og kontaktpersoner</li> <li>3) Kurs etterhvert</li> <li>4) Nei/for seint</li> </ol>

## 6.7.1 Planverk, rutiner og retningslinjer

### Fra Helsedirektoratets kartlegging<sup>33</sup>

46 prosent av kommunene oppgir at de har utarbeidet egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer. Det er høyest prosentandel (60 prosent) blant kommuner hvor kriseteamet er forankret i avdeling for psykisk helse som har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging. Kommuner der forankringen av kriseteamet er i avdeling for psykisk helse og rus har den laveste andelen (18 prosent) med egen utarbeidet plan for oppfølging. 75 prosent av kommunene vurderer at planen «i stor grad» følges opp i praksis, for store kommuner (over 20 000) er andelen høyere (85 prosent). 81 prosent av kommunene oppgir at de har etablert rutiner som sikrer informasjon om det psykososiale teamet, som er kjent for relevante tjenester regionalt og øvrig i kommunene. Andelen er signifikant lavere for store kommuner (69 prosent).

Rutiner er gjort kjent på følgende måter: Kommunenes hjemmeside eller intranett, faste møter med relevante enheter/personell, informasjonsflyt via legevakt og AMK-sentral, utsendelse av oppdatert kontaktinformasjon, beskrevet som en del av beredskapsplanverket, utsendelse av informasjonsskriv, egne retningslinjer, egne kvalitets- og internkontrollsystemer.

Kriseteamene som er administrativt forankret i avdeling for psykisk helse har i størst grad etablert rutiner for å gjøre informasjonen kjent til relevante tjenester (88 prosent), mens de som er forankret på virksomhetsnivå har dette i minst grad (75 prosent).

41 prosent av kommunene har etablert rutiner for samarbeid med tilgrensende kommuner om psykososial ivaretagelse/oppfølging. Andelen er noe høyere for store kommuner (over 20 000) enn mindre kommuner (under 20 000). 38 prosent av kommunene oppgir at det fremkommer i en plan hvordan det psykososiale kriseteamet skal samarbeide med spesialisthelsetjenester (ingen systematiske variasjoner med hensyn til kommunestørrelse). Variasjon i kriseteamenes fagbakgrunn er ikke signifikant forskjellig mellom kommuner som har en plan med samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten og de som ikke har en slik plan.

29 prosent av kommunene har etablert rutiner for samarbeid mellom det psykososiale kriseteamet og frivillige organisasjoner i forbindelse med psykososial oppfølging. Det er en tendens til at større kommuner i større grad har etablert slike rutiner for samarbeid enn mindre kommuner. 37 prosent av kommunene som har forankret kriseteamet på virksomhetsnivå har etablert rutiner for samarbeid med frivillige. Det er kommuner som har forankret kriseteamene i avdeling for psykisk helse som har den laveste prosentandelen (16 prosent) når det gjelder å ha etablert rutiner for samarbeid med frivillige.

92 prosent av kommunene oppgir at det er utarbeidet rutiner for når det psykososiale teamet skal aktiviseres (ingen systematisk variasjon mht. kommunestørrelse). Eksempelvis beskriver den overordnede planen for helsemessig og sosial beredskap i Oslo kommunes operative plan ved kriser og katastrofer slike rutiner. Beredskapsplanen har et eget kapittel om psykososial omsorg. Planen omtaler akuttinnsats overfor direkte berørte og evakuerte. Dette innbefatter pårørende, nærstående, vitner og tilskuere og innsatspersonell med behov for å bearbeide psykiske reaksjoner knyttet til sjokk og sorg.

33 prosent av kommunene oppgir at kommunen dokumenterer i et eget elektronisk program for annen etablert tjeneste. Store kommuner dokumenterer i størst grad i elektronisk program (statistisk sammenheng). 28 prosent av kommunene har ikke en fast rutine for dokumentasjon av kommunens involvering i psykososial oppfølging.

---

<sup>33</sup> Basert på Helsedirektoratets rapport «Kartlegging av psykososial oppfølging lokalt ved kriser, ulykker og katastrofer».

72 prosent oppgir at det finnes evalueringsrutiner for teamets arbeid, og i 78 prosent av kommunene som har evalueringsrutiner, har medlemmene gjennomgått en eller annen form for kursing. 57 prosent har etablert faste rutiner for oppfølging av teamets medlemmer etter hendelser. Det er en signifikant sammenheng mellom kommunestørrelse og hvorvidt de har etablert faste rutiner for oppfølging. Blant kommuner med 20 000 eller flere innbyggere, oppgir 79 prosent at de har etablert slike rutiner. Blant kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere oppgir 52 prosent å ha etablert faste rutiner for oppfølging. 73 prosent av kommunene som har forankret arbeidet på virksomhetsnivå har slike rutiner, mens 49 prosent oppgir at de har dette for de som er forankret på etats-/kommunalsjefnivå.

### **Stort spenn i planverk, rutiner og retningslinjer i casekommunene**

De fleste kommunene blant våre ti casekommuner hadde en viss grad av planverk på plass, som minimum omfattet varslings- og mobiliseringsrutiner på ledernivå, og etablering av ulike former for krisestab med ansvar for psykosial oppfølging. Men spennvidden var stor når det gjaldt formalisering og forankring av planverk og rutiner for psykosial oppfølging av rammede.

Vi fant kommuner med etablert planverk som syntes lite kjent, og kommuner med lite planverk, men godt innkjørte rutiner blant erfarne medarbeidere. Vi fant også kombinasjoner av dette.

Noen sitater fra intervjuene illustrerer spennvidden i eksisterende planverk:

«Vi har mange store og små kriser i en stor kommune som vår, og derfor er både planer, struktur og ressurser på plass samt det faglige grunnlaget for psykososial oppfølging. Proaktivitet ligger i planverket. Kjente, veletablerte rutiner og planer, praktisert mange ganger. Resurser, rutiner/oppgaver, roller og ansvar ble delt ut som sjekkliste til alle involverte umiddelbart ved etableringen av mottakssenteret.»

«Vi hadde planer og rutiner som vi fulgte og som fungerte godt. Erfaring fra andre kriser. Men ikke avtaler med eksterne ved behov for oppskalering. Men samarbeidet med andre og tilgangen på ressurser var likevel god: Dette var en stor hendelse som berørte hele bygda.»

«Ifølge beredskapsplanen settes kriseledelse med ordfører og rådmann med de enhetslederne som er aktuelle. Dette ble da helserettet. Mandatet for kriseteamet var ikke så tydelig den gang, det er blitt tydeligere nå og det understrekes at det er akuttfasen teamet skal inn i ved dramatiske hendelser, ulykker, katastrofer. Etter 22/7 fikk vi vaktordning og fikk satt det med opplæring i system.»

«Vi fulgte ikke en beredskapsplan, men tok kontakt. Jeg ringte de innimellom for å høre hvordan det gikk; har du oppfølging? Det fungerte veldig dårlig: frivilligteamet. For liten struktur, for lite trening.»

Utvalget av casekommuner gir oss ikke statistisk grunnlag for å trekke konklusjoner, men det ser ut til å være en viss, men ikke absolutt sammenheng mellom størrelsen på kommunen og implementeringen av formaliserte planverk. Det krever ressurser, kompetanse og kapasitet både til å etablere gode planverk og rutiner, og til å øve og vedlikeholde disse.

Vi ser ingen entydig sammenheng mellom planverk som ledere og operative kontakter og medlemmer av kriseteamene omtaler som gode, og de vurderingene som casekommunene fikk av de rammede i vår spørreundersøkelse.

På den annen side finner vi enkelte mindre casekommuner der det formaliserte planverket er mangelfullt. Men ledere og de operative mener at ansvar, roller og rutiner likevel er innarbeidet hos erfarne medarbeidere med mange års erfaring med håndtering av alvorlige kriser og situasjoner for

kommunens innbyggere. Dette ser imidlertid ikke ut til å være noen garanti for gode tilbakemeldinger fra de rammede.

Eksempler på rutiner uten planverk:

«Vi hadde erfaring fra andre krise/sorg situasjoner. Visste at vi trengte å organisere øyeblikkelig mottakssenter og være proaktive.»

«Det formelle planverket var ikke på plass, vi hadde laget forslag til rådmannen, men det var ikke god tatt. Vi jobbet da etter det vi hadde foreslått.»

«Vi kjente hverandre godt gjennom samarbeid om mange tidligere kriser i bygda. Mord, selvmord, ulykker. God kultur for tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene i kommunen – glir sømløst uten sjenanse for berørte. Rutinene fungerte som de skulle – godt med erfarne mennesker som sto på alt de kunne. Har rutiner og erfaring. Men det skriftlige er på et minimumsnivå.»

Vi har også tilfeller blant casekommunene, der oppfatningen av både planverket og av forankringen av dette i organisasjonen spriker mellom ledere og de operative i kriseteamene.

### **Erfaring og løsningsorienterte holdninger kompenserer til en viss grad for manglende planverk**

Sitatene over indikerer også at holdninger eller kulturen i organisasjonen til en viss grad kan kompensere for manglende planer og struktur.

I flere kommuner ble det påpekt at kommunen uansett ikke kan planlegge for enhver situasjon. Alle kriser er unike på sin måte – og den beste planlegging, ble det sagt, er å forberede sine medarbeidere på selv å kunne ta ansvar for å finne løsninger på uventede problemer.

### **Planverket i casekommunene er gjennomgående forbedret siden 2011**

Informantene i *nesten* samtlige kommuner oppgir at det har skjedd en positiv utvikling i planverket etter den 22/7. Dette synes oftest å omfatte tydeligere roller og ansvar, etablering av faste kriseteam og vaktlister og krav til kompetanse.

Eksempler på forbedringsarbeid etter 22/7:

«Det ble gjort en evaluering og ansvarslinjene er tydeliggjort, kriseledelsens sammensetning, faste øvelser og systemet er oppdatert. Vi har nylig hatt tilsyn av vår kriseberedskap og kom godt ut av det. 22/7 økte bevisstheten og vi har generelt blitt bedre. Og mye bedre på dokumentasjon.»

«Vi har tydeliggjort kriseteamets rolle, og arbeider bevisst med kompetanseheving. Tydeligere rammer, tettere samarbeid og jevnlig møter – så vi står mer støtt.»

«Det er lite eller ingenting vi ønsker å gjøre annerledes neste gang. Det er som det skal være at enkelte velger individuelle løsninger. Vi mener det er solid og fungerte godt. Ikke evaluert.»

Som nevnt gir casekommunene oss ikke statistisk grunnlag for å trekke konklusjoner. Men vi noterer at de casekommunene som vurderes høyest av de rammede i spørreundersøkelsen, også er blant dem som sier de har utviklet planene sine mest etter den 22/7. Og vi noterer at de to kommunene som rapporterer om minst endringer i sine planverk, begge er blant de som fikk dårligst tilbakemelding.



## 6.7.2 Organisering og kriseledelse

### Kriseteam - Helsedirektoratets kartlegging<sup>34</sup>

97 prosent av kommunene har etablert psykososiale kriseteam. 99 prosent består av faste medlemmer, og i snitt består teamene av 8 personer. Teamenes størrelse vokser noe med kommunistørrelse.

45 prosent av kommunene oppgir at kriseteamet er *forankret* på etats/kommunalsjefsnivå. Det er en tendens til at mindre kommune i større grad har forankret kriseteamet administrativt på dette nivået enn større kommuner. 16 prosent er forankret på virksomhetsledernivå, mens 10 prosent er forankret hos kommunelegen og 17 prosent er forankret i kriseteamet i avdeling for psykisk helse eller avdeling for psykiske helse og rus. 9 prosent hadde annen forankring (familiesenter/familiehus, helsestasjon, legevakt). Undersøkelsen viste at det var liten sammenheng mellom forankring og fagbakgrunn i kriseteamet.

De fire mest vanlige *fagbakgrunnene* i kriseteamene er psykiatrisk sykepleier, helsesøster, lege og prest. 55 prosent oppgir andre fagbakgrunner som eksempelvis politi/lensmann, enkelte lærere og pedagoger. Store kommuner (over 20 000 innbyggere) synes å ha en noe mer variert fagbakgrunn enn mindre kommuner, eksempelvis

- Større kommuner (over 5 000 innbyggere) oppgir å ha vernepleier i kriseteamet
- Mindre kommuner har i noe større grad leger i kriseteamet enn store kommuner
- Tydelig prosentvis forskjell på om det er psykolog med i teamet. Blant store kommuner har en tredjedel psykologer, mens kommuner med under 5 000 innbyggere er det bare fem prosent psykologer
- Store kommuner har i større grad sosionomer og barnevernsfaglig kompetanse i teamene

Omtrent 50 prosent oppgir at de ikke har en avtale om *fast avlønning* for medlemmene i det psykososiale kriseteamet. Det er en signifikant forskjell mellom små og større kommuner når det gjelder avtale om fast avlønning. Blant kommuner med mindre enn 5 000 innbygger oppgir 53 prosent at de ikke har avtale, mens i kommuner med over 20 000 oppgir 22 prosent at de ikke har slik avtale.

Helsedirektoratets kartlegging viste at det i 13 prosent av kommunene er organisert en egen *vaktordning* for det psykososiale kriseteamet. Det er videre en forskjell mellom kommuner med ulik størrelse når det gjelder å ha organisert en egen vaktordning. Blant kommuner med 20 000 eller flere innbyggere har 35 prosent av kommunene organisert en egen vaktordning for kriseteamet. Blant kommunene med under 5 000 innbyggere er det 2 prosent av kommunene som har organisert en egen vaktordning for kriseteamet.

Ifølge Helsedirektoratets spørreundersøkelse i 2011 til fylkesmennene<sup>35</sup>, ble nær alle rammede tilbudt *kontaktpersoner* av sine kommuner. Kontaktpersonenes organisatoriske tilhørighet i kommunene var imidlertid forskjellig mellom kommunene. Hvem som er kontaktpersonen varierer fra:

- Psykiatriske team
- Kommuneoverlegen
- Fastlegen
- Psykolog

<sup>34</sup> Resultater gjengitt fra Helsedirektoratets «Kartlegging av psykososial oppfølging lokalt ved kriser, ulykker og katastrofer».

<sup>35</sup> Helsedirektoratet IS946 (2011): Helsemessig og psykososial oppfølging av rammede etter 22.7.2011

- Helseavdelingen
- Kommunalt ansatte
- Spesialisthelsetjenesten
- Helsesøster eller ansatte ved skole/ studiested
- Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PPT)

Helsedirektoratets kartlegging over gir et godt bilde av situasjonen også i casekommunene.

### **Fra akutfase med kriseorganisering til normalisering i casekommunene**

Hendelsens omfang og nasjonale karakter preget samtlige berørte kommuner. Casekommunene var alle sterkt berørt av hendelse, og det ble raskt opprettet kriseledelse/krisestab. Innen kort tid var kommunenes politiske og administrative ledelse nesten uten unntak engasjert i organisering og gjennomføring av akutfasen.

Det var samtidig et gjennomgående ønske i kommunene om å normalisere situasjonen så raskt som mulig, også organisatorisk. For enkelte betydde dette at kommunens kriseledelse i løpet av den første helgen fikk oversikt over situasjonen, og så langt som mulig fordelte oppfølgingsansvar til linjen og/eller til etablerte kriseteam for psykososial oppfølging.

Den videre oppfølgingen på rådmannsnivået varierte sterkt. I en stor bykommune fortsatte beredskapsorganisasjonen med et sentralt kriseteam og lokale beredskapsgrupper frem til 1.9.11. I en annen stor bykommune ble det organisert et oppfølgingsprosjekt med kontaktpersoner fra ulike deler av kommunen, som rapporterte til kommunelegen allerede etter første helg.

Eksempler fra akutfasen i casekommunene:

«Allerede lørdag hadde kriseteamet morgenmøte – innkalt pr. SMS av rådmannen. Vi begynte å legge planer for å ta imot ungdom og foreldre i Rådhuset. Ordføreren håndterte media, avlastet oss andre.»

«Vi opprettet kriseledelse med fungerende rådmann i ferien, kommunalsjef skole, helse, pleie og omsorg, kommunikasjon og ordfører til og fra, og leder fra psykososial beredskap. Dette fungerte godt. Leder for psykososial beredskap sitter i kriseledelsen og ansvarlig for å informere til kriseteamet. Vi hadde daglige møter, og noen ganger møtte også kommunaldirektør.»

«Ifølge beredskapsplanen settes kriseledelse med ordfører og rådmann og med de enhetslederne som er aktuelle. Dette ble da helserettet. Samarbeidet gled veldig lett. Viktig med tydelig faglig ledelse. Støttegruppa ble også invitert inn på møter i kriseledelsen med hensyn til behov og det fungerte utelukkende positivt.»

«Det ble satt krisestab, men det var for lite kontakt mellom krisestab og kriseteam. Planverket var ikke helt på plass, leder av kriseteamet burde vært med. Kriseteamet visste hva vi skulle gjøre, men tror vi var utydelige på kartet og ikke godt nok forankret hos rådmannen. Men dette er helt annerledes nå – det ble et vendepunkt.»

### **Kriseteamene var ulikt forankret og heller ikke entydig definert i casekommunene.**

I en stor kommune ble den helseberedskapsmessige kriseledelsen kalt kriseteamet og avviklet etter noen dager, så snart oppgaver og ansvar for rammede var plassert i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Kontaktpersoner ble pekt ut, og i hovedsak gitt ansvar for den videre administrative koordineringen og assistansen til de berørte. I andre kommuner fikk kontaktpersonen en sterkere psykososial oppfølgings- og rådgivningsrolle.

Eksempler på spennvidden i forankring, mandat og organisering:

«Kriseteamet, dvs. beredskapsteamet, dvs. lederne i kommunen, var i virksomhet kun de første dagene mht. organisering og fordeling av rammede. De tildelte 2 kontaktpersoner fra Psykisk helsevern (for de over 18) og 3 fra Familiesenteret (for de under 18) – en pedagog, en ergoterapeut, og en familierapeut; pluss en helsesøster fra Helsestasjon.»

«Vi hadde kriseteam; dette husker jeg ikke; det var en ringeliste (presten og litt av hvert). Nå har vi endret dette; faste folk som får betalt.»

«Uklart om vi hadde et kriseteam (løst organisert) men det ble etablert en lokal omsorgsgruppe/-oppfølgingsgruppe som fungerte fram til september 2013. Var mer dugnadsbasert/ildsjelpreget.»

«Rollene for kriseteam og Psykisk helsetjeneste for barn og unge, hvor er overgangen mellom kriseteamet og den ordinære helsetjenesten; der var det noen gnisninger, men det gikk seg til.»

«Vi diskuterte hva som skulle ligge i rollen til kontaktperson, men det er vårt kriseteam, jobber veldig proaktivt. Vår holdning var at kontaktpersonen både var koordinator, men skulle samtidig også tilby seg selv.»

«Skulle jeg vært en virkelig kontaktperson skulle jeg vært en fristilt person som hadde ressurser til dette; det hadde jeg ikke. Jeg spurte øverste ledelse om hvor mye jeg skulle jeg gjøre: Kun ta kontakt; mer ressurser å avse hadde eller ønsket de ikke. Jeg gjorde minimumsvarianten, som var lite tilfredsstillende for meg.»

«Kontaktpersonene hadde ansvar for oppfølging og 15 samlinger med gruppene ut 2012. Både individuell oppfølging av kontaktperson + gruppesamlinger + foreldregrupper + søskengrupper (drevet av helsesøster med særlig kunnskap om barn) + skolene/rektorene/rådgiverne.»

«Overlapp i ledernivåene: rådmann, kommunalsjef helse og sosial, ansvarlig/tjenesteleder for psykososial beredskap og koordinator for kriseteamet. Koordinatoren følte seg overprøvd i dette.»

«Bydelsoverlegen var med på jevnlige møter med kontaktpersonene, der han systematisk fulgte opp aktiviteter, kontakter, proaktiv oppfølging, gjennom året.»

«Kriseteamet rapporterte til tjenesteleder for Familie og Oppvekst, tydelig og greit. Kriseteamet var etablert gjennom mange år med faste medlemmer. Godt innarbeidet.»

«Sterk forankring på rådmannsnivå og i politisk ledelse. Oppfølgingen er delt mellom 2 avdelinger, som begge har kriseteam med fagfolk fra egne avdelinger, samt andre tilknyttede: Barne- og familieetaten (ungdom opp til 18 år) og Psykososial helse og rus (over 18 år). Bra at dette følger kjente og veletablerte strukturer i den operative, daglige strukturen, der folk både er kjent med ansvarsforhold og hverandre.»

«Internt var organiseringen grei, men eksternt kunne vi ha vært tydeligere mht. våre roller og ansvar og informert om aktiviteter og tilbud til skolen og andre. Ingen samarbeidsmøter med skolen.»

Det er viktig å gjøre oppmerksom på at kriseteam, særlig i store casekommuner, kunne være organisatorisk (formelt) forankret nede i en avdeling eller en virksomhet, mens arbeidet etter 22/7 like fullt kunne ha betydelig oppmerksomhet hos rådmannen og ordfører. Andre steder kunne det virke som om en organisatorisk forankring høyt oppe i kommunen ikke nødvendigvis ga den samme reelle toppforankring.

Som vi har påpekt tidligere, er det først og fremst de kommunene der de rammede har oppfattet at de har fått en kontaktperson og er fornøyd med denne, som får best tilbakemelding i spørreundersøkelsen. Blant våre casekommuner er det de kommunene der kriseteam fremstår som svakest forankret i kommuneledelsen, og der kriseteamets og kontaktpersonenes mandat og oppgaver synes svakest definert, som får svak tilbakemelding i spørreundersøkelsen.

### Ulik organisatorisk forankring av kontaktpersonene i kommunene

Kontaktpersonenes organisatoriske forankring har vært ulik i kommunene. De fleste har hatt en tilknytning til kriseteamet. Noen har supplert med kontaktpersoner fra ulike deler av primærhelse-tjenesten og Pedagogisk Psykologisk tjeneste, eller også med eksterne. Enkelte synes å ha blitt kontaktperson primært fordi man var en del av kriseteamet, eller fordi det var en naturlig del av vedkommendes jobb i helsetjenesten. Andre har blitt kontaktpersoner på bakgrunn av kriseteamets samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis har personer fra BUP fungert i rollen som kontaktperson sammen med de kommunale kontaktpersonene. Atter andre har hentet inn kontaktpersoner fra frivillige organisasjoner og eksterne kompetansemiljøer. Det synes som at behovet for kapasitet og kompetanse i oppfølgingen har vært styrende for kommunenes ulike valg.

Eksempler på hvor kontaktpersonene ble hentet:

«Kontaktpersoner var hentet både fra kriseteam og fra linjen og fordi ansvaret raskt ble overført til linjen. Vårt prinsipp er at mest mulig skal raskest over i linjen. Kriseteamet har ordinære fire møter i året og det skjedde noe oppfølging der, men usikker på om de som var kontaktperson og som ikke var en del av kriseteamet var med.»

«Vi tok sognepresten inn i det psykososiale temaet etter den 22/7 og i senere planer/organisering. Dette er Kirken forberedt på og gode til. Stort pluss.»

«Kontaktpersonordningen fungerte i hovedsak fint, og hadde regelmessig møter. Måtte bruke personer utenfor kriseteamet; psykologer, helsesøster, sykepleier, sosionom. Prisgitt at kontaktpersonene gjorde den jobben vi var blitt enige om, og vi har litt ulike måter å gjøre jobben på.»

Utfordringen for kommuner uten faste kontaktpersoner og for kontaktpersonene selv, kunne være manglende samkjøring og ulikt tilbud til rammede.

### 6.7.3 Ressurser og kompetanse

Helsedirektoratets kartlegging når det gjelder den faglige og organisatoriske bakgrunnen til ressursene i kriseteamene og til kontaktpersonene<sup>36</sup> er godt dekkende for hva vi kunne observere i de ti casekommunene.

Vi merker oss at i forbindelse med håndteringen av oppfølgingen etter 22/7 er det spesielt to viktige forhold som opptar casekommunene:

- Behovet for kapasitet og muligheten til å skalere opp i situasjoner av en viss størrelse
- Behovet for spesielt traumefaglig kompetanse for god planlegging og rådgivning i den psykososiale oppfølgingen.

<sup>36</sup> Helsedirektoratets kartlegging av psykososial oppfølging lokalt ved kriser, ulykker og katastrofer

### **Viktig å ha nettverk å trekke på for å kunne møte vekslende eller uventede behov**

Mindre kommuner som har håndtert oppfølgingen godt, ser ut til å ha etablert formelt eller uformelt gode nettverk med nabokommuner, andre større institusjoner (Forsvaret) og/eller fagmiljøer.

Det er få av kommunene vi snakket med som oppfattet ressurstilgangen som et vesentlig hinder for å kunne tilby oppfølging av de rammede. Prioriteringen av de terrorrammede var klar for samtlige kommuner, og i den grad dette eventuelt gikk på bekostning av andre brukere, mente de fleste casekommunene at det kun dreide seg om mindre forskyvninger i tid. Over tid var det imidlertid flere kommuner som opplevde at belastningen på kriseteamet og kontaktpersonene ble stor, og som derfor gjerne skulle sett at de kunne hatt enda flere faste ressurser å trekke på.

### **Ulik tilgang på kompetanse kan ha påvirket tilbudet**

Som vi har påpekt har kontaktpersonenes kompetanse og erfaring med kriser vært ulik og hatt betydning for tilbudet. En av kommunene (med gode score fra spørreundersøkelsen) rapporterer at alle som ønsket fikk tilbud om profesjonell psykologisk hjelp, uten forutgående individuell behovsvurdering, mens en annen kommune (også med gode score), der kontaktpersonene selv var psykologspesialister med erfaring fra kriser og psykiatri, la vekt på å unngå dette for å understreke normalisering, mestring og mobilisering av familie og nettverk.

Eksempler på ressurser og kompetanse i casekommunene:

«Hvem som helst kan bli kontaktperson om kriseteamet vurderer det hensiktsmessig – men kriseteamets medlemmer var sentrale. 4–5 personer var aktive kontaktpersoner – og andre ble trukket inn etter behov. Godt samarbeid med DFPS.»

«Kontaktpersonordningen fungerte i hovedsak fint, og vi hadde regelmessige møter med rammede. Vi måtte bruke personer utenfor kriseteamet; psykologer, helsesøster, sykepleier, sosionom. Noen rammede ble fulgt opp gjennom telefonkontakt, andre hadde vi jevnlig samtaler med, og for andre var vi primært en koordinatorfunksjon.»

«Kontaktpersoner hentes primært internt, men her fikk vi også hjelp fra erfarne rådgivere fra Røde Kors. Mener vi hadde god erfaring og kompetanse. Etterhvert fikk vi også engasjert en spesialist som kom oppover og ga oss råd.»

«Samarbeidet med eksterne fungerte godt: Røde Kors, Kirken, Forsvaret, Fylkesmannen i stor grad, leger/spesialister og videregående skole.»

«Operativt kriseteam og alle stilte seg til disposisjon. Erfarent og godt kriseteam som var satt i system og med godtgjørelse. Dette i motsetning til noen andre kommuner. Kriseteamet skal avvikles så raskt som mulig.»

Det varierer i hvilken grad medlemmene får kompensert for sin deltagelse i kriseteamet og som kontaktpersoner i casekommunene.

### **Erfaring og traumekompetanse i kriseteamet og hos kontaktpersonene etterlyses**

Kommunene har ulik oppfatning av i hvilken grad deres kontaktpersoner skal tilby et lavterskeltilbud som rådgiver til traumatiserte personer. Kunnskap om traumer oppfattes likevel som viktig for å kunne følge opp og henvise personer som trenger hjelp til fagkyndige. Vi har snakket med kontaktpersoner som selv er svært sikre på at de ville kunne ha gjort en bedre jobb etter 22/7, dersom de hadde hatt mer erfaring og opplæring innen dette området.

Flere kontaktpersoner gir uttrykk for at de i ettertid ser at de kunne ha fulgt opp sine rammede personer bedre, dersom de hadde hatt bedre faglig grunnlag og erfaring i situasjonen. Veiledningen

og støtten fra Helsedirektoratet og fagmiljøene ble oppfattet som god, men ble i varierende grad utnyttet. Noen fikk delta på kurs de første månedene etter hendelsen, flere senere.

Eksempler fra casekommunene:

«I hovedsak har vi minimum høgskoleutdanning og gjerne videreutdanning. Vi krever ikke erfaring i sorg/krisearbeid, vi er for små til det, men vi har en som har mye erfaring med dette. Som kontaktpersoner bruker vi også psykologer, men krever ikke spesiell krise/traumekompetanse. Vi kan være sårbare ved større kriser, kunne vært nyttig med mer traume/krisekompetanse.»

«Kriseteam får kursing, men hele psykiatritjenesten trenger mer kompetanse på traumer og sorg. Dette er noe annet enn vanlige diagnoser. Nå er det mindre penger til kursing i kriseteamet.»

### **Kompetansehevingstiltak ifølge Helsedirektoratets kartlegging**

Helsedirektoratets kartlegging<sup>37</sup> viser at det kun er 6 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har gjennomført oppgaverelatert kompetanseutvikling. 80 prosent oppgir at de har gitt medlemmene en eller annen form for kursing.

Det er høyest prosentandel (51 prosent) kommuner som har etablerte rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten som har gjennomført praktiske øvelser som et kompetansehevingstiltak for kriseteamet.

### **Utviklingen i den psykososiale kriseberedskapen siden 22/7 har i stor grad vært positiv i casekommunene**

De aller fleste av casekommunene har i dag tydeligere definerte kriseteam og kontaktpersoner, rollene er klarere, kravene til kompetanse tydeligere, tilbudet om trening større og flere har fått faste medlemmer i kriseteamene.

Eksempler fra casekommunene:

«Kontaktpersonene kunne vært bedre rustet – bedre kurset. I ettertid har flere av oss fått kurset trygge traumeterapeuter ved vårt RVTs. Nyttig: Bør være gjennomført i alle kommuner blant personer med kontaktpersonrolle.»

«Psykososialt kriseteam var etablert med faste medlemmer, men hadde lite faste møter og opererte tidligere fra sak til sak. Nå har vi temadager og veiledning. Kriseteamskolen er kommet.»

«Pass på at kompetansen alltid er i virksomheten, før noe skjer. Nå har det blitt slik. Kunnskap og erfaring om traumer er kritisk viktig.»

## **6.7.4 Vurdering**

### **Stort spenn i planverk, rutiner og retningslinjer i casekommunene**

De fleste av casekommunene hadde en viss grad av planverk på plass, men spennvidden var stor når det gjaldt formalisering og forankring av planverk og rutiner for psykosial oppfølging av rammede. Utvalget av casekommuner gir oss ikke statistisk grunnlag for å trekke konklusjoner, men det ser ut til å være en viss, men ikke absolutt, sammenheng mellom størrelsen på kommunen og implementeringen av formaliserte planverk. Det krever ressurser, kompetanse og kapasitet både til å etablere gode planverk og rutiner, og til å øve og vedlikeholde disse.

<sup>37</sup> Helsedirektoratet «Kartlegging av psykososial oppfølging lokalt ved kriser, ulykker og katastrofer»

På den annen side finner vi enkelte mindre casekommuner der det formaliserte planverket er mangelfullt, men der ledere og operative mener at ansvar, roller og rutiner likevel er innarbeidet hos erfarne medarbeidere med mange års erfaring med håndtering av alvorlige kriser og situasjoner for kommunens innbyggere.

Vi ser ingen entydig sammenheng i casekommunene mellom planverk som ledere og operative kontakter og medlemmer av kriseteamene omtaler som gode, og de vurderingene kommunene fikk av de rammede i vår spørreundersøkelse.

### **Planverket i casekommunene er gjennomgående forbedret siden 2011**

Vi noterer at de casekommunene som vurderes høyest av de rammede i spørreundersøkelsen, også er blant dem som sier de har utviklet planene sine mest etter den 22/7. Og vi noterer at de to kommunene som rapporterer om minst endringer i sine planverk, begge er blant de som fikk dårligst tilbakemelding.

### **Kriseteamene var ulikt forankret og heller ikke entydig definert i casekommunene**

Hendelsens omfang og nasjonale karakter preget samtlige berørte kommuner. Casekommunene var alle sterkt berørt av hendelsen og det ble raskt opprettet kriseledelse/krisestab. Innen kort tid var kommunenes politiske og administrative ledelse, nesten uten unntak, engasjert i organisering og gjennomføring av akutfasen. Den videre oppfølgingen på rådmannsnivået varierte imidlertid sterkt.

Casekommuner der kriseteamet fremstår svakt forankret i kommuneledelsen, og der kriseteamets og kontaktpersonenes mandat og oppgaver synes svakest definert, får ofte svak tilbakemelding fra de rammede i spørreundersøkelsen.

Kontaktpersonenes organisatoriske forankring har også vært ulik i kommunene. De fleste har hatt en tilknytning til kriseteamet. Noen kontaktpersoner er hentet fra ulike deler av primærhelsetjenesten og Pedagogisk Psykologisk tjeneste, skoler eller eksternt. Utfordringen for kommuner uten faste kontaktpersoner og for disse kontaktpersonene selv, kunne i casekommunene være manglende samkjøring og ulikt tilbud til rammede i samme kommune.

### **Viktig å ha nettverk å trekke på for å kunne møte vekslende eller uventede behov**

Vi merker oss at i forbindelse med håndteringen av oppfølgingen etter 22/7 er det spesielt to viktige forhold som opptar casekommunene:

- Å ha kapasitet eller mulighet til å skalere opp i situasjoner av en viss størrelse
- Å ha tilstrekkelig traumefaglig kompetanse til å kunne forstå rammedes reaksjoner og behov bedre, for dermed kunne yte bedre psykososial tilrettelegging og rådgivning.

Mindre kommuner som har håndtert oppfølgingen godt, ser ut til å ha etablert formelt eller uformelt gode nettverk med nabokommuner og andre større institusjoner.

Få av kommunene vi snakket med oppfattet ressurstilgangen som et vesentlig hinder for å kunne tilby oppfølging av de rammede. Over tid var det imidlertid flere kommuner som opplevde at belastningen på kriseteamet og kontaktpersonene ble stor, og som derfor gjerne skulle sett at de kunne hatt enda flere faste ressurser å trekke på.

### **Ulik tilgang på kompetanse kan ha påvirket tilbudet både i og mellom kommuner**

Kommunene har ulik oppfatning av i hvilken grad deres kontaktpersoner skal tilby et lavterskeltilbud som rådgiver til traumatiserte personer. Kunnskap om traumer oppfattes likevel som viktig for å kunne følge opp og henvise personer som trenger hjelp til fagkyndige.

## 7 Bedriftsmodellen

### 7.1 Kort om rammede i Regjeringskvartalet

#### Skadeomfang<sup>38</sup>

Terrorangrepet gjorde kontorene til omtrent 1 800 ansatte ubrukelige. Det måtte derfor skaffes alternative lokaler utenfor Regjeringskvartalet for Statsministerens kontor, 6 departementer og deler av Departementenes servicesenter (DSS). Forbruker- og administrasjonsdepartementet har opplyst at det var 592 innstemplede personer i departementene denne dagen, 310 av disse fremdeles var på jobb kl. 15.20<sup>39</sup>.

Kombinasjonen av ferie, sommertid og fredag ettermiddag, gjorde at mange av de ansatte i departementene ikke var på jobb denne dagen. 389 av 2 954 departementsansatte var i, eller i umiddelbar nærhet av Regjeringskvartalet da bomben gikk av. Minst 154 ansatte<sup>40</sup>, som ikke var direkte fornærmede/skadde, opplevde hindringer i forbindelse med evakueringen av bygningene de befant seg i. Årsakene til hindringene de opplevde, var hovedsakelig skader på bygningene/inventar, problemer med rømningsveier og problemer med nødutganger.

De åtte som ble drept momentant av bomben befant seg i eller i nærheten av hovedinngangen til høyblokka, i eller i nærheten av resepsjonen i første etasje, på Einar Gerhardsens plass og i Grubbegata ved innkjøringen til høyblokkas hovedinngang. 30 ansatte ble skadet.<sup>41</sup> DSS og Justisdepartementet ble hardest rammet.

Ti hardt skadde ble sendt til Ullevål, mens i alt 190 pasienter ble behandlet på Oslo legevakt. Alle skadde som kom under medisinsk behandling overlevde.

De innvendige skadene i flere av departementene var omfattende, og i Regjeringskvartalet var fasadene mot Grubbegata, Akersgata, Johan Nygaardsvolds plass og Einar Gerhardsens plass fullstendig ramponerte. I de tilstøtende gatene var de materielle ødeleggelsene store. Ifølge Oslo Handelsstands Forening ble om lag 1 000 butikker, kafeer og private virksomheter rammet av eksplosjonen.

### 7.2 Hvor tilfreds er de rammede i Regjeringskvartalet med den psykososiale oppfølgingen?

#### 7.2.1 Spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen har også kartlagt de som ble rammet i forbindelse med bombeangrepet på Regjeringskvartalet. 49 av 519 respondenter svarer at deres tilknytning til hendelsene er angrepet på Regjeringskvartalet. Imidlertid er det noen av disse som ikke nødvendigvis inngikk i bedriftshelse-tjenestens virkeområde<sup>42</sup>. Man har derfor svært få respondenter til å kunne trekke generaliserbare konklusjoner om hvordan de ansatte i Regjeringskvartalet har blitt fulgt opp.

<sup>38</sup> Hentet i hovedsak fra 22. juli-kommisjonen (NOU 2012:14) og Store Norske Leksikon

<sup>39</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap, s 70

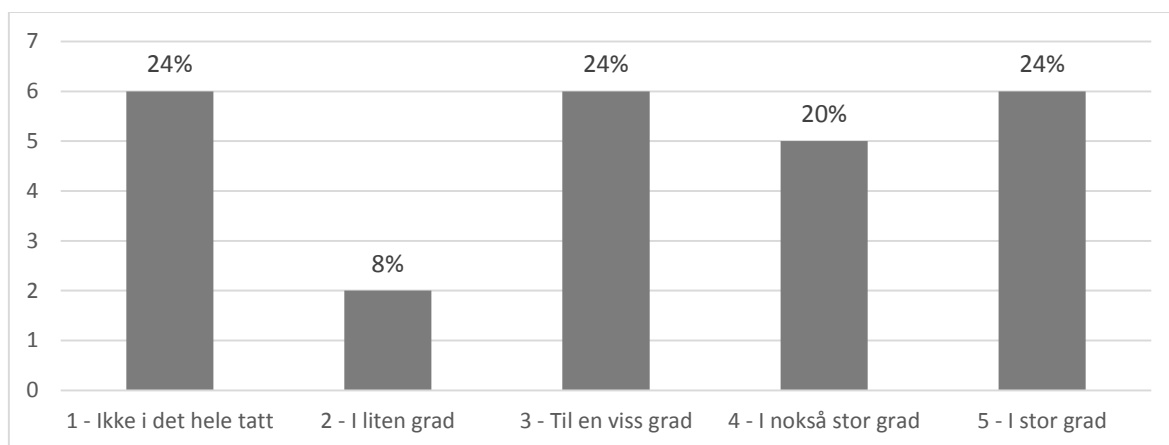
<sup>40</sup> Side 272 i NOU 2012:14. Tallet bygger på en spørreundersøkelse og referer til faktiske svar på denne. Svarprosenten er ukjent.

<sup>41</sup> Helsedirektoratet: Læring for beredskap, s 70.

<sup>42</sup> Utvalget består primært av overlevende og personer som var ansatt i regjeringskvartalet. 39 av 49 respondenter tilhører disse kategoriene. De øvrige er etterlatte og pårørende av de direkte rammede

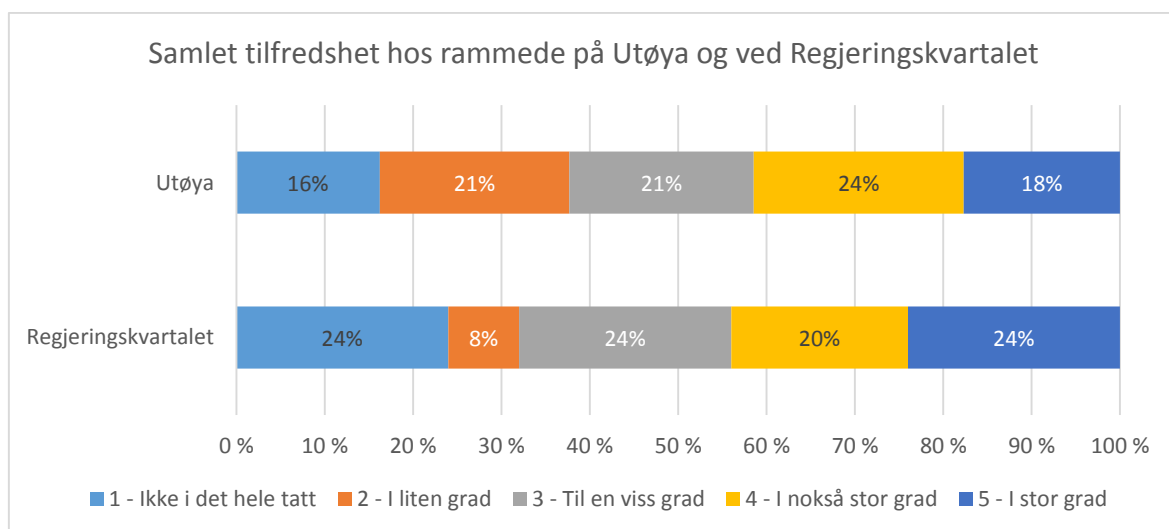


Tar man utgangspunkt i de rammede som har svart, er deres samlede tilfredshet med bistanden varierende, jf. Figur 7-1. Selv om nesten halvparten av respondentene i stor grad eller nokså stor grad er tilfreds med bistanden de har mottatt alt i alt, er også rundt en fjerdedel ikke i det hele tatt tilfreds med bistanden de har fått.



Figur 7-1 Samlet tilfredshet for de rammede ved Regjeringskvartalet

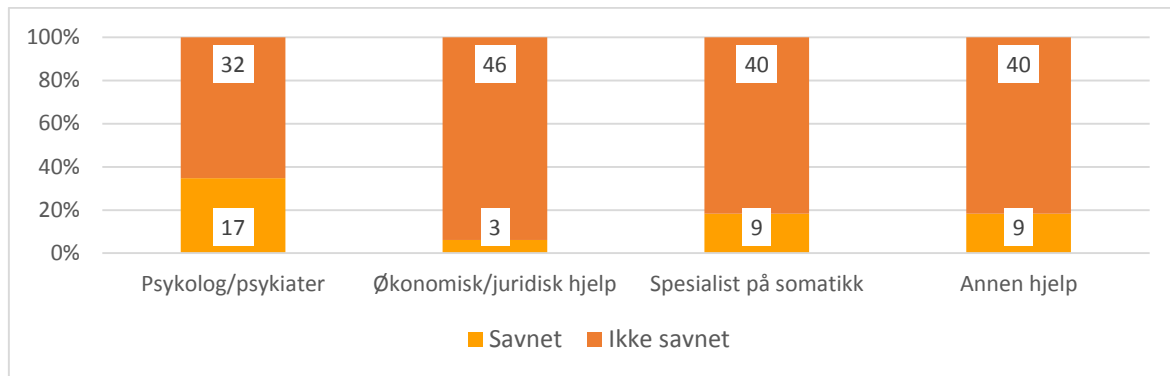
Sammenligner man disse tallene med tilsvarende tall for de rammede på Utøya er forskjellene marginale, jf. figur 7-2. Selv om tilfredsheten er høyere ved Regjeringskvartalet, er forskjellen marginal og kun basert på et svar fra 25 respondenter, noe som gjør at det er langt unna signifikante forskjeller mellom de rammede på Utøya og ved Regjeringskvartalet<sup>43</sup>.



Figur 7-2 Samlet tilfredshet med bistanden for de rammede på Utøya og ved Regjeringskvartalet

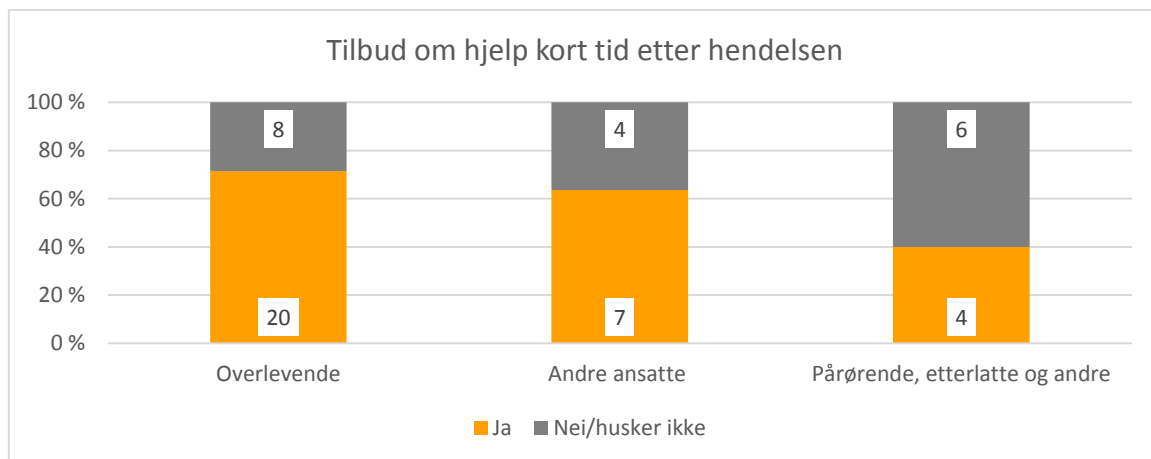
Når det gjelder hva slags type bistand de rammede ved Regjeringskvartalet har etterlyst, er det i likhet med de rammede på Utøya, hjelp fra psykolog/psykiater som trekkes fram oftest, jf. Figur 7-3. Blant de som har spesifisert svaret «annen hjelp», trekkes det fram økt forståelse, oppfølging og proaktivitet fra arbeidsgiver.

<sup>43</sup> Ikke statistisk signifikant ved bruk av enveis ANOVA ( $F(3.87) = 0.06, p = 0.809$ ).



Figur 7-3 Hvilken type hjelp har vært savnet? (N=49)

Figur 7.4 viser at selv om de fleste overlevende og ansatte ved Regjeringskvartalet fikk tilbud om hjelp kort tid etter hendelsen, var det fortsatt flere som ikke fikk dette tilbudet. Når det gjelder de som ikke var ansatt i Regjeringskvartalet (inkl. pårørende og etterlatte til ansatte) var det kommunen som hadde det primære ansvaret for oppfølging. Det har imidlertid blitt trukket fram fra noen respondenter at de som var i området rundt Regjeringskvartalet når hendelsen skjedde, i liten grad ble fulgt opp.



Figur 7-4 Ble du kort tid etter hendelsen kontaktet med tilbud om hjelp av kommunen du bodde i, eller arbeidsgiver/bedriftshelsetjenesten i Regjeringskvartalet? (N=49)

## 7.2.2 Synspunkter fra intervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og BHT

Tilbakemeldingene fra ledere, tillitsvalgte og verneombud som er intervjuet består gjennomgående av positive uttalelser i forhold til hvordan arbeidsgiver (departementene) og bedriftshelsetjenesten (BHT) fulgte opp de ansatte etter den 22/7, med tilbud om faglig og kollegial støtte, tid og forståelse for individuelle behov. Negative reaksjoner og tilbakemeldinger fra rammede i forhold til arbeidsgiver og helsetilbudet har vært få.

Våre informanter opplevde helsetilbudet som godt og adekvat – og som «passe proaktivt». Enkelte opplevde at tilbudt ekstern ekspertise kunne være litt tilfeldig med hensyn til faglig kompetanse i forhold til behov.

Vi registrerer spørsmål fra enkelte HR-ledere om at de medarbeiderne som fikk påvist posttraumatiske indikasjoner i den innledende kartleggingsrunden, burde vært fulgt opp ytterligere. Andre mener at tilbudet om oppfølging var tydelig for alle, og at det var riktig å ikke presse rammede medarbeidere ytterligere. Enkelte mener man burde hatt en mer omforent, tydelig og oppdatert faglig plattform for

den innledende behandlingen av de rammede, og referer bl.a. til beslutningen og diskusjonen om en generell debrifing og om spørsmålet om hva som er riktig nivå for «proaktivitet».

Sentrale faglige diskusjoner mellom fagmiljøene i tiden etter terrorbomben om riktig behandlingstilbud, synes likevel i svært begrenset grad å ha blitt registrert eller å ha skapt uro i Regjeringskvartalet.

### **7.2.3 Resultater fra tidlige spørreundersøkelser om hvordan rammede oppfattet helsetilbudet**

#### **Tidligfase**

Det framgikk av kommisjonens spørreundersøkelse til de berørte, at ansatte som deltok på bedriftshelsetjenestens informasjonsmøter, opplevde møtene som nyttige. Blant de ansatte som har svart på spørreundersøkelsen, og som benyttet seg av profesjonell hjelp etter hendelsen, benyttet 53,4 prosent seg av bedriftshelsetjenesten. Flertallet av de som benyttet seg av bedriftshelsetjenesten, opplevde at behandleren i bedriftshelsetjenesten viste vedkommende respekt, framsto som faglig dyktig og bidro til å redusere vedkommendes plager<sup>44</sup>.

#### **Oppfølging**

Flere meldte tilbake om at de opplevde et sterkt krav om å gå videre, men noen var redde for å bli vurdert som dårlig arbeidskraft, eller redde for at de aldri skulle bli bra<sup>45</sup>.

Undersøkelser viser stort sett godt arbeidsmiljø. Forskningen peker på at en høy grad av rolleklarhet og forutsigbarhet i arbeidet, samt god støtte fra nærmeste leder, har betydning for god psykisk helse hos de ansatte<sup>46</sup>.

### **7.2.4 Vurdering**

Spørreundersøkelsen viser at tilfredshet med bistanden de rammede har mottatt har vært varierende. Selv om nesten halvparten av respondentene i stor grad eller nokså stor grad er fornøyd med bistanden de har mottatt, er også rundt en fjerdedel ikke i det hele tatt fornøyd med bistanden de har fått. Rammede ved Regjeringskvartalet etterlyser oftest, i likhet med de rammede på Utøya, mer hjelp fra psykolog/psykiater.

Vi noterer tilbakemelding fra noen rammede som var i området rundt Regjeringskvartalet da hendelsen skjedde, at de i liten grad har blitt fulgt opp.

Ledere, tillitsvalgte og verneombud som er intervjuet har gjennomgående gitt positive tilbakemeldinger i forhold til hvordan arbeidsgiver (departementene) og Bedriftshelsetjenesten (BHT) fulgte opp de ansatte, med tilbud om faglig og kollegial støtte, tålmodighet/tid og forståelse for individuelle behov. Negative tilbakemeldinger fra rammede i forhold til arbeidsgiver og helsetilbudet har vært få.

## **7.3 Rolle, ansvar og oppgaver i bedriftsmodellen**

### **7.3.1 Kort om bedriftsmodellen**

Det er i henhold til arbeidsmiljøloven arbeidsgivers ansvar å *forebygge* yrkesrelaterte helseskader og å *ivareta* arbeidsrelaterte helseskader.

---

<sup>44</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

<sup>45</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap, s 71

<sup>46</sup> Rapport IS-2384 Helsedirektoratet (Kilder til framstillingen om rammede i Regjeringskvartalet er Birkeland, 2015, Hansen, 2013 og 2015, Hem, 2015, Helsedirektoratet, 2015 og Solberg, 2015)

For departementene gjelder arbeidsgiverens ansvar i utgangspunktet det enkelte departementet. Arbeidstakersiden i modellen støttes gjennom en godt innarbeidet verneombudsordning, foruten av den generelle tillitsmannsordningen og en felles bedriftshelsetjeneste. For sin løpende virksomhet i departementene, er arbeidsgivere og arbeidstakere sikret nødvendig helse- og arbeidsmiljøfaglig kompetanse gjennom den felles Bedriftshelsetjenesten (BHT) i Regjeringskvartalet.

BTH skal i den løpende virksomheten:

- utnytte organisasjonens samlede ressurser
- samarbeide med ledelse, verneombud og tillitsvalgte
- sikre nærhet til alle ansatte både formelt og uformelt
- ha myndighet til iverksettelse av tiltak lokalt  
ivareta helsekompetansen og utøve støtte for organisasjonen
- helse som krever oppfølging henvises til øvrig helsevesen

Dette omtales iblant som HMS-modellen, bedriftshelsemodellen eller bare bedriftsmodellen.

### 7.3.2 Bedriftsmodellen etter terrorangrepet

Bedriftsmodellen var i utgangspunktet definert for Regjeringskvartalets løpende, «normale» virksomhet. Intet var normalt den 22/7 eller dagene etterpå.

Den 22/7 hadde BHT gamle beredskapsplaner som ikke var oppdatert siden 2001. BHT hadde ingen avtaler/etablerte nettverk å spille på for å håndtere større kriser i 2011. Ifølge BHT-ansatte var BHTs rolle ved en katastrofe ikke definert.

I gjeldende beredskapsplan for BHT, sist revidert 2.10.2014, heter det nå:

- BHT skal delta i kriseledelsen i SAV, DSS eller andre instanser etter behov
- BHT skal sørge for å få oversikt over oppståtte kriser, departementenes behov for bistand og tilgjengelige ressurser i «vårt faglige nettverk»
- Koordinere informasjon og bistand fra BHT til departementene
- Skaffe til veie eksterne ressurser som kan ivareta BHTs ansatte f.eks. i form av psykologisk debrifing

Til tross for et punkt om å «få oversikt» over departementenes behov, vurderer vi dette mer som en intern plan for BHT ved kriser, enn en generell beredskapsplan for psykososial oppfølging i departementsfellesskapet.

Våren 2016 var det fremdeles ikke etablert formelle avtaler/nettverk som kan støtte BHT i nye katastrofesituasjoner og med oppfølgingen av medarbeidere etter slike.

### 7.3.3 Oppfølging etter 22/7

Flere departementer/HR-avdelinger tok allerede lørdag 23/7 kontakt med eksterne miljøer, og knyttet disse til seg for støtte og videre oppfølging av sine ansatte<sup>47</sup>.

Sikkerhetstjenesteavdelingen (SAV) og DSS som BHT tilhørte, var sterkt berørt av bomben. BHT tok i denne situasjonen et betydelig selvstendig ansvar og initiativ til å tilby alle ansatte som var på jobb, eller i umiddelbar nærhet da bomben eksploderte, fysisk og psykisk helsesjekk og oppfølging etterpå.

<sup>47</sup> Opplysninger fra Agenda Kaupangs intervjuer med HR-ansvarlige i departementene

Dette ble kommunisert søndag 24/7 til alle HR-lederne i departementene, på en samling ledet av fungerende leder i DSS.

DSS trakk BHT inn i kriseledelsen, hvor BHT ga råd om mental krisehåndtering. BHT bidro med informasjon og veiledning ved mange informasjonsmøter og allmøter i departementene og til et informasjonsmøte for den politiske ledelsen, der Forsvarets sanitet bidro.

BHT kontaktet samtidig Helsedirektoratet og eksterne fagmiljøer i og utenfor forvaltningen, for å få ressurser som kunne bistå. Eksterne miljøer meldte seg til disposisjon.<sup>48</sup>

Helsedirektoratet ga etter kort tid BHT en nøkkelrolle også i den videre psykososiale oppfølgingen av rammede i Regjeringskvartalet, skriver Helsedirektoratet i sin oppsummering. Ansvaret for den psykososiale oppfølgingen hos de berørte i Regjeringskvartalet ble lagt til departementenes bedriftshelsetjeneste. Her ble det bestemt at oppsøkende oppfølging skulle gis til alle som hadde vært på jobb på dagen for terrorangrepet. Det ble etter den første akutte fasen ansett som viktig med oppfølging via bedriftshelsetjenesten, siden hendelsen i stor grad preget hele arbeidsmiljøet. Selv om bedriftsmodellen innebar en særskilt oppfølgingsoppgave for BHT, lå det overordnede ansvaret for oppfølging hos kommunen<sup>49</sup>. Forholdet til og grensesnittet mot kommunen omtales nærmere i kapittel 8.

Våre funn fra intervjuene viser at det ble tatt en beslutning i Helsedirektoratets ledelse om at bedriftsmodellen skulle gjelde for ansatte i Regjeringskvartalet, men vi har ikke funnet dette skriftlig dokumentert. Helsedirektoratet holdt kontakten med BHT gjennom en arbeidsgruppe som ga innspill til arbeidet med samlinger av etterlatte.

### Helsetilbudet

I den første tiden etter terrorangrepet gjennomførte BHT, sammen med eksternt helsepersonell, døgnkontinuerlig telefonberedskap for Justisdepartementet sine ansatte i de to første ukene, og tok imot alle ansatte med akutte behov for bistand.

Alle som var på jobb i departementene eller i umiddelbar i nærheten av Regjeringskvartalet da bomben gikk av, fikk gjennom BHT tilbud om en helsesamtale etter noen uker. Nærmere 400 av de ca. 500 ansatte som var tilstede eller i nærheten, tok imot tilbudet. De samme ansatte ble kontaktet på telefon av BHT etter ca. 7–8 mnd., og ny kontakt ble tatt høsten 2012.<sup>50</sup>

Etter hvert foretok bedriftshelsetjenesten yrkesmedisinske undersøkelser av ansatte, med bistand fra eksterne miljøer. Spørsmålet om arbeidsgivers ansvar, og om det forelå yrkesskade med grunnlag for erstatningskrav, var sentralt, skriver Helsedirektoratet i sin oppsummering.<sup>51</sup> Enkelte ble henvist videre til spesialist for utredning og behandling, også med henblikk på å fastslå omfanget av en eventuell yrkesskade. De som hadde behov for samtale med psykolog, ble plukket ut.

Det ble anbefalt at de rammede ble innkalt til en 20 minutters konsultasjon med screeningskjema og vurdering av funksjon, arbeidsevne og nettverk. Den videre oppfølgingen ble anbefalt å være som i den kommunale modellen, med flere oppfølgingspunkter (etter 3–4 uker, 3–4 mnd. og 12 mnd.), men at dette skulle gjøres i BHT fremfor i det kommunale apparatet. Dette viser at BHT og departementfelleskapet tok en proaktiv rolle, i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet.

<sup>48</sup> Notat "Oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet etter 22.07" av Hoang Tran, 4.6.2012

<sup>49</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap

<sup>50</sup> Notat "Oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet etter 22.07" av Hoang Tran, 4.6.2012

<sup>51</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap

Ettersom BHT var knutepunktet for kontakt med helsetjenesten for de rammede og berørte fra Regjeringskvartalet, ble det aktuelt for BHT å bevege seg noe utenfor det som vanligvis er kjerneoppgavene, og for eksempel gi behandling ved søvnevansker. Hvis det var behov for ytterligere behandling, ble det anbefalt å henvise videre til fastlege, som så eventuelt kunne henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

Ifølge Helsedirektoratets «Læring for bedre beredskap» ble det anbefalt å foreta oppfølging også av familiene til de hardest rammede i regi av BHT der dette var mulig. Også etterlatte etter drepte ansatte ble anbefalt å bli inkludert i de tiltakene BHT iverksatte. For andre rammede i Regjeringskvartalet som ikke var ansatte i departementene, var det den enkelte hjemkommunen/-bydelen som var kontaktpunkt for videre oppfølging.

Man erfarte at behovet for oppfølging ikke var statisk, men fluktuerende, skriver Helsedirektoratet i sin oppsummering. Mange hadde behov for støttende oppfølging i form av samtaler individuelt eller i grupper over lengre tid. Noen få ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med første- og andrelinjetjenesten fungerte godt. Fastleger ble brukt for sykemeldinger. Sykefraværet økte ikke i særlig grad, skriver Helsedirektoratet<sup>52</sup>.

## Helsetilbudet

- BHT var operativ og med åpent hus fra kvelden 22/7
  - Fulgte opp hardt skadede ansatte og etterlatte i akutfasen. Henvisninger til spesialist- og primærhelsetjenesten
  - Lavterskeltilbud: Støtte- og hjelpeapparat med eksternt helsepersonell tok imot alle ansatte i departementsfellesskapet som hadde behov
  - BHT ledet mange gruppesamlinger i departementer og fulgte gruppene over tid
- Helseundersøkelser med systematiske oppfølginger
  - Ca. 500 ansatte som var tilstede eller i umiddelbart i nærheten av Regjeringskvartalet da bomben eksploderte fikk tilbud om systematisk oppfølging i form av helseundersøkelse (både fysisk og psykisk). Nærmere 400 ansatte tok imot tilbudet. Ansatte med behov ble henvist til ulike spesialister.
  - Telefonoppfølging av disse 7-8 mnd senere (fase 2 av den systematiske oppfølgingen)
  - Ny kontakt med disse høsten 2012 (fase 3) –
- Oppfølgingstilbud også til ansatte som ikke var tilstede ved eksplosjonen (
  - 24% av de ca 500 ansatte som var jobb opplevde posttraumatisk stresslidelse. 4% av de ca 3.500 som ikke var på jobb opplevde tilsvarende stresslidelser, over flere år og med like store funksjonelle konsekvenser, i hht NKVTS' undersøkelser (Ref IS 2384)
  - Forslaget fra professor Lars Weiseth og BHT om et prosjektbasert oppfølgingstilbud til de om lag 3500 ansatte som ikke var tilstede ved bombeeksplosjonen ble ikke fulgt opp, men samtlige med behov ble informert om muligheten til å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten – og mange gjorde også dette



BHT foreslo å organisere oppfølgingen av de mange ansatte som ikke var tilstede ved bombeeksplosjonen, som et prosjekt med egen styringsgruppe og prosjektgruppe. Det ble i stedet besluttet at samtlige ansatte med ønsker om oppfølging, skulle kunne kontakte BHT og få råd og støtte. Alle

<sup>52</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap, s 71

ansatte ble informert om dette og noen har også benyttet seg av tilbudet.<sup>53</sup> Bedriftshelsetjenesten utarbeidet videre et forslag til hvordan departementene kunne følge opp arbeidsmiljøet<sup>54</sup>.

### 7.3.4 Synspunkter på roller, ansvar og oppfølging

#### Synspunkter fra intervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og BHT

Inntrykket vi sitter igjen med etter intervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i BHT er at få i Regjeringskvartalet registrerte at det ble fattet noen sentral beslutning om BHTs ansvar for oppfølging av ansatte. Ingen syntes heller å etterspørre beslutningen – «Folk gjorde det som måtte gjøres».

Roller og ansvar var uklare, ifølge våre informanter, men dialogen og viljen var god. Enkelte HR-avdelinger er tydelige på at de oppfattet at ansvaret for oppfølgingen av deres ansatte lå hos dem, herunder ansvaret for å hente inn ekstern ekspertise med BHT som en støtteressurs ved behov. Dette fungerte godt for dem, og avlastet BHT i situasjonen. Andre HR -avdelinger oppfattet at BHT hadde mer eller mindre det totale oppfølgingsansvaret, og dette fungerte godt for dem.

Alle vi intervjuet mener at det var naturlig og klokt å la bedriftshelsetjenesten ta et koordinerende ansvar for den psykososiale oppfølgingen av ansatte etter katastrofen. BHT var godt kjent i departementene, hos ledelsen, tillitsvalgte og medarbeidere. Terskelen var lav for kontakt, og tilliten høy.

Det var få ledere som benyttet seg av tilbudet fra BHT. Det er likevel få som mener at nærheten kunne være en barriere for ledere som kunne trenge støtte, men som kanskje kunne være bekymret for å måtte eksponere svakheter på arbeidsplassen.

Intervjuede berømmer generelt innsatsen BHT gjorde umiddelbart etter 22/7 og senere med hensyn til å forberede og koordinere innsatsen til berørte. Det pekes spesielt på:

- Jevnlige informasjons- og koordineringsmøter ved BHT/DSS for ledere/HR-ledere fungerte godt i akutfasen – allerede fra den 24.7.2011.
- BHT formidlet raskt informasjon om mental krisehåndtering til departementfelleskapet og et lederopplæringsprogram v/NKVTS som forberedte og samkjørte ledernes oppmerksomhet på og oppfølging av medarbeidere.
- BHT ga også forslag til kollegastøtteordning og hvordan departementene kunne følge opp arbeidsmiljøet.
- BHT bisto departementene og berørte med informasjon og dokumentasjon om yrkesskade og melderutine til NAV og Statens Pensjonskasse (SPK), politi, bistandsadvokater, mv.

Årsaken til at enkelte departementer knyttet til seg ekstern ekspertise uten å gå gjennom BHT, forklares dels med at de opplevde at ansvaret for å følge opp deres ansatte først og fremst lå hos dem, dels med at de var klar over at BHT var en liten organisasjon, som under ingen omstendighet hadde kapasitet til å følge opp de mange rammede etter katastrofen.

Heller ikke våre informanter i BHT synes å ha noen klar oppfatning av at Helsedirektoratet hadde gitt dem et spesielt oppfølgingsansvar etter katastrofen. «Vi og alle andre gjorde det vi mente måtte gjøres», forteller de. Innsatsvilje og løsningsorientering i den ekstraordinære situasjonen erstattet på mange måter mangler i planverk, ledelse og struktur.

<sup>53</sup> Notat "Oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet etter 22.07" av Hoang Tran, 4.6.2012

<sup>54</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

Ifølge Helsedirektoratet ble kontaktpersonrollen definert som en vesentlig del av den psykososiale oppfølgingen både i bedrifts- og kommunemodellen. Våre intervjuer avdekker at ingen av de rammede i Regjeringskvartalet fikk personlige kontaktpersoner. Vi har heller ikke kunnet registrere at kontaktpersonrollen ble drøftet. Til gjengjeld peker de fleste på at den lille BHT-staben var tilgjengelige for alle, og at departementenes personalavdelinger også fungerte som støttepersoner. Vi oppfatter derfor at kontaktpersonrollen i praksis likevel delvis ble ivaretatt, selv om den ikke var et erkjent og benyttet begrep.

Ifølge BHT-ansatte var bedriftshelsetjenestens rolle ved en betydelig katastrofe ikke definert da terrorbomben sprang. Rollen er heller ikke avklart i dag, ref. kapittel 7.3.2. En medarbeider uttrykker dette slik: «BHT er tjenesteleverandør til hele departementsfellesskapet, og det krever at vi må ha nær kontakt med HR- avdelingene i alle departementene. I hvilket omfang vi kan hjelpe dem er ikke avklart, og det vil avhenge av mange faktorer som vi i dag ikke har oversikt over.»

På spørsmål om betydningen av manglende planer for organiseringen av oppfølgingstjenester etter katastrofen, svarer de fleste at viktigere enn planer er evnen til å kunne håndtere det uforutsigbare. «Man kan ikke planlegge enhver situasjon.»

BHTs leder og medarbeidere berømmes for sin evne til å snu seg rundt og finne løsninger, knytte og utnytte kontakter og for sin ekstraordinær personlige innsats i ukene og månedene etter katastrofen. BHT selv og informantene i departementene ønsker seg likevel oppdaterte beredskapsplaner og formaliserte avtaler med eksterne ressursmiljøer for håndtering og oppfølging av fremtidige kriser.

Sentrale faglige diskusjoner mellom fagmiljøene om riktig behandlingstilbud synes i begrenset grad å ha blitt registrert eller å ha skapt uro i Regjeringskvartalet.

**Ekspertgruppen Helsedirektoratet knyttet til seg** pekte på at<sup>55</sup>:

- BHT er kjent av alle og av organisasjonen
- BHT er ikke stigmatiserende
- BHT har forebyggende fokus
- BHT kjenner organisasjonen
- BHT fungerer som fasilitator mellom organisasjon og helsevesen
- BHT kan sikre kontinuitet
- BHT samarbeider med ledelse, TV, verneorganisasjon
- BHT er fleksibel

I beredskapsplanene til helsevesenet vises det til ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippene. Det at arbeidsgiveren fikk det primære ansvaret for støtten til de ansatte i Regjeringskvartalet er i tråd med disse prinsippene<sup>56</sup>.

## **22. juli-kommisjonen mente valget av bedriftsmodellen var godt og at bedriftshelsetjenesten lykkes med å organisere en god oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet**

22. juli-kommisjonen viste til helsevesenets vekt på ansvars-, nærhets- og likhetsprinsipper i sine beredskapsplaner, og skrev: «Det virker som den psykososiale støtten etter 22/7 i hovedsak er blitt gjennomført etter disse prinsippene, blant annet ved at kommunene har tatt ansvaret for å støtte de

<sup>55</sup> Lars Weisæth, prof.dr.med. (emeritus), Haugesundkonferansen 03.02.2015

<sup>56</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen



rammede fra Utøya, og ved at arbeidsgiveren fikk det primære ansvaret for støtten til de ansatte i Regjeringskvartalet»<sup>57</sup>.

Det framstod for kommisjonen som en riktig beslutning at arbeidsgiveren til de departementsansatte ved Bedriftshelsetjenesten (BHT) i Regjeringskvartalet fikk ansvaret for oppfølgingen av de ansatte etter 22/7: «Denne bedriftshelsetjenesten er organisert under Departementenes servicesenter (DSS) og var i utgangspunktet en liten organisasjon med bare sju ansatte. Likevel klarte bedriftshelsetjenesten å organisere en god oppfølging av de ansatte, både fysisk og psykisk».

### 7.3.5 Vurdering

Bedriftsmodellen var i utgangspunktet definert for Regjeringskvartalets løpende, «normale» virksomhet, ikke en krisesituasjon. Våre funn fra intervjuene viser at det ble tatt en beslutning i Helsedirektoratets ledelse om en videreføring av bedriftsmodellen og å gi bedriftshelsetjenesten et spesielt koordinerings- og oppfølgingsansvar, men vi har ikke funnet dette skriftlig dokumentert.

Få i Regjeringskvartalet registrerte at det ble fattet noen sentral beslutning om BHTs ansvar for oppfølging av ansatte. Ingen syntes heller å etterspørre beslutningen. «Folk gjorde det som måtte gjøres», forteller informantene.

Bedriftshelsetjenesten gjennomførte med sin lille stab et arbeid som har imponert alle vi har intervjuet. Departmentfellesskapet og bedriftshelsetjenesten tok fra første dag en proaktiv rolle, med kartlegging i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet. Ifølge intervjuene fikk ingen av de rammede i Regjeringskvartalet personlige kontaktpersoner. Til gjengjeld var den lille BHT-staben tilgjengelige for alle, og departementenes personalavdelinger fungerte som støttepersoner. I praksis ble kontaktpersonfunksjonen delvis ivaretatt gjennom BHT og de rammedes ledere, selv om rollen ikke var et erkjent og benyttet begrep.

Bedriftshelsetjenesten tok etter anbefaling fra direktoratet, initiativ til et prosjektbasert oppfølgings-tilbud til alle ansatte som ikke var tilstede ved eksplosjonen. Dette ble ikke fulgt opp, men alle fikk anledning til selv å kontakte bedriftshelsetjenesten.

Agenda Kaupang deler direktoratets syn på at det var riktig å videreføre bedriftsmodellen også i denne krisesituasjonen. Bedriftshelsetjenestens nærhet, tilgjengelighet, kunnskap om og posisjon i departementene var viktige suksessfaktorer. Samtidig var rollen uforberedt og fungerte kun fordi bedriftshelsetjenesten på eget og andres initiativ ble tilført ekstra kapasitet og kompetanse. Som valgt modell må det arbeides videre med planverket og avtaler som bedriftshelsetjenesten kan trekke på.

## 7.4 Organisering og ledelsesforankring

### 7.4.1 Beskrivelse

Det direkte *arbeidsgiveransvaret* i Regjeringskvartalet ligger i det enkelte departementet der den enkelte arbeidstager har sin arbeidsavtale.

Når det gjelder arbeidsmiljølovens krav til arbeidsgiverens helse- og miljøfaglig kompetanse og behovet for å kunne yte arbeidsrelaterte helsetjenester til de ansatte, støtter departementene seg til Bedriftshelsetjenesten (BHT). Den 22/7 i 2011 var BHT en seksjon i Sikkerhetsavdelingen (SAV) i DSS, underlagt Forbruker og administrasjonsdepartementet (FAD). I 2016 er BHT en seksjon i Fellesadministrativ avdeling (FAV) i DSS, som nå er underlagt Kommunal og moderniseringsdepartementet (KMD).

---

<sup>57</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

Når det gjelder arbeidsrettslige spørsmål, benytter departementene gjerne Arbeidspolitisk avdeling, som har det overordnede ansvaret for statens arbeidsgiverpolitikk. I 2011 lå denne avdelingen i FAD. Nå ligger avdelingen i KMD.

Fra og med søndag 24.7.2011 ble det holdt informasjons- og koordineringsmøter for departementene i regi av DSS. Allerede fra første informasjons- og koordineringsmøte ble det gitt informasjon om og retningslinjer til departementene om at hensynet til de rammede skulle ha høyeste prioritet i departementene, og BHT formidlet sitt tilbud om å gi alle ansatte i departementene som var på jobb, eller i umiddelbar nærhet da bomben eksploderte, fysisk og psykisk helsesjekk og oppfølging etterpå.<sup>58</sup>

Enkelte departementer /HR-avdelinger tok allerede lørdag 23.7.2011 kontakt med og knyttet til seg eksterne fagmiljøer for psykososial støtte og oppfølging av sine ansatte.

Som referert i avsnitt 7.3.3 la Helsedirektoratet etter kort tid ansvaret for den videre psykososiale oppfølgingen av rammede i Regjeringskvartalet til BHT<sup>59</sup>.

BHT var da allerede i gang med oppgaven og fikk raskt distribuert et infoskriv til departementene om mental krisehåndtering på individnivå, og tok initiativ til og ledet og fulgte opp mange gruppesamlinger i departementene over tid. Sammen med professor Weisæth utarbeidet BHT et to-timers lederprogram, som ble gjennomført for ledere i departementene. Opplegget ble også presentert for alle ansatte i flere departementer.<sup>60</sup>

Videre holdt BHT regelmessige møter med personalsjefene, verneombud og tillitsvalgte med hensikt å informere fortløpende om BHTs aktiviteter, svare på spørsmål og fange opp behov fra departementene. I den første tiden etter terrorhendelsen gjennomførte BHT et lederopplæringsprogram i departementene.<sup>61</sup> Hensikten var å forberede departementenes ledere på hvordan de skulle håndtere sitt lederansvar i forhold til rammede medarbeidere, herunder forstå symptomer på post-traumatisk stress, hvordan rammede medarbeidere kan hjelpes og hvordan de kan hjelpes tilbake til en normal arbeidshverdag.

## 7.4.2 Synspunkter på organisering og ledelsesforankring

### Synspunkter fra intervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og BHT

Som nevnt tidligere var forståelsen av formelle roller og ansvar etter terroraksjonen uklart i Regjeringskvartalet, men dialogen og viljen til innsats for de rammede var stor. Få av våre informanter i Regjeringskvartalet registrerte at det ble fattet noen sentral beslutning om en «bedriftsmodell» og BHTs ansvar for oppfølging av ansatte innenfor denne.

I praksis tok BHT en sentral koordinerende rolle, som ingen var i tvil om. Ingen syntes heller i tvil om at departementene måtte og skulle ta sitt arbeidsgiveransvar overfor rammede medarbeidere alvorlig i den oppståtte krisesituasjonen.

Flere ledere påpeker det viktige i at det ble arrangert informasjonsmøter og kurs med fagfolk for ledere i departementene, slik at lederne kunne kjenne igjen symptomer på posttraumatisk stress og få kunnskap om hvordan de som ledere og kolleger kan håndtere dette på en god måte. BHT ble oppfattet som en viktig pådriver og koordinator for dette.

<sup>58</sup> Notat «Oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet etter 22.07» av Hoang Tran, 4.6.2012

<sup>59</sup> IS-1984: Helsedirektoratet: Læring for bedre beredskap, s 70

<sup>60</sup> Notat "Oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet etter 22.07" av Hoang Tran, 4.6.2012

<sup>61</sup> IS-2384 Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011, Helsedirektoratet 10/2015

Både skriftlig informasjon og orienteringer fra departementenes ledere etterlot ingen tvil om at arbeidsgiveren tok ansvaret, forteller tillitsvalgte/medarbeidere og verneombud vi har intervjuet. De er samstemte i sin positive omtale av den støtte og vilje lederne viste i forhold til å prioritere hensynet til rammede. Lederne ønsket og bidro til å gi rammede nødvendig faglig oppfølging og tid til å komme seg tilbake til normal arbeidssituasjon, blir vi fortalt. Enkelte ledere berømmes spesielt for sin håndtering – andre for å ha vist nye og positive sider av seg selv som leder.

Blant medarbeidere i BHT, registrerer vi spørsmål ved om bedriftshelsetjenestens organisatoriske plassering kan ha påvirket – og påvirker – tjenestens rolle som premissleverandør, rådgiver, koordinator og sentral leverandør av helsetjenester. Ledere, tillitsvalgte og verneombud i departementene mener at dette har liten betydning. BHT er svært godt kjent i departementene, og tilliten til deres kompetanse og tjenester er stor. Deres rolle og betydning som premissleverandør til departementenes overordnede policies og planer innenfor det psykososiale området er først og fremst avhengig av kompetanse og egenskaper hos leder og medarbeidere, blir det hevdet.

BHT stod organisatorisk og ledelsesmessig i en spesiell situasjon etter terrorangrepet, som rammet BHTs overordnede avdeling hardt. Medarbeidere i BHT forteller at dette forsterket presset på daværende leder og på medarbeiderne i bedriftshelsetjenesten. BHTs leder måtte fylle flere roller og bruke sin tid på helt nødvendig sentral kommunikasjon, koordinering og kontakter med eksterne fagmiljøer, mens BHTs medarbeiderne måtte ta lokale beslutninger og disponere sine krefter og kompetanse i stor grad etter eget skjønn. Ingen stoppet dem – og de strakk seg lenger enn noen kunne forvente, forteller øvrige informanter. Her var det heller ikke rigget noe apparat for debrifing og støtte til medarbeiderne som sto i krisen nesten døgnet rundt i månedsvis, ut over det den enkelte tok seg til selv, men som regel ikke fant tid til å prioritere. Vi manglet ledere som kunne ta ansvar for oss som medarbeidere, blir det sagt. «Hvem hjalp hjelperne», spør tidligere medarbeidere.

### **Arbeidsmiljøundersøkelser**

Arbeidsmiljøundersøkelser som ble utført i de fleste departementene på tidspunktene 10 måneder, 22 måneder og 34 måneder etter terrorhendelsen viste at de ansatte stort sett opplevde god ledelse og et godt arbeidsmiljø. Undersøkelsene ble utført som et samarbeid mellom Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og NKVTS. For tre departementer der STAMI hadde utført tilsvarende arbeidsmiljøundersøkelser i årene forut for terrorhendelsen, ser det ikke ut til å være vesentlige endringer i opplevelsene av ledelse og arbeidsmiljø fra før til etter katastrofen<sup>62</sup>.

### **7.4.3 Vurdering**

Skriftlig informasjon og orienteringer fra departementenes ledere som ble sendt ut umiddelbart etter bombeeksplosjonen etterlot ingen tvil om at departementene tok sitt arbeidsgiveransvar, ifølge tillitsvalgte/medarbeidere og verneombud vi har intervjuet. Likeledes ble det gitt grundig informasjon om bedriftshelsetjenestens tilbud og rolle som faglig støttespiller og koordinator. Informantene er positive i sin omtale av den støtte og vilje lederne viste i forhold til å prioritere hensynet til rammede i tiden etter eksplosjonen. Bedriftshelsetjenesten sammen med ekstern ekspertise, bidro på sin side til å forberede og trene lederne i departementene på hva de kunne vente av traumatiserte medarbeidere, og hvordan disse kunne hjelpes. Dette er viktig kunnskap, som etter vår vurdering bør inngå i departementenes rutinemessige kurstilbud og lederutvikling.

---

<sup>62</sup> IS-2384 Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011, Helsedirektoratet 10/2015

## 7.5 Ressurser /kompetanse

### 7.5.1 Beskrivelse

Bedriftshelsetjenesten besto den 22/7 av én lege, to psykologer, to fysioterapeuter, én sykepleier og én helsesekretær. BHT ble etter hvert styrket med en psykolog, en sykepleier og en sykepleier til.<sup>63</sup>

I tillegg til å benytte egne ressurser knyttet BHT til seg ekstern ekspertise og helsepersonell. Sentrale rådgivere i forhold til bl.a. planlegging av helseundersøkelsen og lederprogrammet var professorer og psykiatere fra Universitetet i Oslo, Sykehuset i Østfold og Norsk kompetansesenter mot vold og traumatisk stress (NKVTS).

Flere frittstående psykiatere og psykologspesialister fra Utenriksdepartementet, Senter for traumepsykologi, Universitetet i Agder og Hjelp 24 hjalp til i den akutte fasen med individuelle samtaler og gruppesamlinger. Det gjorde også en gestaltterapeut (E 24) og Forsvarets sanitet (FSAN/KPS), som også bidro ved et informasjonsmøte for politisk ledelse.

Følgende institusjoner bidro med leger og sykepleiere til å gjennomføre helseundersøkelsen:

- NSB, BHT
- Oslo universitetssykehus
- Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Flymedisinsk institutt
- Stortingets BHT
- AF gruppen, BHT
- Alnes HMS senter
- Hjelp 24
- Umoe, BHT

### Bedriftshelsetjenesten i dag

BHT er i dag en seksjon i Fellesadministrativ avdeling (FAV) i DSS, nå underlagt KMD. BHT ledes nå av en bedriftspsykolog. Staben består av 1 lege, 2 psykologer, 3 fysioterapeuter, 2 sykepleiere og 1 helsesekretær. Tidligere leder og en psykolog hadde da terrorangrepet skjedde, krisehåndterings- og traumekompetanse. Begge sluttet i 2013, to år etter terrorhendelsen. Staben er for øvrig som tidligere, men supplert med en ny psykolog med traumekompetanse. Erfaringsgrunnlaget med hensyn til krisehåndtering og psykososial oppfølging er rimeligvis et helt annet i staben i dag. Det er fremdeles ikke etablert formelle nettverk som BHT kan trekke på i en ny krisesituasjon.

### 7.5.2 Synspunkter på ressurser/kompetanse

#### Synspunkter fra intervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og BHT

Vi registrerer nesten kun positive tilbakemeldinger fra våre intervjuer både på BHTs rolle og på den interne og eksterne kompetansen som ble gjort tilgjengelig for departementene fra 22/7 og senere. Tilgangen til ekstern ekspertise og rådgivere, og adgangen til primær- og spesialisthelsetjenesten oppfattes av informantene som god, men litt tilfeldig.

BHTs leder og medarbeidere berømmes for sin evne til å snu seg rundt og finne løsninger, knytte og utnytte kontakter og for sin ekstraordinær personlige innsats i ukene og månedene etter katastrofen.

<sup>63</sup> Notat "Oppfølging av ansatte i Regjeringskvartalet etter 22.07" av Hoang Tran, 4.6.2012

Flere peker på at evnen til å håndtere det uforutsigbare styrkes ved å etablere formaliserte nettverk man kan trekke på under en krise og i tiden etterpå; og gjennom jevnlig øvelser med disse, ikke minst når det gjelder riggingen av psykososiale kriseteam og situasjoner der sentrale BHT-aktører og ledere blir slått ut. Som naturlige partnere for et slikt nettverk pekes det på andre offentlige etater og virksomheter, academia og eksterne fagmiljøer.

Det påpekes som nyttig at det ble arrangert informasjonsmøter og kurs med fagfolk fra BHT og eksterne miljøer for medarbeidere og ledere i de forskjellige departementene. Flere ønsker at kurs i traumehåndtering og psykosial oppfølging av medarbeidere i et ledelsesperspektiv er noe som bør inngå i departementenes generelle lederopplæring fremover.

Fagmiljøers ulike og til dels doble roller som rådgivere og forskere i tiden etter terrorbomben oppleves i liten grad som problematisk. Vi registrerer stor forståelse for forskernes behov for undersøkelser – men også for ikke å overbelaste de rammede.

## **22. juli-kommisjonen og Helsedirektoratets vurderinger**

Det oppsto naturlig nok utfordringer knyttet til den omfattende oppgaven bedriftshelsetjenesten var tildelt, men de fikk faglig støtte fra sentrale helsemyndigheter, konstaterer 22. juli-kommisjonen.<sup>64</sup>

1111 departementsansatte har svart at de deltok på informasjonsmøter i regi av bedriftshelsetjenesten vedrørende hendelsene. Flertallet av dem som deltok på informasjonsmøtene, mente møtene var nyttige. 1813 respondenter har svart at de ble tilbudt profesjonell hjelp til håndteringen av reaksjoner knyttet til 22/7. Bedriftshelsetjenesten og fastlegen var de instansene som ble benyttet i størst grad. Respondentene opplevde at bedriftshelsetjenesten og fastlegen viste respekt og framsto som faglig dyktige, samt at instansene bidro til å redusere plager. I fritekstfeltene til de departementsansatte framgår det at mange mener helsevesenets håndtering av hendelsene generelt var veldig god. Det påpekes imidlertid av flere at det er lokale kommunale forskjeller på den etterfølgende psykososiale oppfølgingen, og at kriseberedskapen for psykososial oppfølging oppleves som noe mangelfull<sup>65</sup>.

### **7.5.3 Vurdering**

Bedriftshelsetjenesten var den 22/7 og er heller ikke i dag satt opp til å kunne håndtere en større katastrofe i Regjeringskvartalet. Bedriftshelsetjenesten og departementene håndterte katastrofen ved å trekke på et stort antall eksterne miljøer innen og utenfor statsforvaltningen. Våre informanter omtaler det eksterne nettverket som dyktig, men tilfeldig. Det lå heller ingen etablerte planverk eller avtaler til grunn som sikret den psykososiale oppfølgingen av medarbeidere i tiden etter eksplosjonen. Alt var basert på uformelle nettverk og frivillig innsats.

Det er åpenbart at evnen til å håndtere det uforutsigbare styrkes ved å etablere formaliserte nettverk man kan trekke på under en krise og i tiden etterpå; og gjennom jevnlig øvelser med disse. Det bør foreligge planer for å kunne sette opp og lede et psykososialt kriseteam av tilstrekkelig størrelse tilpasset ulike scenarios, også i situasjoner der sentrale BHT-aktører og ledere blir slått ut. Vi er enige i at naturlige partnere for et slikt nettverk bør etableres på tvers av offentlige etater og virksomheter, academia og eksterne fagmiljøer. Det påpekes som nyttig at det ble arrangert informasjonsmøter og kurs med fagfolk fra BHT og eksterne miljøer for medarbeidere og ledere i de forskjellige departementene. Kurs i traumehåndtering og psykosial oppfølging av medarbeidere i et ledelsesperspektiv er noe som bør inngå i departementenes generelle lederopplæring fremover, jf. kapittel 7.4.3.

<sup>64</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

<sup>65</sup> NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

## 8 Helse­direktoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av modellene

­ Dette kapitlet beskriver og vurderer vi Helse­direktoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av den proaktive kommunemodellen og bedriftsmodellen i forbindelse med oppfølgingen av rammede etter den 22. juli 2011. Vurderingen omfatter ikke spesialisthelsetjenestens rolle. Kapittel 8.1 gir vi en overordnet beskrivelse av Helse­direktoratets rolle, organisering og sentrale tiltak som ble iverksatt. I kapitlene 8.2, 8.3 og 8.4 beskriver vi nærmere Helse­direktoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av den proaktive kommunemodellen. I kapittel 8.5 omtaler vi kort Helse­direktoratets rolle knyttet til Bedriftsmodellen. I kapittel 8.6 gir vi vår samlede vurdering og peker på mulige forbedringsområder.

### 8.1 Helse­direktoratets overordnede rolle, organisering og sentrale tiltak

#### 8.1.1 Helse­direktoratets overordnede rolle når krise truer eller har inntruffet

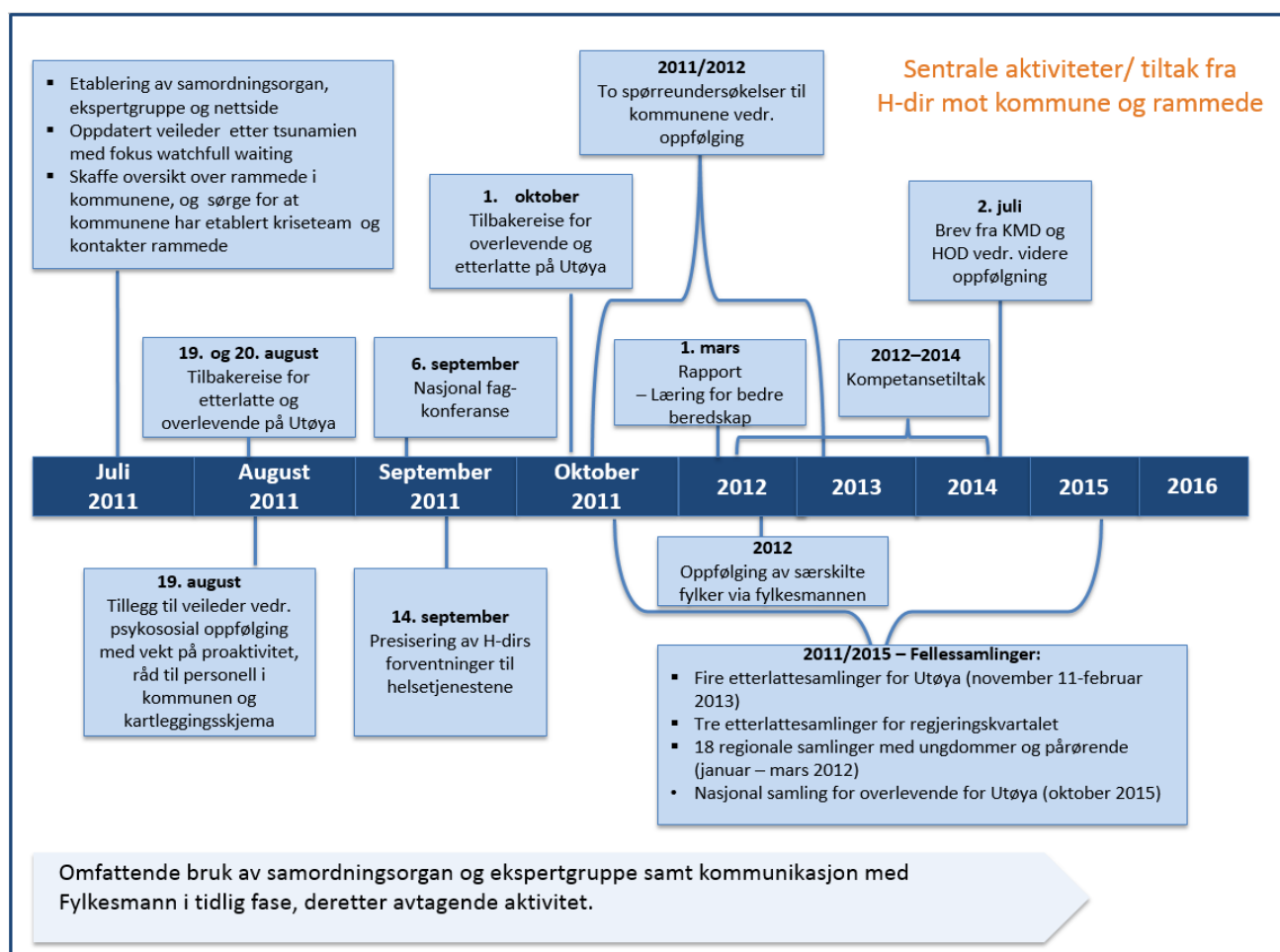
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har delegert ansvar til Helse­direktoratet for overordnet koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og for å iverksette nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. I tråd med dette fikk Helse­direktoratet ansvar for å sikre et godt nok psykososialt oppfølgingstilbud i kommunene etter 22/7. Ansvaret innebærer blant annet å bidra til å ivareta god samhandling, koordinering og dialog med berørte parter i helse- og sosialsektoren, direktoratet og andre faginstanser i andre sektorer. Videre skal direktoratet gi retningslinjer, råd og veiledning til kommunene som folkehelsemyndighet og til helsetjenesten, gjennom Fylkesmannen, og tilrettelegge for øvelser og kompetansetiltak. Ansvaret innebærer også å motta og sammenstille rapporter fra regionale helseforetak og fylkesmenn for en samlet rapportering til HOD.<sup>66</sup>

#### 8.1.2 Oversikt over sentrale tiltak som ble iverksatt

Helse­direktoratet tok en aktiv rolle i oppfølgingen, og figuren på neste side viser en oversikt over sentrale tiltak fra Helse­direktoratet mot kommunene og de rammede. Kompetansemiljøene ble brukt aktivt, og kommunikasjonen via fylkesmannen for å nå ut til kommunene var omfattende. En kronologisk framstilling er vist i figuren under.

---

<sup>66</sup> <https://helse­direktoratet.no/beredskap-og-krisehandtering/samfunnssikkerhet-helseberedskap-og-krisehandtering>



Figur 8-1 Kronologisk framstilling av sentrale aktiviteter fra Helsedirektoratet mot Fylkesmannsembetet, kommuner og rammede

Oversikten viser følgende kronologisk hovedbilde:

- I juli 2011 umiddelbart etter hendelsen, er det fokus på å få oversikt over rammede i kommunene og sikre at kommunen har etablert kontaktinformasjon og mobilisert kriseteam. Oppdatert veileder for psykososial oppfølging med fokus på «watchful waiting», etter tsunamien i 2004, sendes kommunene via fylkesmannen, og informasjon og råd til befolkningen utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med kompetansemiljøene legges ut på nettsiden helsenorge.no. Videre etableres en samordningsgruppe og ekspertgruppe med representanter fra kompetansemiljøene, offentlige virksomheter og frivillige organisasjoner som brukes aktivt i arbeidet med utvikling og oppfølging av det psykososiale arbeidet.
- August 2011: Tillegget til veilederen med en anbefaling om en proaktiv holdning, råd til helsepersonell og skjema for kartlegging av plager og symptomer for ungdom og voksne som befant seg på Utøya sendes til kommunene via fylkesmannen. Det gjennomføres tilbakereiser for overlevende og etterlatte på Utøya.
- September 2011: Det arrangeres nasjonal fagkonferanse for personell med ansvar for psykososial oppfølging i helsetjenesten. Det går ut brev til kommunene via fylkesmannen, der direktorater presiserer sine forventninger til helsetjenestene.
- Oktober 2011: Det gjennomføres tilbakereise for overlevende og etterlatte på Utøya for de som ikke deltok på samling i august.

- 2011 og 2012: Det gjennomføres to spørreundersøkelser til kommunene vedrørende den psykososiale oppfølgingen og erfaringsrapporten – Læring for bedre beredskap utarbeides. Direktoratet har fokus på oppfølging av kommuner i særskilte fylker via fylkesmannen.
- 2011–2015: Det gjennomføres fellessamlinger nasjonalt og regionalt for rammede; etterlatte-samlinger, regionale samlinger med ungdommer og pårørende, og en nasjonal samling for overlevende på Utøya. Målet med samlingene var å fremme likemannstøtte og å støtte oppunder de etterlattes sorgprosess i tråd med internasjonale erfaringer fra tidligere katastrofer.<sup>67</sup>
- 2014: Brev fra KMD og HOD vedr. behovet for langsiktig psykososial oppfølging i 2–5 år.
- 2012–2014 Midler til kompetanseutviklingstiltak for å styrke kriseteamene, traumefokusert behandlingsmetode i spesialisthelsetjenesten samt styrkekompetansen ved familiekontorene for å bidra til økt fokus på familieperspektivet.

Helsedirektoratet brukte samordningsgruppen og ekspertgruppen aktivt i arbeidet, og kommunikasjon med fylkesmannen er omfattende i tidlig fase, og deretter blir aktiviteten avtagende. Ifølge Helsedirektoratet hadde Helsedirektoratet møter med Oslo Tingrett og Oslo kommune for å unngå at rettssaken som begynte 16.4.14 og varte i 10 uker skulle medføre større belastninger enn nødvendig for de rammede, dvs. sikre at helseloppfølgingen og beredskapen var god nok. Det ble også arrangert flere møter i kompetansenettverk som Helsedirektoratet hadde ansvar for med aktuelle kompetansemiljøer, fylkesmann og noen kommuner.

### 8.1.3 Etablering og bruk av samarbeidsorgan og ekspertgruppe

Helsedirektoratet innkalte kompetansemiljøene allerede om kvelden den 22/7. Det var da klart at omfanget av hendelsene ville omfatte mange hundre mennesker. På møtet ble det tydelig at fagmiljøene hadde noe ulike faglige tilnærminger på håndtering av traumer og sorg knyttet til psykososial oppfølging av rammede. Etter forslag fra assisterende helsedirektør, ble det derfor allerede 23.7.11, besluttet å opprette et samarbeidsorgan og en ekspertgruppe for å sette i gang tiltak for å sikre psykososial oppfølging og en faglig forankring i ulike fagmiljøer, samt unngå unødige diskusjoner mellom eksperter i mediene<sup>68</sup>. Samarbeidsorganet fikk oppgaven å:

*Bistå norsk helsetjeneste med den psykososiale oppfølgingen i etterkant, og være et rådgivende organ overfor kommunene og frivillige organisasjoner i deres håndtering av krisestøttearbeidet lokalt. Konsensus knyttet til råd skulle dokumenteres underveis (KU-logg 25. juli 2011)<sup>69</sup>*

Samarbeidsorganet besto av sentrale aktører innen frivillig og offentlig sektor som ble ansett å være av betydning i arbeidet med helsemessig og psykososial oppfølging. Det eksisterte ingen oversikt over relevante aktører for oppfølging av helsemessig og psykososial oppfølging og heller ingen kontaktinformasjon. Helsedirektoratet gjorde derfor en skjønnsmessig vurdering av hvem som skulle inviteres til å delta i arbeidet.<sup>70</sup> Samarbeidsorganet hadde sitt første møte 24.7.11 og hadde en eller flere representanter fra 38 virksomheter og organisasjoner. Ekspertgruppen med et arbeidsutvalg ble etablert som en undergruppe av samarbeidsorganet med faglig tyngdepunkt i NKVTS og SfK. Ekspertgruppen hadde representanter fra 16 virksomheter/organisasjoner, mens arbeidsutvalget i tillegg til NKVTS og SfK besto av en representant fra Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) og Arbeiderpartiet.

<sup>67</sup> St.prp HOD 2013–2014)

<sup>68</sup> "Læring for bedre beredskap" s 86, Helsedirektoratet Helsedirektoratet 1.3.2012

<sup>69</sup> «Fra sjokk til mestring», Norges respons på et nasjonalt traume, Freja Ulvestad Kärki, Lars Weisæth (red), 2014, side 155

<sup>70</sup> "Læring for bedre beredskap" s 86, Helsedirektoratet Helsedirektoratet 1.3.2012



Begge gruppene ble ledet av Helsedirektoratet (assisterende helsedirektør ledet samordningsgruppen, mens divisjonsdirektør Primærhelsetjenesten ledet ekspertgruppen). Mens samarbeidsorganet skulle bidra til å sikre forankring og retning på arbeidet, skulle ekspertgruppen, og dennes arbeidsutvalg, bidra til at modellen som skulle utvikles og implementeres var forankret i den mest oppdaterte internasjonale og nasjonale kunnskapen inn i arbeidet. Direktoratet tok beslutninger basert på faglige innspill og synspunkter i samarbeidsorganet og ekspertgruppen.

Det var hyppige møter de første ukene og Samarbeidsorganet, Ekspertgruppen og direktoratet jobbet tett sammen. Etter hvert avtok møtehyppigheten. Det ble avholdt 11 møter i Samarbeidsorganet i perioden 2011–2015, det siste i juni 2015.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Møter i Samarbeidsorgan og Ekspertgruppe:

- 24.07.11. Samarbeidsorganet
- 29.07.11. Samarbeidsorganet + Ekspertgruppen
- 03.08.11. Samarbeidsorganet + Ekspertgruppen
- 17.08.11. Ekspertgruppen
- 26.08.11. Samarbeidsorganet + Ekspertgruppen
- 20.10.11. Samarbeidsorganet + Ekspertgruppen
- 16.12.11. Samarbeidsorganet
- 14.03.12. Samarbeidsorganet
- 14.06.12 Samarbeidsorganet
- 12.10.12 Samarbeidsorganet +Ekspertgruppen
- 19.12.2013 Samarbeidsorganet
- 09.6.2015 Samarbeidsorganet (siste møte)

## Sammensetning av samarbeidsorganet og ekspertgruppen

### **Samarbeidsorganet**

Samarbeidsorganet besto av en eller flere representanter fra følgende 38 virksomheter og organisasjoner (i alfabetisk rekkefølge):

*Arbeiderpartiet, Barneombudet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Den Norske kirke, Den norske legeforening, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Forsvarets stressmestringsteam, Fylkesmannsembetene, Helse Sør-Ost, Human-Etisk Forbud, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Islamsk Råd Norge, Kirkerådet, Kommunesektorens interesse- og serviceorganisasjon (KS), Kunnskapsdepartementet, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU), Mental Helse, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI), Nasjonalforeningen for folkehelsen, Nasjonalt Støttegruppenettverk, Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM), Norsk psykiatrisk forening (Npf), Norsk folkehjelp, Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress, Norske Kvinners Sanitetsforening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Politidirektoratet, Politiet, Redd Barna, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Røde Kors, Senter for Krisepsykologi AS, Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (SOHEMI), UNICEF Norge, Utdanningsdirektoratet og Voksne for barn.*

### **Ekspertgruppen**

Ekspertgruppen hadde fra representanter fra 16 virksomheter/organisasjoner:

*Arbeiderpartiet, Bufdir, Den Norske Kirke, Den norske legeforening, Forsvarets stressmestringsteam, Helse Sør-Øst, KS, NAKMI, NFA, NORSAM, Npf, NKVTS (3 representanter), Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Politiet og SfK (3 representanter).*

Arbeidsutvalget utgjorde NKVTS (3 personer) og SfK (3 personer), Arbeiderpartiet og NAKMI.

## Koordineringsgruppe forskning

Kort tid etter terrorangrepet 22/7 ble det klart at flere forskningsmiljøer ønsket å kontakte de rammede for å be de delta i forskning, særlig helseforskning. Flere aktører etterlyste behovet for å koordinere forskningen for å unngå unødvendig belastning på de rammede, men også for å få mest mulig nytte av forskningen. Spørsmålet ble drøftet i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning 2.11.2011. I etterkant av et seminar i Helsedirektoratet 2.3.2012, ga Helsedirektoratet De nasjonale forskningsetiske komiteene ansvar for å håndtere koordineringsfunksjonen. Sluttrapport for koordineringsgruppa for 22. juli (ikke datert) oppsummerer arbeidet og erfaringer.

## Internasjonalt fagråd

Helsedirektoratet etablerte et internasjonalt fagråd med representanter fra helsemyndigheter i Sverige, Danmark, Finland, Island, Storbritannia og Spania. Fagrådet evaluerte og ga råd primært knyttet til helsemyndighetenes oppfølging i akutt-/tidligfase av arbeidet. Fagrådets vurderinger og anbefalinger er oppsummert i vedlegg til Helsedirektoratets rapport «Læring for beredskap», 2012.

### 8.1.4 Organisering av den psykososiale oppfølgingen i Helsedirektoratet<sup>72</sup>

Helsedirektoratet har en kjerne av medarbeidere som arbeider med beredskap og hver divisjon har sin kriseplan som de skal vurdere hvordan de skal følge opp i en gitt situasjon. Store deler av organisasjonen ble mobilisert i arbeidet med oppfølgingen av terrorhendelsene 22/7. Alle var sterkt motiverte for å bidra i arbeidet.

<sup>72</sup> Beskrivelsen er basert på intervjuer i Helsedirektoratet og "Læring for bedre beredskap" Helsedirektoratet 01.03.2012 side 90

Når det gjelder den psykososiale oppfølgingen etablerte direktoratet et eget prosjekt for å lede og koordinere arbeidet, *Helsedirektoratets hovedprosjekt for helsemessig og psykososial oppfølging etter 22. juli hendelsene*. Prosjektet ble forankret og ledet av divisjon for primærhelsetjeneste, avdeling for psykisk helse og rus. Prosjektet har vært ledet av en psykologspesialist. Det ble valgt en fleksibel prosjektorganisering med delprosjekter med representasjon fra et større antall avdelinger fra ulike divisjoner. Det første året deltok ca. 10–12 medarbeidere, og deretter ble dette gradvis redusert og tilpasset aktivitetene. Prosjektet ble formelt avsluttet desember 2015. Alle aktiviteter fra prosjektavslutningen ble overført til linjen gjennom en oppfølgingsplan.

Prosjektet hadde først og fremst fokus på utvikling, implementering og oppfølging av den proaktive kommunemodellen, og var i involvert i utviklingen og gjennomføringen av bedriftsmodellen i en konsultativ rolle. Bedriftsmodellen ble først og fremst håndtert av assisterende helsedirektør og i nært samarbeid med NKVTS.

Prosjektet har hatt jevnlig kontakt med Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene, samt med kompetansemiljøene. Prosjektet har koordinert arbeidet med fagkonferansen, kompetansenettverket, skoleoppfølgingen og arrangementen av de kollektive samlingene. Prosjektet har også hatt kontakt med forskningsmiljøene og koordinert forskningsinnsatsen.

Helsedirektoratet etablerte tidlig en arbeidsgruppe som har ivaretatt minoritetsperspektivet i oppfølgingsarbeidet. Videre samarbeidet direktoratet med Utdanningsdirektoratet om psykososial oppfølging av elever i skolen<sup>73</sup>.

I den innledende fasen ønsket «alle» å bidra, ifølge våre informanter, og det ble nedlagt et betydelig arbeid med å rigge en god intern organisering og allokering av ressurser. Helsedirektoratet ble ikke tilført ekstra midler til det psykososiale oppfølgingsarbeidet i en tidlig fase, selv om direktoratet selv mente de trengte dette. Det ble gjort omprioritering innenfor tildelte budsjettammer og igangsatt enkelte aktiviteter man ikke hadde midler til. Fra Helsedirektoratets informanter opplyses det at omprioriteringen i noen grad gikk utover andre oppgaver som var gitt i tildelingsbrevet.

Våre informanter er av den oppfatningen at den interne organiseringen i all hovedsak fungerte bra, selv om det i den tidlige fasen var noe kaotisk. Det ble nedlagt en betydelig arbeidsinnsats under de to første årene, ikke minst under det første halve året, og en utfordring var å håndtere den store belastningen på enkeltpersoner over tid.

I de følgende kapitlene utdyper vi Helsedirektoratets rolle relatert til fasene utvikling, formidling og oppfølging av modellen, samt Helsedirektoratets operative rolle med hensyn til å arrangere nasjonale og regionale samlinger for de rammede.

## 8.2 Utvikling av den proaktive kommunemodellen

Når det gjelder utvikling av den psykososiale oppfølgingsmodellen ble samarbeidsorganet og ekspertgruppen opprettet som rådgivende grupper for Helsedirektoratet (jf. 7.1.3). Hensikten var å sikre faglig forankring i ulike fagmiljøer for psykososiale tiltak som skulle settes i gang, samt unngå unødige diskusjoner mellom eksperter i mediene. Et viktig mål var å sikre sektorovergripende informasjonsutveksling og smidig samarbeid til enhver tid. Fokuset skulle hele veien være på de som var rammet og berørt og å sikre best mulig oppfølging for disse gruppene.

I et notat 28.7.2011 presenterte NKVTS forslag til modeller for oppfølging av rammede på Utøya og i Regjeringskvartalet. Modellene fikk tilslutning fra andre fagmiljøer gjennom ekspertgruppen og samordningsgruppen, og ble en sentral del av de anbefalingene som Helsedirektoratet sendte til kommunene via fylkesmann 19.8.2011. På grunn av hendelsens spesielle karakter og omfang og

<sup>73</sup> "Læring for bedre beredskap" Helsedirektoratet 1.3.12, side 89 og 96

risikoen for å utvikle posttraumatisk stress for ulike grupper, ble det valgt en proaktiv kommunemodell der alle skulle få tilbud om egen kontaktperson i kommunen.

### **8.3 Formidling av proaktiv modell for psykososial oppfølging**

Helsedirektoratet har ikke instruksjonsmyndighet over primærhelsetjenesten i kommunene. Helsedirektoratets formidling og oppfølging skjer via fylkesmannen. Det er fylkesmannen som er ansvarlig for formidlingen til kommunene, og for kontakten mellom Helsedirektoratet og kommunene. Helsedirektoratet har ikke kontroll på hvordan informasjonen tas videre fra fylkesmannen. Basert på postjournal til fylkesmannen i Oslo og Akershus registrerer vi at det var en omfattende kommunikasjon mellom Helsedirektoratet og fylkesmannen i 2011 og 2012, deretter avtagende.

#### **8.3.1 Første fase: Skaffe oversikt over rammede og kommunens oppfølging**

Umiddelbart etter hendelsen hadde Helsedirektoratet fokus på å få oversikt over rammede i kommunene og sikre at kommunen hadde etablert kontaktinformasjon og mobilisert kriseteam.

Helsedirektoratet og DSB var allerede i kontakt med fylkesmennene dagen etter hendelsen, og formaliserte oppdraget i etterkant (jf. brev av 26.7). Fylkesmennene skulle bidra med å skaffe kontaktinformasjon med oversikt over rammede, sikre at kommunene hadde tilgjengelig kriseteam, kontaktnummer m.m., og det skulle rapporteres daglig til direktoratet. 26.7.2011 gir Helsedirektoratet beskjed om at den daglige rapporteringen kan opphøre, da direktoratet har mottatt tilstrekkelig informasjon og oversikt over rammede og oppfølgingen i kommunene.

Dagen etter terrorangrepet publiseres i tillegg *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* (IS-1810) på Helsedirektoratets nettside til støtte for kommunene. Veilederens faglige råd var basert på internasjonal konsensus på området og erfaringene etter tsunamien i Thailand i 2004. Informasjon og råd til befolkningen, som ble utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med kompetansemiljøene, ble lagt ut på nettsiden [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

#### **8.3.2 Andre fase: Formidling av proaktiv kommunemodell**

I forbindelse med Helsedirektoratets og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) gjennomføring av minneseremonier og arrangementene for overlevende og etterlatte på Utøya 19. og 20. august, samt 1. oktober ble kommunene via fylkesmannen anmodet om at kommunenes kontaktpersoner skulle delta.

19.8.2011 ble tillegget til veilederen med en proaktiv holdning, råd til helsepersonell og skjema for kartlegging av plager og symptomer for ungdom og voksne som befant seg på Utøya sendt til kommunene.

Tillegget til veilederen redegjør i korthet for hendelsen og omfanget av rammede og definerer ulike kategorier av rammede og berørte og prinsippene i kommunemodellen. Det skal være en proaktiv holdning fra primærhelsetjeneste, kriseteam eller HMS-tjeneste etter prinsipp om aktiv oppfølging, som muliggjør kontinuerlig vurdering av hjelpebehov. Kartleggingsverktøyet som var utviklet basert på internasjonale erfaringer ved store kriser og katastrofer, men tilpasset norske forhold sendes samtidig ut. Videre sendes det ut råd til personell i kommunene med ansvar for oppfølging vedrørende kontaktpersonens rolle, flytting, reaksjoner som kan forventes, kulturelle forhold m.m. (se kapittel 5 for utdyping).

#### **Nasjonal fagkonferanse om den psykososiale oppfølgingen**

Det ble arrangert nasjonal fagkonferansen 6.9.2011 der alle kommuner og faginstanser var invitert. På konferansen ble modellene for aktiv oppfølging av Utøyarammede i kommunene og i

Regjeringkvartalet presentert. I tillegg var det fokus på følgende temaer: RVT Senes – spesialisthelsetjenestene og skolehelsetjenestens rolle, råd og utfordringer knyttet til langsiktig oppfølging, minoritetsperspektivet og dialogutfordringer knyttet til oppfølging og behandling av ungdom.

Evalueringen av konferansen viste<sup>74</sup> at ca. 80 prosent av de spurte mente de hadde den nødvendige kunnskapen til å gjennomføre oppfølgingsarbeidet. På den andre siden svarte 50 prosent at de trengte mer informasjon om symptom og plager og 50 prosent at de trengte mer informasjon om kortsiktig oppfølging. Hele 85 prosent trengte mer informasjon om langsiktig oppfølging.

Som et ledd i implementeringsplanen for oppfølging av 22/7, arrangerer også NKVTS, med støtte fra Helsedirektoratet, et seminar for helsepersonell og annet fagpersonell den 17. og 18. oktober 2011. Seminaret gir umiddelbar bistand til rammede barn, familier og voksne som del av en organisert innsats etter katastrofer.

### **Presisering av forventninger til helsetjenesten**

Basert på henvendelser og spørsmål om hvordan rammede etter 22/7 skulle prioriteres med tanke på oppfølging i helsetjenesten, sendte Helsedirektoratet 14.9.2011 brev til fylkesmennene som omhandlet presisering av forventninger til helsetjenesten. Når det gjaldt prioriteringer sies det at det er de vanlige retningslinjene som gjelder med hensyn til organisering og oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og at det skal gjøres individuelle vurderinger med hensyn til alvorlighetsgrad. I oppfølgende mailkommunikasjon presiserte Helsedirektoratet at brevet skulle viderefremmes til kommunene, noe fylkesmennene opplevde som uklart. Det ble enighet om at informasjonen skulle samordnes med utsendelse av spørreskjema til kommunene.

## **8.4 Oppfølging av hvordan kommunene implementerte den proaktive modellen**

Helsedirektoratets oppfølging av hvordan kommunene implementerte den proaktive kommunemodellen skjedde på flere måter; kontakt med fylkesmann, gjennomføring av to kommuneundersøkelser i 2011 og 2012, løpende kontakt med nasjonal støttegruppe, og via de nasjonale samlingene for overlevende og etterlatte.

### **To spørreundersøkelse til kommunene via fylkesmannen**

Helsedirektoratet gjennomførte i 2011 og 2012 en spørreundersøkelse til kommunene vedrørende kommunens helsemessige og psykososiale oppfølging av rammede. Hensikten var å sikre seg svar på utvalgte spørsmål og gjennom dette synliggjøre sentrale oppfølgingspunkter (jf. brev av 15.9.2011 til fylkesmennene der Helsedirektoratet ber om tilbakemelding på forslag til spørreskjema). Spørreskjemaet ble sendt ut til fylkesmennene 20.9.2011. I tillegg ble et eget innrapporteringskjema ettersendt.<sup>75</sup> Helsedirektoratet utarbeidet en statusrapport på nasjonalt nivå basert på kommunenes egenvurdering.

Helsedirektoratet tar også i brevet, av 15.9.2011, til fylkesmennene opp problemstillingen knyttet til oppfølging av de som flytter til annen kommune. Det legges vekt på at fylkesmannen må sikre at det er lett tilgjengelig kontaktinformasjon på kommunenes nettsider slik at de tilflyttede kan ta kontakt. Det ble også presisert at det var den fraflyttede kommunenes ansvar å sørge for at oppfølging i den kommunen som vedkommende flyttet til ble etablert, slik at vedkommende ikke skulle falle mellom to stoler.

<sup>74</sup> IS-1984 Helsedirektoratet: læring for bedre beredskap s. 90

<sup>75</sup> «Læring for beredskap» Helsedirektoratet, 2012 s. 96

### Løpende kontakt med nasjonal støttegruppe

En annen kilde til informasjon, som grunnlag for Helsedirektoratets oppfølging, var Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Støttegruppen fikk raskt møter med både Helsedirektoratets og Helse- og omsorgsdepartementets ledelse (i tillegg til at Støttegruppen har deltatt i Samarbeidsorganet). I tillegg til likemannsstøtte har støttegruppen fungert som et talerør og en vaktbikkje opp mot helsemyndighetene når de har fanget opp behov for bedre oppfølging i kommunene gjennom sitt fylkesvise- og lokale apparat. De har videre fulgt opp direkte enten via fylkeslegen eller til den enkelte kommune (kommunelegen, kriseteam eller rådmann). Hvordan kommunene har fulgt opp kontakten har ifølge våre informanter i støttegruppen variert; noen steder har støttegruppens initiativ blitt godt mottatt og fulgt opp, andre steder har man ikke fått svar. Støttegruppen har tatt opp både mer generelle utfordringer knyttet til oppfølgingen i kommunene og enkeltsaker. Støttegruppens informanter opplever at det har skjedd lite med de enkeltsakene de har tatt opp.

Kritikken fra Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli hendelsene handler særlig om fire forhold, sitat<sup>76</sup>:

- a) *det har ikke blitt tilbudt hjelp på nytt senere dersom man først ikke har ønsket å ta imot hjelp*
- b) *det har vært vanskelig å få både spesialisthelsetjenesten og kommunene til å forstå hvor langsiktig hjelpebehovet var*
- c) *det har ikke alltid vært godt nok samarbeid på tvers av sektorer, spesielt mellom helse og utdanning, og organiseringen av oppfølgingen må ta hensyn til at særlig ungdom flytter*
- d) *det har dels ikke vært en psykolog/psykiater tilgjengelig.*

### Oppfølging av fylker der det rapporteres om mulig svikt i oppfølgingen

I et internt notat i Helsedirektoratet 11.12.2012, oppsummer Helsedirektoratet hvordan tilbakemeldinger på mangler i oppfølgingen lokalt er fulgt opp via fem fylkesmenn. I brev til de aktuelle fylkesmennene bes de om å vurdere om det bør gjennomføres en seminarrekke for kommunalt ansatte som jobber med oppfølging etter traumatiske hendelser eller som følger opp rammede og berørte etter hendelsene 22/7. Det tilbys faglig og økonomisk støtte fra Helsedirektoratet og RVT Sene til å arrangere en slik seminarrekke hvis det er behov. Ifølge notatet, er dette et bevisst valg Helsedirektoratet gjør, blant annet basert på tilbakemeldinger fra fylkesmennene om at direktoratet ikke bør innta en altfor proaktiv rolle. I notatet heter det at, sitat:

*Denne tilnærmingen er vurdert som mest hensiktsmessig i denne fasen for å unngå at de overordnede helsemyndigheter inntar en for proaktiv rolle (jamfør bl.a. signaler fra noen fylkesmannsembeter). Som en følge av de ulike tilbakemeldingene direktoratet har mottatt vil det legges til rette for at støttegruppens fylkeslag kobles inn i arbeidet med eventuelle seminarrekker. Fordelen med denne modellen er at det opprettes direkte dialog og samarbeid mellom de berørte og fylket, og de berørte får anledning til å komme med innspill i forhold til hvilke fokus de mener er viktige for kompetansehevingen i kommunene.*

Det sies også i notatet at tilbudet om faglig oppdatering etter samme modell vil bli tilbudt andre fylker dersom man mottar konkrete tilbakemeldinger om svikt i den lokale oppfølgingen.

### Midler til å styrke kompetansen i kommunene og spesialisthelsetjenesten

På slutten av 2011 og fram til 2014 gis det midler til faglig oppfølging av kriseteam, styrking av traumefokusert behandlingsmetode i spesialisthelsetjenesten, styrking av kompetansen ved familievernkontorene for å styrke fokuset på familieperspektivet.

<sup>76</sup> IS-2384 Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011, s 9, Helsedirektoratet 10/2015

I brev til RVTS Øst 13.12.2011 gis det tilsagn til ekstrabevilgning for oppfølging av 22/7. Midlene skal dekke påløpte ekstrakostnader, 50-prosent stilling som koordinator relatert til 22/7, midler til etablering og oppfølging av fagnettverk for kommunale kriseteam og utvikling av metode for fagnettverkene.

I oppdragsbrev fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF 13.5.2012 legges vekt på samordning av kompetansemiljøene<sup>77</sup>. Som et ledd i dette arbeidet er oppdragsbrevet utarbeidet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillings- og inkluderingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Forsvarsdepartementet. Oppdragsbrevet redegjør for samfunnsoppdrag og oppgaver som er felles for alle sentrene og som krever samarbeid. I tillegg varsles det at kompetansesentrene vil bli styrket med hensyn til implementering av traumefokusert behandlingsmetode i spesialisthelsetjenesten og styrking av kommunale kriseteam.

I brev fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst av 22.11.2012 gis det ytterlige tilskudd til kompetansehevingstiltak. Det er fokus på kunnskaps- og kompetanseutvikling i traumearbeid for terapeuter ved familievernkontorene i regionen. Bakgrunnen er at erfaringer fra kollektive samlinger for rammede og berørte etter terrorhandlingene og andre tilbakemeldinger fra Nasjonal støttegruppe har synliggjort behovet for å sette fokus på familieperspektivet i den psykososiale oppfølgingen, og da særlig for søsken og foreldre. Det redegjøres videre for at Helsedirektoratet har initiert et samarbeid med Bufdir. i 2012, med sikte på mer aktiv oppfølging fra familievernkontorene med tanke på behovet for økt familiefokus, og at dette krever at familievernkontorene får styrket sin kompetanse.

I tillegg gis det midler til å gi råd og veiledning til Nasjonal støttegruppe etter 22/7 og fylkeslag i forbindelse med arrangementer for likemannsstøtte støttegruppen skal ha i 2013.

I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet i 2014 (side 15) fremgår at det fortsatt vil være behov for å prioritere tiltak på vold- og traumefeltet, herunder 22. juli-tiltak, men at dette skal skje innenfor eksisterende bevilgning.

#### **8.4.1 Nasjonale og regionale samlinger med rammede**

Som ledd i Helsedirektoratets proaktive oppfølging ble det besluttet å arrangere nasjonale fellessamlinger for etterlatte fra Utøya og Regjeringskvartalet. Tiltaket var basert på positive erfaringer fra tilsvarende samlinger i Norge og utlandet (selv om det ikke forelå evidensbasert forskning for dette<sup>78</sup>), jf. også ulike faglige vurderinger i 7.2.

Målet med samlingene for etterlatte var å støtte sorgprosessen ved å utnytte felleserfaringene så effektivt som mulig. Det ble gjennomført tre samlinger det første året for etterlatte fra Utøya, og en fjerde samling i februar 2013 etter ønske fra etterlatte og anbefalinger fra fagpersonell. Ansvarlig for gjennomføringen var Helsedirektoratet, med faglig bistand fra relevante fagmiljøer. Samlingene har fått meget gode tilbakemeldinger fra deltakerne.<sup>79</sup> For de etterlatte i Regjeringskvartalet ble det arrangert to helgesamlinger og en kveldssamling. Samlingen for etterlatte i Regjeringskvartalet kom seinere i gang fordi de hadde hatt oppfølging av bedriftshelsetjenesten de første månedene. Grunnen

---

<sup>77</sup> Omfatter følgende sentre: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt kompetansesenter for psykiske helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA), Regionale kompetansesentre – RUS (KORUS), Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse og barnevern (RKBU) og Regionsentre for barn og unges psykiske helse (RBUP), Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

<sup>78</sup> Basert på «Fra sjokk til mestring» Norges respons på et nasjonalt traume, Freja Ulvestad Kärki og Lars Weisæth (red), Gyldendal Akademisk 2014

<sup>79</sup> Jf. side 28, ibid

til at det ikke ble gjennomført flere samlinger var at de etterlatte selv på det tidspunktet mente at det ikke var behov for dette.<sup>80</sup>

I perioden januar–april 2012 ble det arrangert 18 fylkesvise samlinger for overlevende fra Utøya med nære pårørende. Målet var å gi støtte på veien videre for dem som var rammet av katastrofen. Helsedirektoratet var oppdragsgiver for samlingene, mens de regionale kompetansesentrene (RVTSene og RKBURBUP) var ansvarlig for fylkesvis koordinering av arrangementet og at aktuelle kommuner og RHFer ble trukket inn i arbeidet (jf. brev av 29.11.2011 til Oslo Universitetssykehus, RVTS Øst).

En landsdekkende faglig og sosial samling for overlevende ungdommer fra Utøya ble arrangert i oktober 2015. Ansvarlig for arrangementet var Nasjonal støttegruppe med bistand fra Helsedirektoratet og fagpersonell fra relevante kompetansemiljøer.

### **Nye anbefalinger om langtidsoppfølging**

Resultater fra NKVTSs «Utøya-studie», viste at et høyt antall overlevende og deres foreldres/pårørendes hadde symptomer på posttraumatiske stressplager (PTSD) ett år etter hendelsen. Helsedirektoratet var bekymret for at mange rammede og berørte hadde hatt et høyt symptomtrykk over tid. Internasjonale erfaringer etter store traumatiserende hendelser viste også at behovet for psykososial oppfølging blant rammede og berørte ofte vedvarer i 2 til 5 år. Det ble derfor 2.7.2014 sendt et felles brev fra statsrådene i KMD og HOD til alle kommuner, helseregioner mfl, om oppfølging av rammede og berørte, der det refereres til behovet for oppfølging 2–5 år etter en traumatisk hendelse. Helsetjenestene bes om å samordne seg og tilpasse den enkeltes behov for tjenester med hensyn til varighet, omfang og nivå. Viktigheten av samarbeid mellom skolehelsetjeneste og skole nevnes spesielt i brevet.

## **8.5 Synspunkter på Helsedirektoratets rolle**

Vi redegjør for informantenes oppfatning av hvordan de oppfattet Helsedirektoratets rolle. Da kommunenes primære kontakt er mot fylkesmannen og ikke Helsedirektoratet, varierer det om våre informanter i kommunene har oppfatninger om Helsedirektoratets rolle. Det overordnede inntrykket fra kommunene er likevel at direktoratet ble oppfattet som positive, proaktive og tydelig tilstede.

### **Positivt at Helsedirektoratet raskt fikk mobilisert kompetansemiljøene og andre sentrale samfunnsaktører i utvikling av den proaktive oppfølgingsmodellen**

Våre informanter opplevde det som positivt at Helsedirektoratet kom raskt i gang og fikk mobilisert kompetansemiljøene og andre sentrale samfunnsaktører gjennom samordningsorganet og ekspertgruppen. Kompetansemiljøene hadde i utviklingsfasen noe ulike faglige vurderinger med hensyn til følgende problemstillinger:

- Forståelsen av hva som ligger i «watchful waiting» kontra proaktiv oppfølging
- De kollektive elementene i modellen (nasjonale og regionale samlinger med rammede)
- Om kontaktpersonrollen skulle ivaretas av fastlege eller helsepersonell med tilknytning til psykososialt kriseteam
- Om det skulle være den proaktive kommunemodellen eller bedriftsmodellen som primært skulle gjelde for rammede i Regjeringskvartalet
- Hvorvidt anbefalte tiltak for oppfølging skulle være basert på evidensbasert forskning eller også kunne være erfaringsbasert og beste praksis.

---

<sup>80</sup> Jf. side 128, ibid



Det er blant våre informanter noe ulike oppfatninger av om den faglige uenigheten virket forstyrrende underveis i utviklingsfasen; noen har opplevd dette som en ganske krevende prosess, andre ikke. For casekommunene har imidlertid Helsedirektoratet og kompetansemiljøene blitt oppfattet å snakke med en stemme utad, noe som er oppfattet som svært positivt. Enkelte av casekommunene hadde imidlertid selv noen av de samme faglige diskusjonene når det gjelder spørsmålet om proaktivitet, jf. kapittel 6.6.

Helsedirektoratet tok alle formelle beslutninger, men la vekt på en konsensusorientert beslutningsprosess. Arbeidet i samordningsgruppen og ekspertgruppen var i denne fasen tidkrevende med mange involverte, og det er reist enkelte spørsmål om arbeidet kunne vært mer effektivt organisert, uten at man ser helt hvordan. Enkelte har kommentert at rollene mellom samordningsorganet og ekspertgruppen ble noe flytende og at det kunne være noe utydelig på hvilket grunnlag Helsedirektoratet tok sine beslutninger. Generelt får imidlertid Helsedirektoratet svært gode skussmål når det gjelder ledelse og organisering av arbeidet.

Basert på erfaringer med de føringene som ble gitt i veilederne og anbefalingene fra Helsedirektoratet, er tilbakemeldingene fra våre informanter både i kompetansemiljøene og kommunene at det burde vært lagt mer vekt på et tydelig familieperspektiv.

Helsemyndighetene anbefalte oppfølging i minimum ett år, men oppfølgingen skulle være tilpasset individuelle behov. Da KMD og HOD i brev til kommunene i 2014, viste til at internasjonal kunnskap tilsa at det i forbindelse med en traumatisk hendelse kan være behov for oppfølging i 2–5 år etter hendelsen, skapte dette usikkerhet i enkelte kommuner som hadde avvirket sine oppfølgingsaktiviteter.

«Behandlingsoptimisme» ble opplevd som en utfordring i noen kommuner. Veilederne og kommunikasjon til rammede kunne vært tydeligere på at arbeidet fra helsetjeneste side er et supplement til det som skjer og skal understøttes i nære nettverk. Likeledes peker noen informanter på at det var for lite fokus på «hjelp til hjelperne», et forhold som også er påpekt i blant annet oppsummeringsrapporten fra Helsedirektoratet «Læring for beredskap» (2012).

### **Kravet om rapportering er oppfattet ulikt**

Det er noe blandet tilbakemelding på kravet om rapportering for å skaffe oversikt over antall rammede i den første fasen. Noen av casekommunene har gitt tilbakemelding på at dette var som forventet, mens andre opplevde det som noe utidig, gitt situasjonen man sto i. I store kommuner med mange rammede var det krevende å rapportere på antall rammede, fordi tallene var usikre og upålitelige jf. også kapittel 6.5. Det etterlyses ett bedre system for registrering av rammede ved kriser og katastrofer med mange rammede, både med tanke på å kunne sikre relevant oppfølging og som grunnlag for forskning.

### **Dilemma knyttet til prioritering av rammede etter 22/7 synes ikke å ha vært en stor utfordring**

Casekommunene har i liten grad opplevd det som et dilemma når det gjelder prioritering av rammede etter 22/7. Dette gjelder også kommuner som erfarte at familier opplevde alvorlige ulykker eller kriser rett i forkant av eller rett i etterkant av hendelsen. Utfordringen var imidlertid at noen av disse familiene opplevde den nasjonale oppmerksomheten som rammede fra Utøya og Regjeringskvartalet fikk som vanskelig, gitt at de selv opplevde å miste eller ha like hardt skadede familiemedlemmer.

### **Tillegget til veilederen om proaktivitet kom for seint, men var likevel en god støtte**

Fagstoff, veiledere og råd som lå ute på Helsedirektoratets nettsider er i hovedsak oppfattet som relevant og god. At det var mye oppmerksomhet om oppfølgingen i media bidro også til formidlingen. Veiledningen om den proaktive oppfølgingsmodellen som ble sendt ut 19.8.2011, kom ifølge våre kommuner for sent, sitat: «vi var allerede i gang og gjorde det vi var satt opp til å gjøre». At det kom

like føringer til kommunene opplevdes imidlertid som bra, og veiledningsmateriellet var godt å støtte seg på og trygget fagmiljøene i kommunene, sitat: «vi fikk bekreftet at vi var på sporet». Noen opplevde at det kom mye informasjon som det tidsmessig var krevende å sette seg inn, gitt en til dels svært kaotisk situasjon. Mens noen opplevde at råd og veiledere ga god støtte og faglig trygghet, oppfattet andre føringene til dels som en tvangstrøye. Dette gjelder anbefalingene om kartlegging tre ganger i året og tidsperspektivet på langtidsoppfølging. Flere kommuner nevner at de savnet mer råd og veiledning fra Helsedirektoratet på hvordan man skulle ta vare på personalet/hjelperne.

Oppfordringen av Helsedirektoratet om å stille med kontaktpersoner på arrangementene for overlevende og etterlatte på Utøya i august og oktober, opplevde noen informanter fra casekommune som litt vanskelig. De valgte å delta på arrangementene, men var ambivalente da de opplevde egen rolle som uklar.

Som redegjort for i kapittel 6.6, valgte noen å bruke skjemaene for kartlegging av symptomer på plager, mens andre hadde egne som de allerede hadde tatt i bruk og så det derfor ikke som hensiktsmessig å endre skjema, da mye var likt i tilnærming og spørsmål.

De som har deltatt på den nasjonale fagkonferansen og andre kompetanseutviklingstilbud gir positive tilbakemeldinger på dette. Enkelte nevner imidlertid at det var for lite fokus på kompetanseutvikling knyttet til sorgarbeid.

Når det gjelder nasjonale og regionale samlinger, er tilbakemeldingene fra informantene at dette var et godt grep fra helsemyndighetene, gitt at det var en nasjonal katastrofe og det var viktig at helsemyndighetene viste handlekraft.

### **Kompetansemiljøenes rolle**

Selv om hovedbildet er at kompetansemiljøene er brukt aktivt av Helsedirektoratet og har gitt vesentlig faglige bidrag, også forskningsmessig, har kompetansemiljøene hatt ulike roller og de er relativt mange, jf. tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RFH i 2012 der det legges vekt på behovet for samordning av miljøene. Blant våre informanter er imidlertid manglende samordning og potensielle rollekonflikter i liten grad adressert som en utfordring. Det er imidlertid reist spørsmål ved om RVTSene ble koblet for seint på, og at de kunne ha spilt en viktigere rolle i formidling og oppfølging av den psykososiale oppfølgingsmodellen. Det er også pekt på at det i tidlig i oppfølgingsarbeidet (høsten 2011) var uklarhet mellom Senter for Krisepsykologi sin rolle og RVTS Vest sin rolle når det gjelder oppfølging av fylkene på Vestlandet.

### **Fylkesmannen fungerte ulikt mht. oppfølging av kommunene**

Basert på kommunenes oppfatning av fylkesmannen, fungerte fylkesmannen ulikt med hensyn til hvor aktivt de fulgte opp kommunene. Noen fylkesmenn basert seg primært på å videreformidle føringer og anbefalinger fra Helsedirektoratet, mens andre i tillegg etablerte møtearenaer med nettverk for kriseteam for å kunne utveksle erfaringer og få faglig påfyll. Flere referer til mye uformell kontakt med fylkesmannen. Det varierte også om kommunene opplevde at de hadde behov for oppfølging. Noen etterlyser at Helsedirektoratet kunne gitt Fylkesmannen klarere føringer på hvordan modellen skulle formidles, eksempelvis ved mer aktiv og tidligere bruk av RVTSene for å sikre en bedre og mer felles forståelse av modellen og å høste erfaringer.

## **8.6 Bedriftsmodellen**

Som nevnt i 8.1.4, hadde prosjektet som ble forankret i og ledet av divisjon for primærhelsetjeneste, avdeling for psykisk helse og rus, først og fremst fokus på utvikling og oppfølging av den proaktive kommunemodellen. Bedriftsmodellen ble først og fremst håndtert av assisterende helsedirektør i nært samarbeid med NKVTS.

I de første dagene og ukene etter bombeeksplosjonen i Regjeringskvartalet tok bedriftshelsetjenesten og departementenes ledere flere proaktive grep i forhold til oppfølgingen av de ansatte i Regjeringskvartalet. Vi har funnet lite skriftlig dokumentasjon fra direktoratet disse første ukene om hvilke beslutninger som ble tatt i Helsedirektoratet, eller signaler som ble gitt om valget og utformingen av en proaktiv bedriftsmodell for den psykososiale oppfølgingen av departementene etter katastrofen.

I tillegg til veilederen om proaktiv oppfølging som ble sendt ut 19.8.2011, omtales bedriftsmodellen på følgende måte:

*«HMS-modellen innebærer et samvirke mellom ledelse, faglige tillitsvalgte, HMS-tjeneste og ansatte. Virksomhetens samlede menneskelige, faglige og organisasjonsmessige ressurser mobiliseres som støtte for den ansatte som er rammet eller berørt av terrorhandlingen.*

*Andre rammede som befant seg ved Regjeringskvartalet, men som ikke er ansatte i departementene, må få oppfølging i egen bostedskommune (etter modell som for Utøya, kommunemodellen)».*

For de etterlatte i Regjeringskvartalet ble det arrangert to helgesamlinger ved Modum Bad og en kveldssamling.. Disse samlingene ble arrangert betydelig seinere enn for de rammede etter Utøya, fordi de rammede ble fulgt opp av bedriftshelsetjenesten de første månedene<sup>81</sup>.

Koblingen mellom bedriftsmodellen og den proaktive kommunemodellen er det flere av informantene i casekommunene som har kommentert som uklar. Enkelte sier at de muligens ble mer forsiktige med å kontakte og følge opp rammede enn de var overfor rammede fra Utøya, da det ikke ble definert en tydelig kontaktpersonrolle overfor disse. Ifølge informantene tilsier erfaringene at det vil være behov for å tydeliggjøre grensesnittet når det gjelder bruk av bedriftsmodellen og kommunenes rolle når det gjelder større kriser og katastrofer. Det vises forøvrig til kapittel 6 for nærmere beskrivelse av hvordan bedriftsmodellen fungerte.

Bortsett fra at Helsedirektoratet tok beslutningen om at bedriftsmodellen skulle gjelde for rammede i Regjeringskvartalet, har direktoratet hatt en langt mindre aktiv rolle når det gjelder formidling og oppfølging av modellen. Kompetansemiljøene (blant annet NKVTS) hadde imidlertid en aktiv rolle i utvikling og formidling av modellen til departementets ledere og ansatte, og var også viktige rådgivere til bedriftshelsetjenesten.

## 8.7 Vår vurdering

### Helsedirektoratet valgte en aktiv og operativ rolle

Vår gjennomgang viser at Helsedirektoratet tok en svært aktiv og operativ rolle i forbindelse med oppfølgingen av 22/7<sup>82</sup>. Det var en aktiv bruk av samarbeidsorganet og ekspertgruppen i utviklingen av den proaktive psykososiale oppfølgingsmodellen. Formidling og oppfølging til kommunene skjedde via fylkesmannen, men også gjennom to spørreundersøkelser til kommunene, god kontakt med Nasjonal støttegruppe samt samlinger for etterlatte og overlevende/pårørende. Kommuner der det ble meldt om svikt i oppfølgingen ble fulgt særskilt opp via fylkesmannen. Det ble sendt ut eget tillegg til veileder om psykososial oppfølging med vekt på proaktivitet, og det ble arrangert nasjonal fagkonferanse om den psykososiale oppfølgingen der alle kommuner og faginstanser var invitert. Tillegget til veileder om proaktivitet kom ifølge casekommunene for seint, da de allerede var godt i gang med arbeidet og gjorde det de var satt opp for å gjøre i en katastrofesituasjon. Modellen om proaktiv oppfølging og kontaktpersoner hadde imidlertid stor tilslutning i kommunene selv om den som vi har vist i kapittel 6 ble ulikt praktisert i kommunene. Det ble også bevilget midler til å styrke

---

<sup>81</sup> «Fra sjokk til mestring» Norges respons på et nasjonalt traume, Freja Ulvestad Kärki og Lars Weisæth (red), 2014, side 128

<sup>82</sup> jf. også vurderinger «Læring for beredskap», Helsedirektoratet 2012, side 90

kompetansen i kriseteamene, spesialisthelsetjenesten og ved familievernkontorene. Nye anbefalinger ble etter hvert gitt med hensyn til varigheten i oppfølgingen basert på forskning og internasjonale erfaringer fra store katastrofer. I tillegg til veilederen ble det i første omgang anbefalt oppfølging i minimum ett år av rammede, i 2014 ble anbefalingene endret til 2–5 år. Dette skapte frustrasjon og usikkerhet i enkelte kommuner som opplevde at de hadde avsluttet oppfølgingen på en ordentlig måte.

Hovedbildet er at det gis mange positive tilbakemeldinger på Helsedirektoratets rolle. Direktoratet ble oppfattet som proaktiv, tydelig og tok et klart overordnet ansvar og med stor beslutnings- og gjennomføringsevne. Aktivt samarbeid med kompetansemiljøene og Nasjonal støttegruppe samt god koordinering mot andre direktorater trekkes også fram som positivt. Sett utenfra var Helsedirektoratet godt ledet og organisert med tilstrekkelige ressurser og kompetanse. Det ble blant annet fra fylkesmennene reist spørsmål ved om Helsedirektoratet ble for operative i rollen som direktorat. Dette medførte at Helsedirektoratet ga RVTsene i oppdrag å gjennomføre en seminarrekke for kommunene vedrørende oppfølging av traumatiske hendelser, og direktoratet tonet dermed ned sin egen rolle i gjennomføringen.

### **Fylkesmennene har fungert ulikt når det gjelder oppfølging av kommunene**

Kommunikasjonen mellom Fylkesmennene og Helsedirektoratet synes å ha vært omfattende og god, og nasjonale føringer og informasjon er blitt formidlet og oppfattet av kommunene. Vi har registrert at fylkesmannen har fungert ulikt med hensyn til oppfølging av kommunene. Noen har primært videreformidlet skriftlig informasjon og anbefalinger fra Helsedirektoratet, mens andre har etablert møtearenaer med nettverk for å utveksle erfaringer og gi faglig påfyll. Det kan være gode grunner for å velge ulike strategier hos fylkesmennene, da utfordringen i kommunene og fylkene var ulike. Vi reiser likevel spørsmålet om fylkesmennene i samarbeid med relevante kompetansemiljøer kunne tatt en enda mer aktiv rolle i formidlingen og oppfølgingen av enkelte kommuner/fylker.

### **Aktiv bruk av kompetansemiljøene**

Hovedbildet er at kompetansemiljøene er brukt aktivt av Helsedirektoratet og har gitt vesentlige faglige bidrag inn i arbeidet. Kompetansemiljøene har hatt ulike roller, og det er relativt mange miljøer. Blant våre informanter er imidlertid manglende samordning og potensielle rollekonflikter i liten grad adressert som en utfordring (med unntak av at SfKs og RVTs Vest roller i en tidlig fase var uklare når det gjelder oppfølging av fylkene på Vestlandet). De av casekommunene som har brukt kompetansemiljøene gir gode tilbakemeldinger. Enkelte reiser spørsmål ved om RVTsene ble koblet for seint på, og om de sammen med fylkesmannen kunne ha spilt en viktigere rolle i formidling og oppfølging av den psykososiale oppfølgingsmodellen. Vi mener at det følgerlig kan være behov for å se nærmere på hvordan kompetansemiljøenes samlede kompetanse kunne vært utnyttet på en enda bedre måte i formidling og oppfølging av det psykososiale arbeidet.

### **Utfordring knyttet til «behandlingsoptimisme», og for lite fokus på hjelp til hjelperne**

«Behandlingsoptimisme» ble opplevd som en utfordring i noen kommuner. Med dette menes at de rammede kan ha hatt urealistiske forventninger til hva den profesjonelle bistanden fra hjelpeapparatet kan løse. Veilederne og kommunikasjon til rammede kunne ifølge flere av våre informanter vært tydeligere på at arbeidet fra helsetjeneste side er et supplement til det som skjer og skal understøttes i nære nettverk. Likeledes pekes det på at det var for lite fokus på «hjelp til hjelperne», jf. slik det også er påpekt i blant annet oppsummeringsrapporten fra Helsedirektoratet «Læring for bedre beredskap» (2012).

### **Helsedirektoratets rolle knyttet til bedriftsmodellen framstår som uklar**

Bortsett fra at Helsedirektoratet tok beslutningen om at bedriftsmodellen skulle gjelde for de rammede i Regjeringskvartalet, foreligger det lite dokumentasjon på Helsedirektoratets rolle i utvikling, formidling og oppfølging av bedriftsmodellen. På den annen side er det heller ingen som har etterspurt Helsedirektoratets rolle i dette arbeidet.

### **Koblingen proaktiv kommunemodell og bedriftsmodell har vært utydelig**

Vi har oppsummert at bedriftsmodellen står støtt når det gjelder oppfølging av rammede i Regjeringskvartalet, til tross for at departementene og bedriftshelsetjenesten ikke var rigget for en slik katastrofe som hendelsen 22/7 var. Erfaringene fra våre casekommuner, som også hadde rammede i Regjeringskvartalet, har imidlertid vist at det ble en uklar kobling mellom hvordan kommunene skulle følge opp de rammede og hva som skulle skje i regi av bedriftsmodellen. Dette kan ha ført til at noen rammede i Regjeringskvartalet har fått en mindre proaktiv oppfølging enn det de fleste rammede fra Utøya fikk. Ved en eventuell framtidig bruk av de to modellene i katastrofer og større kriser bør derfor grensesnittet avklares.

EVALUERING AV DEN  
PSYKOSOSIALE  
OPPFØLGINGSMODELLEN ETTER  
22. JULI

## **EVALUERING AV DEN PSYKOSOSIALE OPPFØLGINGSMODELLEN ETTER 22. JULI**

Velkommen til undersøkelsen om hvor fornøyd du er med den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli.

Takk for at du deltar i undersøkelsen!

Trykk på Neste-knappen for å begynne.

### **BAKGRUNNSSPØRSMÅL**

**Vi stiller her spørsmål om din tilknytning til hendelsen 22. juli, i form av 4 kategorier: overlevende, pårørende, etterlatt og andre. Kategoriene skal forstås slik:**

**Overlevende :**

**Personer som var til stede på Utøya eller Regjeringskvartalet, og som overlevde**

**Pårørende :**

**Foreldre/steforeldre, ektefelle/samboer og søsken til overlevende fra Utøya eller Regjeringskvartalet**

**Etterlatt :**

**Foreldre/steforeldre, ektefelle/samboer og søsken til personer som døde**

**Annet :**

**Eksempelvis ansatte i Regjeringskvartalet som ikke var på jobb, venn, kollega, nabo, annen familierelasjon, frivillige hjelpere og andre som føler seg rammet**

**Jeg er ...**

Kryss av for det alternativet som beskriver din primære tilknytning til hendelsen 22. juli

- q Overlevende fra Utøya
- q Overlevende fra Regjeringskvartalet
- q Pårørende fra Utøya
- q Pårørende fra Regjeringskvartalet
- q Etterlatt fra Utøya
- q Etterlatt fra Regjeringskvartalet
- q Annet, eksempelvis venn, kollega, nabo, annen familierelasjon, frivillige hjelpere og andre som føler seg rammet i tilknytning til Utøya
- q Annet, eksempelvis ansatt i Regjeringskvartalet som ikke var på jobb, venn, kollega, nabo, annen familierelasjon, frivillige hjelpere og andre som føler seg rammet i tilknytning til Regjeringskvartalet

**Var du ansatt i Regjeringskvartalet?**

- q Ja
- q Nei

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

**Hvor gammel var du 22. juli 2011?**

- q 18 år eller eldre
- q Under 18 år

**Hvilken kommune var du bosatt i 22. juli 2011?**

**Kommuner fra A til M**

<Slettet av hensyn til plass>

**Kommuner fra N til Å**

<Slettet av hensyn til plass>

**Har du flyttet til en annen kommune etter 22. juli 2011?**

- q Ja
- q Nei

**Hvilken kommune flyttet du til?**

**Kommuner fra A til M**

<Slettet av hensyn til plass>

**Kommuner fra N til Å**

<Slettet av hensyn til plass>

**Hvilket år flyttet du?**

- q 2011
- q 2012
- q 2013
- q 2014
- q 2015
- q 2016

**Ble du kort tid etter hendelsen kontaktet med tilbud om hjelp av kommunen du bodde i, eller arbeidsgiver/bedriftshelsetjenesten i Regjeringskvartalet?**

- q Ja
- q Nei
- q Husker ikke

**Fikk du tilbud om hjelp på et senere tidspunkt?**

- q Ja
- q Nei. Jeg ble ikke kontaktet, men det burde jeg ha blitt
- q Nei. Jeg ble ikke kontaktet, og jeg har heller ikke hatt behov for nærmere oppfølging
- q Husker ikke



**Da du ble kontaktet om behovet for hjelp – valgte du da å ta imot tilbudet?**

- q Ja
- q Nei

**Ble du tilbudt en fast kontaktperson i kommunen du bodde i, eller hos arbeidsgiver/bedriftshelsetjenesten i Regjeringskvartalet?**

- q Ja
- q Nei
- q Husker ikke

**Hvor fornøyd var du med hjelpen du mottok fra kontaktpersonen?**

- |                      |              |                  |                   |             |          |
|----------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------|----------|
| Ikke i det hele tatt | I liten grad | Til en viss grad | I nokså stor grad | I stor grad | Vet ikke |
| q                    | q            | q                | q                 | q           | q        |

**Hvorfor valgte du ikke å ta imot hjelp?**

Flere kryss er mulig

- q Jeg følte ikke behov for å motta hjelp fra kommunen eller arbeidsgiver / bedriftshelsetjenesten i Regjeringskvartalet på det aktuelle tidspunktet
- q Jeg fant fram til annen hjelp på egen hånd
- q Jeg fikk nødvendig støtte fra familie, venner, kollegaer mfl.
- q Det var andre årsaker til at jeg ikke valgte å ta imot hjelp

**Har du mottatt hjelp i det hele tatt fra det offentlige hjelpeapparatet etter hendelsen?**

- q Ja
- q Nei

**Hvor lenge har du mottatt hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet etter hendelsen?**

- q Inntil 3 måneder
- q Mellom 3 og 6 måneder
- q Mellom 6 og 12 måneder
- q Mellom 1 og 3 år
- q Mottar fortsatt hjelp
- q Husker ikke

**Hvor fornøyd er du med den hjelpen du har mottatt fra det offentlige hjelpeapparatet?**

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	I nokså stor grad	I stor grad	Vet ikke
Tilgjengeligheten på hjelpen	q	q	q	q	q	q
Kvaliteten på hjelpen	q	q	q	q	q	q
Oppfølging fra de instansene jeg mottok hjelp fra	q	q	q	q	q	q

**Er det hjelp du har savnet?**

- q Ja
- q Nei

**Hvilken hjelp har du savnet?**

Flere kryss er mulig

- q Psykolog/psykiater
- q Spesialist på somatikk (den/de fysiske skadene jeg fikk)
- q Økonomisk/juridisk hjelp
- q Annen hjelp (spesifiser i boksen til høyre) \_\_\_\_\_

**Du har tidligere i skjemaet opplyst om at du har bodd i den samme kommunen etter hendelsen 22. juli. Du blir her stilt spørsmål knyttet til oppfølging fra kommunen**

**Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du har mottatt i din kommune?**

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	I nokså stor grad	I stor grad	Vet ikke / Ikke relevant
.	q	q	q	q	q	q

**Du har tidligere i skjemaet opplyst om at du flyttet til en annen kommune etter hendelsen. Du blir her stilt spørsmål knyttet til oppfølging både fra ny og tidligere kommune**

**Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du mottok fra kommunen du bodde i først ?**

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	I nokså stor grad	I stor grad	Vet ikke / Ikke relevant
q	q	q	q	q	q

**Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du fikk fra den kommunen du flyttet til ?**

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	I nokså stor grad	I stor grad	Vet ikke / Ikke relevant
q	q	q	q	q	q

**Hvor fornøyd er du alt i alt med den hjelpen du fikk fra fra arbeidsgiver/bedriftshelsetjenesten i Regjeringskvartalet?**

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	I nokså stor grad	I stor grad	Vet ikke / Ikke relevant
q	q	q	q	q	q

**Hva skulle eventuelt vært annerledes i den samlede hjelpen du mottok for at du skulle vært mer fornøyd?**

Benytt tekstboksen under.

---

---

---

---

---

---

**DU ER NÅ GJENNOM SPØRRESKJEMAET. TRYKK PÅ "FERDIG" UNDER FOR Å AVSLUTTE!**