
25. juni-studien: Man vet ikke alltid selv hva man trenger

KRONIKK

SYNNE ØIEN STENSLAND

synne.stensland@nkvts.no

Synne Øien Stensland er spesialist i barnesykdommer og forskningsleder ved seksjon for katastrofer, traumer og tvungen migrasjon, barn og unge ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hun er leder for 25. juni-studien.

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

KRISTIN ALVE GLAD

Kristin Alve Glad er klinisk psykolog og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hun er nestleder for 25. juni-studien.

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

Tre år etter terrorangrepet under Oslo Pride rapporterer de som ble rammet, om posttraumatiske stressreaksjoner og udekkede hjelpebehov.

Natt til 25. juni 2022 opplevde rundt 600 mennesker som var på jobb eller i byen for å feire Pride og sommeren, å bli utsatt for et terrorangrep med mål om «å drepe så mange skeive som mulig (...), skape alvorlig frykt hos skeive» og i samfunnet for øvrig [\(1\)](#). Selv om graden av eksponering under angrepet varierte, fastslo retten at alle som var til stede var potensielle mål for skytingen og at det i stor grad var tilfeldigheter som avgjorde hvem som ble skutt [\(1\)](#).

Terrorangrepet ble håndtert lokalt, uten at det ble etablert senter for evakuerte og pårørende (EPS) eller satt i verk særskilte ordninger for psykososial oppfølging av de rammede [\(2\)](#). I tråd med nasjonale retningslinjer skulle oppfølgingen skje i den enkeltes hjemkommune [\(3\)](#). For Oslo kommune

innebar dette ansvar for over halvparten av de direkte rammede. Det store antallet rammede, kombinert med fraværet av en klart definert målgruppe for den proaktive oppfølgingen, kan ha overbelastet lokale tjenester samt vanskeliggjort nødvendige prioriteringer, ressursallokering og implementering i praksis.

«Det store antallet rammede, kombinert med fraværet av en klart definert målgruppe for den proaktive oppfølgingen, kan ha overbelastet lokale tjenester»

I 2024 fikk Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag av Justis- og beredskapsdepartementet å belyse konsekvenser av angrepet og samfunnsresponsen for direkte rammedes helse (4). 229 (38 %) av dem som var til stede under terrorangrepet har deltatt i studien om 25. juni-terroren. To av tre deltagere er menn, og 62 % identifiserer seg som skeive.

Mange har udekkede hjelpebehov

Under angrepet ble to personer drept, ni påført skuddskader, og mange flere ble lettere skadet i kaoset som oppstod. Over halvparten var vitne til at noen ble skadet eller drept. Omtrent to tredjedeler var redde for å dø, bli alvorlig skadet eller følte seg fanget uten mulighet til å flykte. Noen få satte også seg selv i livsfare ved å overmanne gjerningsmannen. De aller fleste var bekymret for sikkerheten til venner eller familiemedlemmer (4).

Nå – nesten tre år etter terrorangrepet – oppgir 53 % at de er tilbake på samme funksjonsnivå som før hendelsen. De resterende har fortsatt behov for hjelpetiltak, og én av fire rapporterer at de har udekkede behov, i hovedsak knyttet til posttraumatiske stressreaksjoner og relaterte helseplager (4).

Som en del av studien mottok deltagerne med udekkede hjelpebehov en individuell oppsummering av egne svar. Disse kan benyttes i møte med hjelpeapparatet for å få den støtten de trenger nå.

Posttraumatiske stressreaksjoner og andre helseplager

Rammedes erfaringer og reaksjoner under terrorangrep og andre katastrofer er viktige risikofaktorer for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (5, 6). Som forventet viser også 25. juni-studien at høyere grad av eksponering for livsfare under terrorangrepet var forbundet med høyere nivå av posttraumatiske stressreaksjoner tre år senere (4). Omtrent 20 % rapporterte om symptomer forenlige med posttraumatisk stresslidelse. Økte symptomer på posttraumatisk stress var forbundet med økt funksjonstap og risiko for udekkede hjelpebehov.

Mange rapporterte også om relaterte helseplager, som angst og depresjon, søvnproblemer, hodepine eller annen smerteproblematikk (4).

«Omtrent 20 % rapporterte om symptomer forenlige med posttraumatisk stresslidelse»

Pasienter med posttraumatisk stresslidelse kan ha god effekt av traumefokusert behandling. Ved komorbiditet anbefales det at tilleggsvanskene behandles parallelt (7). Ettersom komorbiditet ofte er normen snarere enn unntaket, er det særlig viktig at helsepersonell er oppmerksomme på at posttraumatiske stressreaksjoner kan ligge til grunn. Det kan sikre tilgang til riktig og virkningsfull hjelp.

Viktig med proaktiv hjelp

Direkte rammede har ofte behov for oppfølging i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (8–10). Forskning fra tidligere terror- og katastrofehendelser, både nasjonalt og internasjonalt, viser likevel at mange ikke får tilstrekkelig hjelp (11–14). En sentral utfordring er at mange – ofte de med størst behov – unnlater eller utsetter å ta kontakt med helsetjenestene eller faller ut av behandlingsløp (7, 8, 10). Dette er særlig uheldig, ettersom tidlig innsats antas å kunne forebygge alvorlige og vedvarende belastninger (15).

Dokumentasjonen på effekten av psykososiale tiltak etter katastrofer er begrenset (16), og faglig konsensus danner grunnlaget for nasjonale og internasjonale retningslinjer (3, 17). Disse anbefaler tidlig og proaktiv oppfølging, der en dedikert kontaktperson følger den rammede over tid, kartlegger behov og bistår ved behov for hjelp (18). Målet er å (re)etablere trygghet og fungering samt sikre tidlig tilgang til lavterskeltiltak og behandling i tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Et sentralt element er å mobilisere og styrke støtte fra nære relasjoner, da sosial støtte er den viktigste beskyttelsesfaktoren mot posttraumatisk stress og bidrar til bedre behandlingsutfall (7, 19, 20).

«Et sentralt element er å mobilisere og styrke støtte fra nære relasjoner, da sosial støtte er den viktigste beskyttelsesfaktoren mot posttraumatisk stress»

Ingen system for psykososial oppfølging på plass

Rammede av terroren i 2022 kom fra hele landet. I Norge har kommunene, i samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenestene, ansvar for den psykososiale beredskapen etter kriser. De fleste kommuner har i dag psykososiale kriseteam, men det finnes ingen nasjonal standard for hvordan disse tjenestene skal organiseres (3). Erfaringer fra 22. juli-terroren viste betydelig lokal variasjon i tilbudene, samt utfordringer knyttet til tverrsektorielt samarbeid og koordinering (19).

«Ingen proaktiv tilnærming»

Nesten halvparten beskrev helsehjelp de hadde savnet eller som ikke hadde fungert, hvorav de fleste trakk frem at de hadde savnet en proaktiv oppfølging fra helsetjenestene. En deltager bemerket systemiske utfordringer knyttet til manglende registrering av rammede samt manglende kommunikasjon mellom ulike instanser. Vedkommende påpekte at dette ikke har blitt bedre til tross for erfaringene fra 22. juli-terroren i 2011:

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

«Man vet ikke alltid selv hva man trenger»

Andre uttrykte at det var vanskelig å selv ta kontakt med hjelpeapparatet, for eksempel fordi de manglet overskudd og/eller hadde en tendens til å bagatellisere sine egne reaksjoner. Enkelte tenkte at andre rammede trengte hjelpen mer enn dem, og ville ikke belaste hjelpeapparatet på deres bekostning. Andre sa at de ikke visste hvor de skulle ta kontakt eller hva de hadde behov for. En deltager beskrev det slik:

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

Flere uttrykte forståelse for at dette var en stor hendelse, med mange rammede. En beskrev det slik:

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

«Jeg trengte aksepten»

Blant deltagere som oppga hvilke tjenester de hadde opplevd som særlig nyttig i tiden etter angrepet, var det først og fremst helsetjenester som ble trukket frem, særlig fra psykisk helsevern, men også fastlege og kriseteam. Det er verdt å

merke seg at halvparten av de som sa at de hadde hatt spesielt god nytte av å snakke med en psykolog, hadde benyttet private tilbydere eller fått hjelpen via helseforsikring. En sa:

«(...) Og jeg skjønnte raskt at dette her må jeg gjøre noe med, så jeg tok kontakt da, med privatpsykolog faktisk, jeg gjorde det. For å få rask hjelp, hvor jeg da kom inn, veldig fort, og det har jeg hatt veldig god nytte av. (...) Og det jeg nok kanskje kjente, det som hjalp meg da, var å få en bekreftelse på at, for jeg er litt sånn: «Ja, men herregud dette må jeg tåle», men det at psykologen sa noe om at: «Det du har vært med på er faktisk ganske traumatisk. Det er naturlig at du har en reaksjon på det». Og jeg trengte aksepten for det, som jeg fikk der».

Enkelte nevnte at de hadde fått proaktiv hjelp fra kriseteam:

«Det var samtaler med kriseteamet (...) De var oppsøkende til meg. Da jeg ikke visste om jeg trengte å ringe noen en gang. Og det...jeg hadde behovet, men jeg hadde aldri kommet til å ta den telefonen.»

Psykososial oppfølging som del av totalberedskapen

Å nå dem som ikke selv oppsøker tjenestene eller gir uttrykk for behov, er en velkjent utfordring etter kriser og katastrofer. Likevel er ikke proaktiv psykososial oppfølging i dag en planmessig del av beredskapen og responsen. Det strider mot grunnprinsippet om behovsbaserte og likeverdige helsetjenester, slik dette er nedfelt i helselovgivning og nasjonale føringer. Dette er et gap det både er mulig – og nødvendig – å tette.

REFERENCES

1. Oslo Tingrett. Dom: TOSL-2023-168771.
<https://lovdata.no/dokument/TRSTR/avgjorelse/tosl-2023-168771?q=23%E2%80%93168771MED-TOSL/01> Lest 17.6.2025.
2. 25. juniutvalget. Rapport fra 25. Juniutvalget. Evaluering av Politet og PST.
https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/evalueringsrapporter/evaluering_25juni2022.pdf Lest 17.6.2025.
3. Helsedirektoratet. Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Mestring, samhörighet og håp).
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer> Lest 17.6.2025.
4. Stensland SØ, Glad KA, Carlyle M et al. 25. juni-studien. Opplevelser og reaksjoner hos de direkte rammede etter terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022. Rapport 2/2025. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2025.
5. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin

Psychol 2000; 68: 748–66. [PubMed][CrossRef]

6. Vance MC, Kovachy B, Dong M et al. Peritraumatic distress: A review and synthesis of 15 years of research. *J Clin Psychol* 2018; 74: 1457–84. [PubMed]
7. Keyan D, Garland N, Choi-Christou J et al. A systematic review and meta-analysis of predictors of response to trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull* 2024; 150: 767–97. [PubMed][CrossRef]
8. Stene LE, Thoresen S, Wentzel-Larsen T et al. Healthcare utilization after mass trauma: a register-based study of consultations with primary care and mental health services in survivors of terrorism. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 720. [PubMed][CrossRef]
9. Stuber ML, Schneider S, Kassam-Adams N et al. The medical traumatic stress toolkit. *CNS Spectr* 2006; 11: 137–42. [PubMed][CrossRef]
10. Weisaeth L. Acute posttraumatic stress: nonacceptance of early intervention. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 17): 35–40. [PubMed]
11. Bosmans MWG, Plevier C, Schutz F et al. The impact of a terrorist attack: Survivors' health, functioning and need for support following the 2019 Utrecht tram shooting 6 and 18 months post-attack. *Front Psychol* 2022; 13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.981280. [PubMed][CrossRef]
12. Pirard P, Motreff Y, Stene LE et al. Initiation of multiple-session psychological care in civilians exposed to the November 2015 Paris terrorist attacks. *Arch Public Health* 2023; 81: 207. [PubMed][CrossRef]
13. Stene LE, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Front Psychol* 2016; 7: 1809. [PubMed][CrossRef]
14. Van Overmeire R, Muysewinkel E, Van Keer R-L et al. Victims of the Terrorist Attacks in Belgium and Professional Mental Health Aid Barriers: A Qualitative Study. *Front Psychiatry* 2021; 12. doi: 10.3389/fpsyt.2021.638272. [PubMed][CrossRef]
15. Call JA, Pfefferbaum B. Lessons from the first two years of Project Heartland, Oklahoma's mental health response to the 1995 bombing. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 953–5. [PubMed][CrossRef]
16. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 69–74. [PubMed][CrossRef]
17. BMJ Best Practice. Mental health response to disasters and other critical incidents. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1065/pdf/1065/Mental%20health%20response%20to%20disasters%20and%20other%20critical%20incidents.pdf> Lest 17.6.2025.

18. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med* 2010; 40: 2049–57. [PubMed][CrossRef]
19. Bryant RA. Attachment processes in posttraumatic stress disorder: A review of mechanisms to advance theories and treatments. *Clin Psychol Rev* 2023; 99. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102228. [PubMed][CrossRef]
20. Helsedirektoratet. Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. Juli 2011 (R9154).
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-den-psykososiale-modellen-for-den-psykosiale-oppfolgingen-etter-22-juli-2011/Evaluering%20av%20den%20psykososiale%20modellen%20for%20den%20psykosiale%20oppf%C3%B8lgingen%20etter%2022%20juli%202011.pdf/_/attachment/inline/e958a027-6e6e-4618-a737-75557eddf887:7330fe183f4fbb4doea1fof0621eeeac7544e3bb/Evaluering%20av%20den%20psykososiale%20modellen%20for%20den%20psykosiale%20oppf%C3%B8lgingen%20etter%2022%20juli%202011.pdf Lest 17.6.2025.
-

Publisert: 18. juni 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0372

Mottatt 5.6.2025, første revisjon innsendt 17.5.2025, godkjent 17.6.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. februar 2026.