



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

June Edvardsen Sylju & Irene Moen

Masteroppgave

«Jeg ser deg, hvem ser meg?»

“I see you, who sees me?”

4PM791 Master i psykisk helsearbeid

Antall ord: 18 936

2021

*“ Du spør
hvordan det går
og jeg lurer på
om jeg en dag
skal fortelle deg
at jeg ikke vet
hvordan kan jeg
forklare hva jeg har inni
når det er så mørkt
at jeg ikke ser
hva som er hva
jo takk
det går fint”*
(Skaug, 2020, s. 8).

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Denne studien omhandler hvordan det var å være behandler innen psykisk helsearbeid for overlevende, berørte og pårørende etter terrorangrepet på Utøya 22. juli 2011.

Hensikten: Øke kunnskap om ivaretagelse av behandlere som jobber med mennesker som opplever ekstreme kriser.

Metode: Seks deltakere ble intervjuet i denne kvalitative studien. Det ble benyttet semistrukturerte intervjuer som datainnsamlingsmetode. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert i sin helhet. Analysen ble gjennomført ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Tre hovedkategorier ble identifisert og disse er behandlerrollen i en nasjonal krise, arbeidsmengde og belastning samt veiledning og støtte.

Konklusjon: Funnene viser at deltakerne savnet støtte og veiledning. Det viste seg også ekstra utfordrende å hjelpe de med minoritetsbakgrunn. Behovet for psykoedukasjon viste seg å være veldig viktig i krisearbeidet og et mer tverrfaglig samarbeid ble etterlyst.

Engelsk sammendrag (abstract)

Background: This study deals with what it was like to be a therapist in mental health work for survivors and relatives after the terrorist attack on Utøya on 22 July 2011.

Purpose: Increased knowledge about caring for therapists who work with people who are experiencing a crisis.

Method: Six participants were interviewed in this qualitative study. Semi-structured interviews were used as a data collection method. The interviews were recorded on a dictaphone and transcribed in their entirety. The analysis was carried out using Malterud's systematic text condensation.

Results: Three main categories were identified in national crisis as: the role of treatment, the workload and strain, and third, guidance and support.

Conclusion: The findings show that the participants lacked support and guidance. It also proved extra challenging to help those with a minority background. The need for psychoeducation proved to be very important in the crisis work and more interdisciplinary collaboration was called for.

Forord

Det er med stor respekt at vi valgte å skrive om terroren som rammet Norge 22. juli 2011. Stor ydmykhet og takknemlighet for de deltakerne som har sagt ja til å delta i denne studien. Innsatsen som deltakerne la ned etter terrorangrepet på Utøya 22. juli 2011 har hjulpet overlevende, berørte og de pårørende med å mestre livet etter ett ekstremt traume. Det er disse historiene som har dannet grunnlaget for denne studien. Det er med stor ydmykhet at vi har fått ta del i dette med våre deltakere. De har turt å vise oss sin sårbarhet og delt sine historier. Uten dem hadde vi ikke kunnet skrevet akkurat denne oppgaven.

Arbeidet med å skrive denne masteroppgaven har vært en lærerik prosess som har gitt stort faglig utbytte. Studien har gitt nye perspektiver når det kommer til det faglige så vel som det menneskelige.

Vi ønsker å rette en stor takk til Hanne Kilen Stuen som har vært vår veileder på dette prosjektet. Hanne har vært tilgjengelig gjennom prosessen samt vært en god støtte for oss.

Takk til alle medstudenter og lærere som har bidratt med veiledning, opponentskap og faglige diskusjoner. Vi ønsker også å takke alle ansatte på biblioteket på Høgskolen i Innlandet, avdeling Elverum for god hjelp og støtte.

Vi vil sist men ikke minst få rette en takk til våre familier som tålmodig har stått ved vår side i denne prosessen.

Innhold

Norsk sammendrag.....	3
Engelsk sammendrag (abstract)	3
Forord.....	5
1.0 Innledning	8
1.1 Hensikt og problemstilling	8
1.2 Avklaringer og avgrensninger.....	9
1.3 Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid.....	9
1.4 Disposisjon	10
2.0 Teoretisk bakgrunn	10
2.1 Tidligere forskning.....	11
2.2 Krisepsykologi	15
2.2.1 Cullbergs kriseteori.....	16
2.2.2 Stress og sårbarhetsmodellen.....	17
2.2.3 PTSD – posttraumatisk stresslidelse	18
2.2.4 Sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering	19
2.3 Psykososialt arbeid.....	21
2.4 Arbeidsmiljøloven.....	22
3.0 Metode og forskningsdesign.....	22
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring – hermeneutikk	23
3.2 Metode for innsamling av data	24
3.2.1 Utvalg, rekruttering og presentasjon av deltakerne	25
3.2.2 Gjennomføring av intervjuene og transkribering	27
3.3 Analyse – systematisk tekstkondensering	28
3.3.1 Helhetsinntrykk	28
3.3.2 Meningsbærende enheter	28
3.3.3 Kondensering	29
3.3.4 Syntese.....	29
3.4 Forforståelse	30
3.5 Metodediskusjon	30
3.6 Etiske betraktninger	33
4.0 Resultater	35
4.1 Behandlerrollen i en nasjonal krise	36
4.1.1 Krise som rammet hele Norge.....	36
4.1.2 Relevant kompetanse og tverrfaglig samarbeid	37
4.1.3 Personlig og faglig utvikling.....	38

4.2 Psykoedukasjon for de berørte av terroren	39
4.2.1 Traumearbeid for ungdom og unge voksne	40
4.2.2 Møte med overlevende med minoritetsbakgrunn	41
4.3 Oppfølging av behandlere som jobbet under en nasjonal krise.....	42
4.3.1 Manglende veiledning og støtte – vi ble ensomme sammen	42
4.3.2 Arbeidsmengde og belastning	43
5.0 Diskusjon	44
5.1 Behandlerrollen i en nasjonal krise	44
5.2 Psykoedukasjon for de berørte av terroren	46
5.3 Oppfølgingen av behandlere som arbeidet med en nasjonal krise.....	50
6.0 Konklusjon.....	54
Referanseliste.....	56
Vedlegg 1 – NSD	60
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv	63
Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	66

1.0 Innledning

Terrorangrepet 22. juli 2011 forandret Norge og berørte oss alle på ulike vis. Totalt mistet 77 mennesker livet, hvorav åtte mennesker døde av en bombe utløst foran regjeringskvartalet, og 69 mennesker ble drept under angrepet som utspilte seg på Utøya. I tillegg ble rundt 200 mennesker skadet under bombingene av regjeringskvartalet. Ytterligere 33 mennesker ble skadet under terrorangrepet som ble utført av Anders Behring Breivik på Utøya. (NOU 2012:14, s. 171). Der skjøt han unge, uskyldige mennesker på bakgrunn av deres politiske engasjement. Dette var mennesker som deltok på Arbeiderpartiets sommercamp på Utøya. I perioden etter terrorangrepet har det vært fokus på de omkomne, de overlevende og de pårørende. Det var i stor grad søkelys på betydningen av demokrati, fellesskap og samhold som ble synliggjort i Norge i tiden etter terrorangrepet.

Behandlere og ansatte innenfor psykisk helsearbeid var sentrale i krisearbeidet som fulgte etter 22. juli 2011. Mange unge overlevende trengte umiddelbar krisehåndtering. Det var i tillegg pårørende og nettverk til de overlevende som var i behov av støtte. Det var og etterlatte som hadde mistet sine kjære i terrorangrepet på Utøya. Mange behandlere måtte raskt gå inn i rollen som profesjonell hjelper og bidra i krisearbeidet som fulgte i Norges historiens største katastrofe siden andre verdenskrig.

1.1 Hensikt og problemstilling

22. juli 2021 var det 10 år siden terroren på Utøya utspilte seg. I den sammenheng har behandlere i spesialisthelsetjenesten og innenfor psykisk helse i kommunen som jobbet direkte med overlevende, etterlatte eller pårørende etter 22. juli 2011 blitt intervjuet i vår studie. Bakgrunnen for det var savnet etter mer kunnskap om hvordan behandlere ble berørt i deres arbeid med de rammede etter terroren. Terrorangrepet 22. juli 2011 var en ekstraordinær hendelse grunnet antall rammede, og dermed ble en hel nasjon berørt. Blant omkomne, fortvilte pårørende, redde og traumatiserte overlevende fantes det behandlere innenfor psykisk helsevern som skulle bidra umiddelbart via deres rolle som ansatt innenfor psykisk helsevern, uten å være forberedt på krisearbeid i det omfanget som de nå sto overfor. Vår problemstilling ble følgende; *Hvordan var det å jobbe som behandler innenfor psykisk helsearbeid for overlevende og pårørende i krise etter terrorangrepet på Utøya 22.juli 2011?*

1.2 Avklaringer og avgrensninger

I denne studien er det valgt å utelate de overlevende og pårørende etter bomben mot regjeringskvartalet 22. juli 2011. Denne studien omhandler behandlere som stod i arbeidet med overlevende, pårørende og etterlatte etter terrorhandlingen på Utøya 22. juli 2021.

Vi har valgt å omtale behandlerne som ble intervjuet som deltakere. Dette i tråd med at Malterud (2017) omtaler de som deltakere, i stedet for informanter (Malterud, 2017, s. 150). Videre vil benevnelsene pasient, overlevende, berørte og pårørende bli brukt da deltakerne som ble intervjuet jobber eller har jobbet i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjetjenesten innenfor psykisk helsevern under 22. juli 2011 og omtalte de overlevende og pårørende som pasienter i intervjuene.

1.3 Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid kan defineres på følgende måte;

“Psykisk helsearbeid innebærer å bistå mennesker med ulike psykiske problemer og lidelser, og/eller særlige behov, til å oppleve mening og mestring i sin hverdagsvirkelighet. Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle, forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet.”

(Eriksson, 2014, sitert i Eriksson & Hummelvoll, 2015, s. 9).

Behovet for ivaretagelse, veiledning og støtte er nødvendig for alle som jobber med mennesker. Nytteverdien i denne studien vil være stor for behandlere, ledere og andre i hjelpeyrker fordi de kan lære av hvordan det var å være behandler under store kriser, og dra lærdom av hvordan kan ivareta behandler på best mulig måte. Til tross for at denne studien omhandler en spesifikk hendelse kan det dras paralleller til annet krise-, katastrofe- og eller traumearbeid. Studien vil også ha stor nytteverdi for andre profesjoner som jobber med terapeutisk behandling.

1.4 Disposisjon

Oppgaven starter med en innledning og tar videre med seg hensikten med studien og problemstillingen. Deretter er det gjort rede for forståelse med tanke på oppgaven og tematikk. I første del av oppgaven er det skrevet om avklaringer og begrensninger som er valgt i denne studien. Det er også et eget punkt som beskriver oppgavens relevans for psykisk helsearbeid. I andre del av oppgaven blir den teoretiske bakgrunnen presentert. Videre vil det bli presentert tidligere forskning, krisepsykologi med underkapitler, psykososialt arbeid og arbeidsmiljøloven. Del to som er teoridelen er knyttet opp imot innholdet i problemstillingen. I tredje del blir valg av metode og bakgrunnen for dette gjennomgått. Intervjusituasjonen, systematisk tekstkondensering, og forskningsetikk blir videre systematisk gjennomgått. Forforståelse står som eget punkt i del tre. Slutten av del tre rundes av med metodediskusjon. I fjerde del av oppgaven blir funnene i intervjuene presentert før det i femte del av oppgaven blir en diskusjon av funnene etterfulgt av studiens konklusjon. Vi har fulgt APA 7th i våre litteraturhenvisninger.

2.0 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil studiens teoretiske rammeverk bli presentert. Dette rammeverket er nødvendig for å forstå meningen bak og for å kunne strukturere tolkninger som blir gjort. Dette innebærer både forskning, ulike teorier, begreper og definisjoner innenfor fagfeltet. Det teoretiske rammeverket har en viktig rolle for å kunne gå inn i analysedelen i studien (Malterud, 2017, s. 47).

Det ble gjort innledende søk i ulike databaser for å få bedre kunnskapsstatus med utgangspunkt i problemstillingen. Det var ønskelig å finne forskning og teori som et bakteppe samt en bredere forståelse før vi startet intervjuene, men uten å binde oss til en teori. Hensikten har hele veien vært at funn etter intervjuer av deltakerne skal drive analysen. På bakgrunn av det som kom frem i intervjuene ble det nødvendig å gå tilbake i databasene for å søke videre etter teori og forskning om våre empiriske funn etter endt analyse. Dette for å synliggjøre det eventuelle gapet det var i studien mellom funnene og teorien. Etter å ha foretatt systematiske søk i ulike databaser var det flere funn som sa noe om hvordan behandlere skulle møte mennesker i krise, og hvordan jobbe psykososialt. Det som vi savnet i våre søk var mer forskning på hvordan behandlere ble påvirket i arbeid med mennesker i

ekstreme kriser. Det var lite forskning å finne på behandlers rolle og ivaretagelse av behandler under krisearbeid. I våre søk fant vi ingen kvalitative studier som kunne vise til hvordan det kunne direkte påvirke behandler på lengre sikt å jobbe med krisebehandling. Det ble søkt både i norske databaser som Oria, og i internasjonale databaser som Cochrane Library, PsycInfo og SveMed+. Selv om hovedvekten ble på de norske studiene, var det viktig å se på internasjonale studier og forskning som var gjort på funnene vi kom frem til etter endt intervjuer. I starten av søkeprosessen ble det søkt etter ord som blant annet *22 july*, *crisis*, *professional worker*, *debrief*. Etter nye empiriske funn i analysedelen ble søkene utvidet til å gjelde søkeord som *psykososialt*, *psykoedukasjon*, og *relasjonskompetanse* da det ble tydelig at det var dette som deltakerne var opptatt av og som var med å svare på problemstillingen.

2.1 Tidligere forskning

Raskt etter 22.juli 2011 ble det av Helsedirektoratet etterlyst en nasjonal plan for behandlere innen psykisk helsevern på hvordan det videre arbeidet med de overlevende etter terrorangrepet 22. juli 2011 skulle foregå. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk i oppgave å utvikle en nasjonal arbeidsmetode som innebar at ansatte innenfor psykisk helsearbeid skulle jobbe oppsøkende i forhold til de overlevende rundt i Norge (Dyb et al., 2014, side 1-9). 28. juli 2011 ble denne planen av NKVTS godkjent av regjeringen og iverksatt i de berørte kommunene. En studie av Dyb et al (2014) som ble publisert tre år senere, intervjuet og kartla overlevende fra Utøya fem måneder etter terrorangrepet. Det ble undersøkt hvordan det gikk med ungdommene, både fysisk og psykisk, og om NKVTS sin implementeringsplan om oppsøkende arbeid hadde fungert som tenkt når den ble presentert i juli 2011 (Dyb et al., 2014, side 1-9). Dyb et al., (2014) har også undersøkt og sammenlignet om det er ulikheter med tanke på hvilken form for krisehjelp ungdommene mottok etter 22.juli 2011. Studien konkluderte med at 87% av de overlevende hadde fått tilbudt hjelp fra sin hjemkommune, og at 73% av disse ble videre henvist til spesialisthelsetjenesten. Disse 73% hadde til felles at de opplevde høyere symptomtrykk av blant annet posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon (Dyb et al., 2014, side 1-9). Av disse var det 54 % som følte det var veldig nyttig med hjelpen de mottok i spesialisthelsetjenesten, 35 % synes det var ganske nyttig, mens 10,9 % oppga at det ikke var til noe nytte (Dyb et al., 2014, s. 1- 9). Det kom også frem i rapporten at 14% av de

overlevende avslo hjelp da de mente de ikke var i behov for det (Dyb et al., 2014, side 1- 9). Selv om det ikke var påbudt med en enkelt kontaktperson for de overlevende, rapporterte flere i studien at dette var positivt dersom de fikk ha samme kontaktperson. Det var skiller rundt om i Norge hvorvidt dette var gjennomførbart av ulike årsaker. I midt - Norge oppga bare 3,6 % at de ikke opplevde å få ha samme kontaktperson, mens på Østlandet så var det hele 25, 2 % som opplevde at det var ulike kontaktpersoner å forholde seg til (Dyb et al., 2014, s. 1-9).

Forskningsartikkelen “*Meta- analysis of Risk Factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims*” er med på å belyse hvordan og i hvilken grad pasienters traumer kan påvirke behandler (Hensel et al., 2015, s. 83- 91). Artikkelen fokuserte på i hvilken grad sosial støtte og veiledning er viktig i forebygging av sekundærtraumatisering hos behandler (Hensel et al., 2015, s. 83- 91). Det ble blant annet snakket med behandlere som jobbet med krisearbeid etter terrorangrepet på World Trade Center, New York City 11.september 2001. Det ble undersøkt hvorvidt de scoret på symptomer som gikk under klassifiseringen til sekundærtraumatisering. Behandlerne som jobbet innenfor psykisk helsearbeid som var direkte berørt av terroren ble sammenlignet med de behandlerne innenfor psykisk helsearbeid som var berørt gjennom sine pasienters historier. Selv om de behandlerne som var direkte berørt av terroren scoret høyere og det var flere av de som hadde plager i etterkant, så rapporterte flere av de som ikke var direkte berørt om symptomer på sekundærtraumatisering og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Funnene tilsa at det ikke var ubetydelige funn selv om forekomsten var lavere blant de som ikke var direkte eksponert for traumen (Hensel et al., 2015, s. 83- 91).

Rapporten fra 22. juli-kommisjonen skriver at kommunelegen i Hole i samråd med politiet bemannet opp Sundvolden Hotell med blant annet psykiatriske sykepleiere som skulle ivareta de som var direkte berørt av angrepet (NOU 2012:14, s. 184-185). Rapporten var med å vise hvor raskt helsepersonell ble satt inn i krisearbeidet med de overlevende, pårørende og etterlatte. Dette var helsepersonell som ble tilkalt umiddelbart. De ble kastet ut i dette omfattende arbeidet mer eller mindre forberedt. Mange var også på ferie da hendelsen inntraff. Det var ikke tid til å forberede seg på det krisearbeidet som ventet dem, blant annet på Sundvollen hotell.

Nilsen et al (2017) sin rapport omhandlet oppfølgingen av de som overlevde på Utøya og om erfaringer med tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet. I rapporten kommer det frem at de ungdommene som opplevde å få mest og best hjelp var de ungdommene som tilhørte kommuner som var mest proaktive og fleksible. Videre ble god kommunikasjon og dialog mellom behandlere og skole samt andre instanser på vegne av de berørte en suksessfaktor for å komme seg raskere tilbake til hverdagen. Mange ungdommer fortalte om utfordringer med hjelpetilbudet, eksempelvis når behandlere de gikk til samtale hos sluttet eller ble sykemeldt. En annen utfordring som ble nevnt var at tjenester som ble gitt ble besluttet nedlagt (Nilsen et al., 2017, s. 58) Ungdommene som ble intervjuet etter 22. juli 2011 forteller at det var belastende å ha behandlere som for dem fremsto som uerfarne eller som synes å ha lite kompetanse. Dette ga rom for utrygghet og en usikkerhet som ble knyttet til hvorvidt de var i stand til å gi relevant hjelp til ungdommene. Rapporten konkluderer med at oppfølgingsarbeid etter store katastrofer slik som terroren på Utøya er svært krevende, oppfølgingen må pågå over en lengre periode og at det er viktig at behandlere som skal utføre behandlingen/ krisearbeidet har tilstrekkelig med opplæring, kollegial støtte og oppfølging (Nilsen et al, 2017, s. 59).

Brandrud (2019) har i sin doktoravhandling intervjuet helsearbeidere og tatt for seg 22. juli og sett på hva som fungerte i helsevesenet og belyst suksessfaktorene. Ringerike sykehus skilte seg ut ved at de hadde et godt etablert system (BEST) som spesialiserte seg på traumearbeid. De startet å jobbe med BEST i 2003, og har siden da hatt månedlige øvelser på ulike traume scenarioer. Da terroren mot Utøya 22. juli 2011 inntraff, hadde Ringerike Sykehus allerede et innarbeidet system. Dette kan ha vært noe som skilte de ut i en positiv retning i deres ivaretagelse av den enkelte pasient. Selv om det i utgangspunktet er skrevet om somatisk sykehus og deres arbeid ser vi at det kan trekkes paralleller til behandlers rolle innenfor psykisk helsearbeid da det fokuseres på støtte, god ledelse og klare rammer for den som skulle hjelpe under en krise (Brandrud, 2019, s. 78- 80). Dyregrov et al (2012) viste til tidligere katastrofer da han skrev om viktigheten av å ha klare rammer, organisering og ledelse for at et lokalsamfunn skal kunne jobbe psykososialt og foreta psykologisk førstehjelp etter en uforutsett krise/ katastrofe (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669). Ved å ha gode rutiner og ressurstilgang kan man være i forkant. Naturlig nok har mindre kommuner mindre ressurser og de trenger at andre kommuner kan bidra med hjelp til ledelse og organisasjon i den akutte situasjonen (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669). En katastrofe slik som 22. juli 2011 var kan ikke forutses eller planlegges og man gjør det man kan ut ifra de ressurser og

muligheter men har. Allikevel mener Dyregrov et al (2012) at en del felles behov og tiltak kan planlegges i forkant. Det bør kobles på hjelp fra en nasjonal gruppe som har erfaring med psykososialt katastrofearbeid for å sikre en god håndtering. Dette er ikke ment for å overta eller overstyre de lokale kommunene, men som en profesjonell hjelp og som en bidragsyter i møte med det psykososiale førstehjelpsarbeidet (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669). Ved siden av at behandler møtte pasientene og eller pårørende med omsorg og ivaretagelse ble også både muntlig og skriftlig psykoedukasjon trukket frem som viktig. Dette for å bidra til å dempe selvbredelse og bekymring hos den enkelte med tanke på egne umiddelbare reaksjoner ved en krise/ katastrofe (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669).

Hobfoll et al (2017) publiserte en forskningsartikkel hvor det ble forsket på behandling i form av psykososialt arbeid i etterkant av en stor katastrofe/ traume. Hobfoll et al (2017) trekker frem fem elementer som er viktig når det kommer til psykososialt arbeid som en del av krisebehandling (Hobfoll et al., 2017, s 283- 315). Dyregrov et al (2012) har satt norske ord på disse 5 elementene; “1. Fremme opplevelsen av trygghet. 2. Berolige. 3. Fremme en opplevelse av en selv å kunne ha innflytelse på det som skjer (self- efficacy) og at lokalsamfunnet også kan ha betydning (community efficacy). 4. Fremme opplevelsen av samhørighet. 5. Gi håp” (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669). Studien viste at det var ønskelig at behandler tenkte større om hjelp og omsorg på både på individuelt, sekundært og tertiært nivå. Dette innebærer også pårørende arbeid så vel som samarbeid med andre instanser for å sikre den enkelte riktig hjelp i fremover (Hobfoll et al., 2007). Selv om disse fem prinsipper som Hobfoll et al fremhever som viktig i psykososialt arbeid, er det viktig å skreddersy behandlingen da alle mennesker vil ha ulike behov. Det tillegges også at de fem prinsippene ikke nødvendigvis trenger å være i den rekkefølge som oppgitt. Det kan også være kulturelle ulikheter som det er viktig å ta hensyn til (Hobfoll et al., 2007, s. 283- 315).

I Norge var det ifølge Dyregrov et al (2012) ikke noe enhetlig oppdatert kunnskapssystem for de ulike kriseteamene i Norge. Dette kan medføre at kunnskapen om kriser og psykososialt arbeid og hvordan man utfører krisearbeid kan variere ettersom hvor i Norge man er i behov av krisehjelp (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669). Det som ble rapportert fra profesjonelle som skulle bistå ungdommene og pårørende etter Utøya var mangelen på informasjon og rammer om hvordan deres rolle skulle utføres. Denne usikkerheten rundt egen rolle opplevde de profesjonelle som belastende (Dyregrov et al, 2012, s. 666- 669). Flere av de som gikk under betegnelsen innsatspersonell ved Sundvollen (hvor ungdommene og pårørende etter

Utøya ble innlosjert rett i etterkant av terroren) fortalte at de følte seg overlatt til seg selv med ansvar for mange ungdommer uten å vite hvilken intervensjon som var mest hensiktsmessig samt ingen veiledning eller mal på hvordan de skulle møte de berørte (Dyregrov et al, 2012, s. 666- 669).

I 2012 anbefalte Dyregrov et al at norske myndigheter utviklet klare hjelpemidler som kan tas i bruk av ved store katastrofer. Det var ønskelig med et nasjonalt sammensatte team i forhold til katastrofehandtering. Arbeid med mindre kriser eller katastrofer vil ikke gi tilstrekkelig med kompetanse til å kunne håndtere større katastrofer ved senere tidspunkt (Dyregrov et al., 2012, s. 666- 669). Det var ønskelig at det nasjonalt sammensatt teamet skulle bestå av fagfolk med bred kompetanse og erfaring innenfor psykososialt katastrofearbeid som kunne bistå ved å råde og veilede de ulike kommunene ved en katastrofe, både i forkant og i oppstarten av krisearbeidet (Dyregrov et al., 2012., s.666- 669).

En tverrsnittundersøkelse utført av Skogstad et al (2018) 10 måneder etter terroren 22. juli 2011 hadde som hensikt å finne ut om innsatspersonell var bedre forberedt hvis en ny katastrofe inntraff. Det var også ønskelig å finne ut hvilke faktorer som var gjeldende for opplevd mestring i sin profesjonelle rolle. Av innsatspersonell var det blant annet brannmenn, politi, og organiserte frivillige, men en stor andel var innenfor både helse og sosialsektoren, og jobbet blant annet med det psykososiale i et par uker etter 22. juli 2011 terroren inntraff (Skogstad et al., 2018). Flere rapporterte om opplevd økt mestring i sin profesjonelle rolle og bakgrunnen til det var faktorer som at ledelsen hadde ivaretatt sine ansatte samarbeid og opplevelse av stolthet over egen og andre sin innsats (Skogstad et al, 2018). Selv om dette var et kvantitativ studie, mener vi at det viser noe om følelsen av mestring hos innsatspersonell etter terrorangrepet.

2.2 Krisepsykologi

“En krise kan opptre når en livshendelse blir så overveldende at den overstiger individets evne til å møte utfordringen eller trusselen på en passende måte. En slik hendelse, med påfølgende reaksjoner, vil fremstå som et avgjørende vendepunkt - et skille mellom det som var før hendelsen, og det som kommer etter” (Hummelvoll, 2016, s. 503). En krise kan beskrives som en responstilstand med tre faktorer. Den første faktoren innebærer at den

psykologiske likevekten hos mennesket er forstyrret. Den andre faktoren for responstilstand innen krise er at det som blir sett på som adekvate og vanlige mestringsstrategier hos den enkelte er forsøkt uten at det har ført til en endring tilbake til likevekt. Den siste faktoren er en fall i funksjonsevne som følge av lidelse og håpløshet som krisen har vært med å skape (Flannery & Everly, 2000, s. 19, sitert i Hummelvoll, 2016, s. 503).

Helsedirektoratet (2016) skriver at mennesker som opplever en krise kan oppleve den aktuelle krisen som så dramatisk at slike kriser kan føre til at mennesker utvikler traumer som følge av det. En krise kan også føre til at viktige verdier eller funksjoner i familier, enkeltpersoner eller i lokalsamfunn blir truet. I veilederen står det videre at katastrofer er hendelser med et større omfang enn en krise. En katastrofe er hendelser som i likhet med kriser potensielt kan være traumatiserende og dramatiske, men her er det mange mennesker som er berørt og at tilbudet om hjelp i de ulike kommunene er større enn hva de ulike kommunene har tilgjengelig i nærområdet hvor katastrofen fant sted (Helsedirektoratet, 2016, s. 14).

For å jobbe med mennesker i krise, og håndtering av dette er det viktig å ha gode kunnskaper om menneskers reaksjonsmønstre ved kriser. To teorier relevante for vår problemstilling sett opp mot studiens funn er: *Cullbergs kriseteori* og *stress- og sårbarhetsmodellen*.

2.2.1 Cullbergs kriseteori

Psykiateren Johan Cullberg utviklet en teori om kriser. Han skilte mellom det han betegnet som utviklingskriser også kalt livskriser og traumatiske kriser. Mens utviklingstraumer ses på som en naturlig del som alle mennesker må igjennom i livet, så er traumatiske kriser beskrevet som uventede påvirkninger utenfra som man ikke har kunnet ha kontroll over (Cullberg, 2010, s. 15). Selv om det er ulikheter i hvordan mennesker reagerer på krise så mener Cullberg at fasene etter en oppstått krise kan deles inn i fire faser hvor mennesket befinner seg i de ulike fasene i ulik varighet (Cullberg, 2010, s. 128-129).

1. Sjokkfasen: Det er ulikt fra individ til individ hvor lenge man er i en sjokkfase, fra timer til flere døgn. Påse et "perfekt" ytre mens det er fullstendig kaos på innsiden, skrik, utagering eller bli helt paralyisert. Det er store variasjoner i hvordan enkeltindividet reagerer på sjokk (Cullberg, 2010, s. 130-131).

2. Reaksjonsfasen: Individet befinner seg i krisen akutfase når man er i sjokk- og reaksjonsfasen. Dersom disse fasene har en varighet utover 4-6 uker så brukes ikke betegnelsen “akutfasen”. Reaksjonsfasen starter i det individet blir tvunget til å se eller skjønner har som har skjedd eller vil skje. Da starter en stor omstilling og ulike forsvarsmekanismer som for eksempel regresjon, fornektelse, projeksjon, rasjonalisering, isolering og undertrykkelse og somatiske symptomer som blant annet hjertebank, stress, hodesmerter, hormonelle forandringer og forstyrret søvnmønster. Forsvarsmekanismene har som funksjon å beskytte individets “jeg” mot fare og trusler. I denne fasen kommer ofte fortvilelsen og smerten frem i hele sin bredde (Cullberg, 2010, s. 131-138).

3. Bearbeidingsfasen: Denne fasen har normalt en varighet på 6-12 måneder etter det traumatiske sjokket fant sted. I motsetning til sjokkfasen hvor fokuset var fortiden så flyttes nå fokus mot fremtiden. Symptomer og atferdsendringer som oppstod tidligere begynner nå å forsvinne. Tilbake til hverdagen og fokus på tidligere aktiviteter står nå i fokus og man begynner å bli forsonet med hendelsen (Cullberg, 2010, s. 138-140).

4. Nyorienteringsfasen: Denne fasen har ingen slutt. Individet har fått et arr som ikke skal glemmes, men leves med. Livet ble forandret, men hendelsen har ikke lenger en negativ påvirkning på dagliglivet. Selvfølelsen som ble ødelagt i sjokkfasen er nå gjenopprettet og uoppfylte håp er blitt bearbeidet (Cullberg, 2010, s. 140-141).

2.2.2 Stress og sårbarhetsmodellen

Mennesker reagerer ulikt og kan ha ulike behov ved samme type krise. Stress- og sårbarhetsmodellen beskriver hvordan alle mennesket har en sårbarhet som til dels er genetisk betinget. Denne sårbarheten er med som en faktor for å avgjøre hvordan man responderer på ytre stress (Hummelvoll, 2016, s. 231).

Noen får full panikk, mens andre mennesker blir handlingskraftige og vil forsøke å hjelpe andre under en pågående krise (Brataas, 2019, s. 258). I følge forskningen til psykolog John Leach så viser 75% av de menneskene som er under en pågående mulig livstruende situasjon ikke agerer, men derimot venter på at andre skal ta initiativ eller gjøre noe (Brataas, 2019, s. 258). Dyregrov (2018) skriver at å ta vare på hjelpere omfatter at de får undervisning, erfaring forut for hendelser, trening, ivaretagelse under selve arbeidet og gode oppfølgingsrutiner som settes i gang i etterkant av hendelsene. Når et familiemedlem

opplever en krise eller en katastrofe vil ofte familiedynamikken forandre seg. Dette kan blant annet skyldes at de som har overlevd krisen eller katastrofen ikke opplever at sine familiemedlemmene eller andre nære relasjoner klarer å forstå hvordan det var å være utsatt for en krise. De kan oppleve liten forståelse for hvordan de har det (Dyregrov, 2018. s. 36). Dyregrov skriver videre at i de tilfeller hvor flere i samme familie eller i andre felles grupper opplevde den samme faren så vil allikevel bearbeidingen av hendelsen kunne ha stor variasjon. Mange overlevende etter Utøya oppga at de følte på en økt distanse mellom seg selv og foreldrene. De opplevde foreldrene som mer tilbaketrukket enn det de hadde opplevd dem som tidligere (Dyregrov, 2018. s. 35).

2.2.3 PTSD – posttraumatisk stresslidelse

Mennesker som opplever alvorlige traumatiske hendelser kan få ulike symptomer eller plager som følge av dette. Disse symptomene og plagene som kan utvikles kan etterhvert bli gjeldene og kvalifisere til diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Dyregrov, 2018, s. 42). Mennesker med PTSD har symptomer som blant annet gjenopplevelse av traume og unngåelsesatferd. PTSD kan komme til syne på ulikt vis. Noen kan kjenne på at deres følelsesliv har blitt avkortet, det vil si at man distanserer seg emosjonelt fra andre mennesker og unngår å føle på normalreaksjoner som glede, sinne og liknende. Andre kjenner på en hyperaktivering av følelser hvor kroppen og hodet er i beredskap. Det kan komme til syne ved blant annet aggressivitet, dårlig søvn, vansker med å konsentrere seg eller som angst (Isdal, 2017, s. 111- 112). Mennesker kan utvikle diagnosen PTSD på to ulike vis; i akutt form, det vil si at det er symptomdebut i løpet av de tre første månedene etter en krise. Den andre er i en utsatt form hvor man først får reaksjoner etter at plagene er så store at de oppfyller kriteriene til diagnosen først etter seks måneder (Dyregrov, 2018, s. 45). Behandlere som jobber med mennesker med alvorlige problemer står i en faresone for å utvikle PTSD på lik linje som andre som står i store kriser eller blir utsatt for en traume (Isdal, 2017, s. 112).

Isdal (2017) skriver at vi mennesker har grunnleggende skjemaer som omhandler hvordan vi mennesker ser verden. Disse grunnleggende skjemaene organiserer vi livets viktige dimensjoner etter; "tillit/avhengighet, opplevelser av trygghet, kontroll/uavhengighet, respekt og intimitet" (Isdal, 2017, s. 110). Mennesker har ulike skjemaer på hvordan verden ser ut og dette baserer seg på hvordan vi har det og hvordan vi gjør det. Når mennesker opplever noe

traumatisk så vil disse grunnleggende skjemaene bli forandret (Isdal, 2017, s. 109).

Behandlere som møter disse alvorlig syke menneskene og gang på gang får høre om svært traumatiske hendelser vil kunne oppleve at egne skjemaer blir endret og man ser livet på en annen måte og kan selv utvikle PTSD (Isdal, 2017, s. 110-115).

2.2.4 Sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering

Berge (2015) skriver i sin artikkel: *Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet* at det finnes lite forskning på hvorvidt behandlere kan bli traumatisert eller få en vikarierende traumatisering i sitt arbeid med mennesker som opplever kriser og katastrofer. Han skriver videre at det ser ut til å være en gradvis og kumulativ prosess hvor reaksjonene er tiltakende når man gang på gang hører detaljerte beskrivelser av grusomheter og tragedier (Berge, 2015, s. 125-127). Behandlere kan miste optimisme og medfølelse for sine pasienter og dermed oppleve en tilstand av fortvilelse og eksistensiell ensomhet.

Isdal (2017) skriver om *sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering, compassion fatigue* (omsorgstretthet) og utbrenthet i hjelpeyrkene. Omsorgstretthet som er oversettelsen Isdal bruker etter Berge (2005) blir beskrevet som gradvis mindre engasjement for å hjelpe og bry seg i jobben sin, og en påfølgende utmattelse. Omsorgstretthet inneholder alle symptomer på utbrenthet og vikarierende traumatisering (Isdal, 2017, s.131). Det som skiller sekundærtraumatisering fra vikarierende traumatisering er at sekundærtraumatisering fokuserer på symptomene, mens vikarierende traumatisering handler om relasjonene, og hvordan behandler blir "vikar" for pasienters traumer og lidelser (Isdal, 2017, s.121). Det er avgjørende at ansatte som jobber psykososialt med mennesker i kriser blir fulgt opp og tatt vare på av arbeidsplassen. Dette vil kunne forebygge blant annet sykemeldinger, utbrenthet og fare for sekundærtraumatisering. Isdal vektlegger at hjelpere kan utvikle PTSD ved å stå i en overveldende arbeidssituasjon eller bli direkte utsatt for vold, men også ved å høre om andre sine traumer uten å være direkte berørt selv (Isdal, 2017, s. 112). Isdal (2017) påpeker viktigheten av å ikke sykeliggjøre det som er normale menneskelige reaksjoner på stressende/traumatiske opplevelser. Han mener det er normalt at man som hjelper blir preget i mer eller mindre grad av pasienters traumatiske opplevelser eller historier, men ikke alt bør diagnostiseres. Dette er med å sykeliggjøre det som egentlig er normalt. Et eksempel Isdal (2017) nevner er diagnosen sekundærtraumatisering, som har klare krav som må være oppfylt

for å få diagnosen satt. En av kravene innebærer at pasienten som man behandler skal ha opplevd noe livstruende eller som har vært overveldende for de, i tillegg til at behandler selv skal ha utviklet “tre type symptomer: 1.gjenopplevelser, 2. unngåelse/ nummenhet og 3. hyperarousal” (Isdal, 2017, s. 121). Isdal (2017) nevner blant annet det å være behandler for de overlevende etter Utøya er en situasjon hvor så og si alle behandlere vil bli påvirket av de overlevendes traumer, men i ulik grad (Isdal, 2017, s. 120).

Vråle (2013) skriver at behandlere som jobber med traumatiserte mennesker kan oppstå reaksjoner hos behandler som kan sammenlignes med symptomene til traumatiserte mennesker, noe Vråle betegner som sekundærtraumatisering. Vråle mener at noe av årsaken til dette kan være at grensene mellom de man behandler og seg selv blir visket ut. Det kan også være forklaringer som går på at man som behandler er eller har blitt sliten og utbrent i forbindelse med jobben og at man dermed ikke er i stand til å gjøre gode selvrefleksjoner og at arbeidet med egen ivaretagelse dermed blir krevende. Behandlere i slike situasjoner kan også ha vanskeligheter med å konsentrere seg og dermed ikke ha nok fokus på det å ta vare på seg selv (Vråle, 2013, s. 106).

Hjelpere ønsker å hjelpe – det er helt grunnleggende. Todaro-Franceschi (2013) skriver at man ikke kan se på belastningen til hjelpere alene, belastningen må ses i sammenheng med den motivasjonen hjelpere gikk inn i arbeidet med. Hun mener at hjelpere har en iboende motivasjon og behov til å «care» som oversatt betyr å gi omsorg eller vise hensyn (Todaro-Franceschi, 2013, sitert i Isdal, 2017, s. 134). I begrepet «care» er essensen empati. I de tilfeller hvor hjelpere ikke får være vært til hjelp eller utøve omsorg eller vise hensyn fordi de blir hindret eller stoppet så fører det til at hjelperen opplever en form for fortvilelse. Årsaken til dette kan være at motivasjonen bak «care» blir hindret når hjelpere ikke får mulighet til å hjelpe. Et eksempel er at hjelpere ikke får nok tid til sine pasienter eller ikke har midler til rådighet som gjør at de kan oppsøke pasienter (Isdal, 2017, s. 134). Når man skal se på som kan være aktuelle helsebelastninger rettet mot arbeidet hjelpere står i, så må man se på tre ulike faktorer og hvordan disse samspiller; pasienten - hjelper og rammene (Isdal, 2017, s. 147).

2.3 Psykososialt arbeid

Dyregrov (2018) skriver at det er viktig at man etter en krise eller katastrofe tilrettelegger for transport for de berørte slik at kan samles sammen med de menneskene som kan sørge for trygghet og omsorg (Dyregrov, 2018, s. 120).

Behandlere som står i psykososialt arbeid kan etterhvert føle seg uerstattelige og derfor jobbe lenge i lange perioder og på den måten kan stå i stor fare for å slite seg ut (Jacobs, Quevillon & Stricherz, 1990, sitert i Dyregrov, 2018, s. 271). Mange av de som blir rammet av en katastrofe vil til å begynne med ikke på eget initiativ oppsøke hjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette kan skyldes at de i utgangspunktet ikke har hatt noe tidligere tilbud eller kontakt. De kan også være vant til å klare seg selv. Disse menneskene kan oppleves som motvillige i forhold til å ta imot tilbud om hjelp fordi de er overveldet av hendelsen. I slike tilfeller kan behandlere raskt kjenne på maktesløshet og oppgitthet fordi de ser et hjelpebehov de ikke klarer å tilby (Dyregrov, 2018, s. 271-272).

Det snakkes også om en *behandlingsoptimisme*. Med det menes det at pasienter og pårørende kan ha urealistiske forventninger til hva som kan oppnås ved psykososial behandling (Brataas, 2019, s. 260). Det oppgis at foreldre eller andre pårørende til de som har vært direkte utsatt for en traume eller krise opplevde mindre bistand fra helsetjenesten da de selv ikke var direkte påvirket av krisen. Ungdommer som hadde to foreldre med utenlandsk opprinnelse eller selv var født i utlandet rapporterte mer stressreaksjoner enn andre ungdommer (Dyb & Jensen, 2019, s. 23)

Ved det å være profesjonell menes det og man har et særlig ansvar i forhold til relasjonen, og at den er tilpasset den man skal hjelpe (Aubert & Bakke, 2011, s. 25). Det å ha profesjonell relasjonskompetanse betyr at relasjonen og dialogen gjenspeiles av gjensidig respekt for hverandre. Det handler om å jobbe mot felles mål i lag og anerkjenne den andre og ha et så åpent blikk som mulig inn i nye relasjoner. For å kunne gjøre det må man være bevisst sine egne verdier, og for forståelse som man tar med seg inn i de profesjonelle relasjonene (Aubert & Bakke, 2011, s. 26).

2.4 Arbeidsmiljøloven

I arbeidet med mennesker som står i katastrofer, kriser eller andre psykiske belastninger så kan man som arbeidstaker oppleve en så stor belastning at man blir syk. Disse forholdene er styrt av et lovverk, arbeidsmiljøloven. Loven er tydelig på at det er arbeidsgiver som har det juridiske ansvaret når det gjelder vilkårene til de ansatte. Arbeidsmiljøloven er samtidig veldig klar på at alle parter som er involvert i arbeidslivet har et delansvar for å være med på å skape et beskyttende arbeidsmiljø slik at man kan forhindre skader av både fysisk og psykisk art (Isdal, 2017, s. 35).

I arbeidsmiljøloven (2005) står det tydelig hva som er lovens formål: “å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet” (arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1 a). Arbeidstakere kan stå i situasjoner som er krevende, privat eller på jobb. Arbeidsgiver plikter i slike tilfeller, når det er behov å legge til rette for ulike tilpasninger basert på den enkeltes livssituasjon og tilpasninger. Arbeidsgiver plikter å sikre at arbeidstakere ikke blir syke som følge av jobben de står i (arbeidsmiljøloven, 2005, §§ 1-1 d & 2-1).

Arbeidsmiljøloven (2005) stiller også krav til arbeidstakers psykososiale arbeidsmiljø. “arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldig belastninger som følge av kontakt med andre” (arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3 nr. 4). I denne studien er det behandlere innen psykisk helsevern, i tillegg til å jobbe med pasienter har man ofte tett samarbeid og eller kontakt med pårørende og familie.

3.0 Metode og forskningsdesign

Den veien man har fulgt frem for å komme frem til målet - er den greske betydningen av ordet metode. I denne masteroppgaven har vi valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Det betyr at datainnsamlingen har foregått gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer. Data som fremkom i intervjuene er analysert ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering (senere omtalt som STC). Kvale & Brinkmann (2015) skriver at det er i den sosiale interaksjonen mellom vedkommende som intervjuer og deltakeren at ny kunnskap

og data blir produsert i kvalitative forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83). Ved å velge kvalitativ metode basert på individuelle semistrukturerte intervjuer ønsket vi å innhente deltakernes erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2011, s. 13). Formålet med studien var å undersøke hvordan det var å være behandler for overlevende og pårørende i krise etter terrorangrepet på Utøya 22. juli 2011.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring – hermeneutikk

Oppgaven vår er vitenskapelig forankret innenfor *det fortolkende* paradigme og slutninger trekkes fra det enkeltstående til det allmenne. Det vil si at subjektet (mennesket) er sentral i hvordan en ser og oppfatter verden ut i fra hvilket ståsted de selv har (Malterud, 2017, s. 27). ”Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). Fra å være brukt for å lese og forstå tekster innenfor religion og jus så har hermeneutikken slik vi kjenner den i dag, utvidet begrepet til å gjelde både handling og refleksjoner til enkeltindividet ved tolking og lesing av tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). Den tyske filosofen Hans- Georg Gadamer (1900- 2002) er kjent for sin teori om forforståelse og hvordan menneskets verdier, og fordommer virker inn på tolkning av hvordan mennesker leser ulike situasjoner, og hvordan denne forståelsen hele tiden er i endring. “Forståelse er avhengig av visse fordommer” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). Menneskers fordommer og forståelse er alltid i bevegelse. Hermeneutikken fokuserer på de ulike delene og helheten av en tekst, den hermeneutiske sirkel, (Malterud, 2017, s. 28). “*Den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse*” (Malterud, 2017, s. 28). For å få svar på problemstillingen, og forskningsspørsmålene i denne studien har vi valgt en hermeneutisk tilnærming. Dette for å kunne belyse den enkelte deltakers forståelse og opplevelse av det å jobbe med kriser, og deres rolle som behandler. Ved å ha en hermeneutisk tilnærming er vi klar over at vi ikke går inn i intervjusituasjonen med helt blanke ark. Som skrevet tidligere er det en sosial interaksjon som foregår mellom deltaker og forsker. Vi som forskere har og en forforståelse som og kan være med å påvirke datamateriale. Denne forforståelsen har vi skrevet ytterligere om under punkt 3.7.

Den hermeneutiske sirkel omhandler hvordan man hele tiden er i bevegelse når det kommer til forståelse og tolkning av tekst. Man har alltid med seg en forforståelse som igjen er med å påvirke i noen grad hvordan man tolker/ leser en tekst i sin helhet. Disse delene endrer seg

hele tiden ettersom forforståelsen stadig er i endring, og det samme gjør helheten. Det er derfor man kaller det en hermeneutisk sirkel (eller spiral) fordi det hele tiden er i bevegelse og nye erfaringer tolker og Leser vi ut i fra tidligere forståelse som igjen gjør at vi får en ny forforståelse basert på den forrige (Ulleberg, 2018, s. 129). I en intervjusituasjon er det viktig å være lydhør og klar over egen forforståelse slik at analysen blir et resultat av kunnskapen og erfaringene som deltakerne innehar og har delt underveis med oss i intervjuene.

Innenfor kvalitativ og kvantitativ forskning så står begrepene ontologi og epistemologi sentralt. I ontologien handler om læren om hva som eksisterer og vår eksistens, og ligger til grunn for hvordan vi oppfatter virkeligheten. Epistemologi handler om utvikling av kunnskap som kan si noe om verden og virkeligheten (Malterud, 2017, s. 27).

Hvilken relevans har studien og hva kan den brukes til? Hvilken validitet har studien, og hva sier dataen noe om? (Malterud, 2017, s. 18-19) Studiens refleksivitet omhandler den tolkningsrammen og forutsetningene vi som forskere har i forskningsarbeidet. Vi skal være i stand til å utøve en vilje og ha evne til å stille spørsmål ved fremgangsmåten og konklusjoner som studien har benyttet i form av tvil og ettertanke. Vi må kunne si noe om sin egen forforståelse og eventuelle hypoteser. Dette betyr at vi må tørre å utfordre oss selv og være forberedt på at det vil komme andre resultater og andre konklusjoner enn hva man først antok. Det vil ikke si at ingen svare er gode nok. Ei heller at man hele tiden skal lete etter andre resultater som viker fra det man har funnet. Det som var viktig å ha i bakhodet under studien var at vi hadde argumenter på hvorfor de endelige resultatene viste seg å være de sterkeste og beste, og hvilke andre resultater som var blitt vurdert (Malterud, 2017, s. 19- 20). Endelige relevans skriver Malterud at man ikke kan si noe om før resultatene er ferdig presentert og studien er ferdig. Først da kan man si noe om studiens relevans og hva dataene eventuelt kan brukes til (Malterud, 2017, s. 21-23).

3.2 Metode for innsamling av data

Metodevalget for innsamling av data er i denne studien er semistrukturerte intervju. Dette er en kvalitativ datainnsamlingsmetode som er godt egnet når man ønsker å få kunnskap om menneskers ulike opplevelser ut fra deres syn og forståelse av et fenomen (Dalen, 2011, s. 13). Å gjennomføre et semistrukturert intervju vil si at de individuelle intervjuene ble gjennomført med åpne og ikke lukkede spørsmål. Vi ønsket å stille noen forhåndsbestemte

spørsmål i tillegg til at vi stilte noen åpne spørsmål. Tanken bak var at det var ønskelig med en samtale hvor deltakerne kunne fortelle mer fritt om det som opptok dem, og at vi som forskere kunne stille oppfølgende spørsmål underveis dersom det falt seg naturlig og eller dukket opp nye temaer. På denne måten håpet vi å kunne få tak i mer utdypende informasjon.

Intervjuguiden ble bygget opp ved å lage noen hovedtemaer med underspørsmål (se vedlegg 3) for å kunne ha åpne og spontane samtaler. På den måten måtte vi ikke forholde oss til et strukturert intervjuguide uten rom for innvendinger. Det ble vurdert at denne åpne formen for samtale ville gi de beste mulighetene for å avdekke nyanser, ulike erfaringene og utfordringene i arbeidet med overlevende og pårørende etter 22. juli 2011. På denne måten ville intervjuene kunne gi et rikt materiale for den videre meningsanalysen.

Tre av våre intervjuer ble gjennomført ved at man fysisk møttes på deltakerens kontor. I forbindelse med den pågående covid-19-situasjonen så var det ikke i alle tilfeller mulig å møtes fysisk med tanke på samfunnets smittevernregler. Av denne årsak ble tre intervjuer gjennomført digitalt via Zoom med lyd og bilde. Alle intervjuene ble tatt opp med diktafon-app fra Universitet i Oslo (UIO) og lagret i nettskjema. Transkriberingen ble gjennomført ved å logge inn i nettskjema og intervjuet ble transkribert i sin helhet.

3.2.1 Utvalg, rekruttering og presentasjon av deltakerne

I arbeidet med utvalg og rekruttering til denne studien står intern validitet sentralt. Med det menes det et bevisst utvalg av deltakere som er viktig for å kunne finne deltakere som kan gi nok data til å besvare problemstillingen i studie (Johannesen et al., 2016, s. 113). Det ble gjort et strategisk utvalg i arbeidet med å henvende seg til en bestemt gruppe mennesker. Det ble basert på hvilke deltakere som kunne være med å belyse og besvare studiens problemstilling og som kunne være med å tilføre ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 58).

Rekruttering av deltakere foregikk ved at vi henvendte oss til ledere på ulike DPS-poliklinikker i Norge. Der presenterte vi kort vårt forskningsprosjekt og spurte om lederne kunne videresende ut informasjonsskrivet til sine ansatte. To personer tok kontakt ganske umiddelbart og vi lagde en avtale om intervju. Disse fikk vi avtalt dato for intervjuet med par

uker frem i tid. Cirka en uke i forkant sendte vi ut en forenklet intervjuguide slik at de skulle få litt tid til å forberede seg. Dette gjorde vi fordi terroren på Utøya 22. juli 2011 var på det tidspunktet langt bak i tid og deltakerne kunne trenge tid for å huske tilbake. Dagen før avtalt intervju ble det sendt en sms og minnet om intervjuet dagen etter (Johannessen et al., 2016, s. 126). Under ett av intervjuene kom det forslag om andre fagpersoner som hadde erfaring og informasjon som kunne være av interesse for studien. Det ble fulgt de samme tre trinnene med avtale om intervjutidspunkt, intervjuguide og påminnelse på sms for disse deltakerne. Det som startet som en åpen invitasjon til utvalgte ledere og ansatte ved spesialisthelsetjenesten (DPS) utviklet til at andre behandlere ble rekruttert via snøballteknikk av to av de første deltakerne. Det å rekruttere vise seg å være en prosess som tok lenger tid en estimert.

Malterud (2017) skriver at det vil variere ut fra informasjonsstyrken i utvalget hvor mange deltakere det er behov for. Dersom informasjonsstyrken er høy vil det være nok med 4-7 deltakere. Dette avhenger av flere faktorer som for eksempel hvordan deltakerne klarer å dele informasjon knyttet til en fokusert problemstilling (Malterud, 2017, s. 63-64). I denne studien var det seks deltakere fra Østlandsområdet. Fire av deltakerne i denne studien er utdannet psykologspesialister, en deltaker var utdannet psykiatrisk sykepleier, mens den siste deltakeren hadde utdanning som spesialvernepleier. Fem jobbet og omtalte seg selv som behandler innenfor spesialisthelsetjenesten for voksne, mens en deltaker jobbet som behandler innenfor psykisk helsearbeid for voksne i kommunen. Tre av deltakerne var kvinner i alderen 40-60 år. Yrkeserfaringen i arbeidet som behandler hadde en variasjon på 2-30 år. Tre av deltakerne i denne studien var menn i alderen 35-69 år. I likhet med de kvinnelige deltakerne var det en variasjon i varighet i yrkeserfaringen hos de mannlige deltakerne fra 2-49 år. En av deltakerne hadde lang fartstid i jobb med mennesker, men ikke innenfor psykisk helsearbeid så var relativ ny i sin jobb på tidspunktet terroren 22. juli 2011 inntraff. De resterende deltakerne hadde jobbet over et tiår og var godt kjent med krisearbeid fra tidligere.

Våre inklusjonskriterier omfattet behandlere innenfor DPS eller kommunen som har hatt behandlingsansvar for overlevende og eller pårørende etter 22. juli 2011 på Utøya. Et annet inklusjonskriteriet er at behandler skal ha jobbet med individuell behandling med pasienter. Eksklusjonskriterier gjaldt de som kun hadde hatt behandlingsansvar for de overlevende etter bomben mot regjeringskvartalet 22 juli 2011.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene og transkribering

Kvale & Brinkmann (2015) skriver at de første par minuttene i intervjusituasjonen er avgjørende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). Intervjusituasjonen startet med en presentasjon av oss og formålet med studien. Deretter fikk deltakerne anledning til å fortelle litt om seg selv. Dette var med å skape en god kontakt slik at vi ble litt mer kjent. På den måten kunne både vi og deltakerne føle på at man var tilstede for hverandre under intervjuprosessen.

Avslutningsvis i intervjuet fikk deltakerne anledning til å stille spørsmål eller ta opp temaer de ønsket å snakke mer om. Det ble en gjennomgang av intervjuet sammen med deltakeren, og det ble åpning for at deltakeren kunne snakke fritt hvis det var noe deltakeren ønsket å formidle som av en eller flere årsaker ikke hadde blitt nevnt tidligere i intervjuet. På den måten ble intervjuet oppsummert og avsluttet på en naturlig måte. Det var en forskjell mellom deltakerne i forhold til hvor detaljert de fortalte om sine egne erfaringer, og opplevelser fra sitt arbeid med de overlevende, berørte og etterlatte. Det var en variasjon i hvor berørt den enkelte deltaker ble i løpet av intervjuet. Noen ble veldig emosjonelt berørt og andre gjennomførte intervjuet uten å vise tydelige tegn på å bli sterkt emosjonelt berørt. Stemningen i intervjuene, både de fysiske og de digitale bar preg av en ro og ærbødighet og en ydmykhet fra vår side for det krisearbeidet de har vært en del av. Kvale & Brinkmann (2015) skriver om bevisst naivitet og viktigheten av å være lydhør og interessert i det deltakeren forteller, så vel som det som ikke blir sagt. I tillegg til å være interessert i få frem nye fenomener gjennom intervjuet. Dette forutsetter at man setter sin egen forforståelse og forutinntatthet til side (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 48). Dette var noe vi var bevisst og forsøkte å utøve en varsomhet i intervjusituasjonen slik at vi kunne fange opp små nyanser og få tak i det som ble sagt litt mellom linjene. Varigheten på intervjuene hadde en variasjon mellom 45-90 minutter.

Intervjuene ble transkribert umiddelbart etter gjennomføringen og ble videre analysert. Det ble på forhånd antatt at seks til åtte deltakere ville være tilstrekkelig for å besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte (Malterud, 2017, s. 63). Etter seks intervjuer ble det nådd et metningspunkt hvor informasjonsstyrken var å anse som høy og gav grunnlag for hovedtemaer som kunne utforskes videre.

3.3 Analyse – systematisk tekstkondensering

Datamaterialet i denne studien er analysert etter Malteruds metode systematisk tekstkondensering (STC). STC er en pragmatisk metode og egner seg godt til analyse av semistrukturerte intervjuer (Malterud, 2017, s. 97). Denne analysen deles opp i fire hovedfaser. Disse fire fasene er; 1. *helhetsinntrykk*, 2. *meningsbærende enheter*, 3. *kondensering* og 4. *syntese* (Malterud, 2017, s. 98). Nedenfor vil disse fire begrepene bli nærmere forklart.

3.3.1 Helhetsinntrykk

I første fase i STC handler det om å bevege seg fra et villnis til foreløpige temaer. Analysen i denne fasen handler om å lese teksten som en helhet slik at det danner seg et oversiktsbilde og at forskerne blir kjent med materialet. I denne fasen er det viktig at vår egen forforståelse og den teoretiske referansen vi har, blir satt til side. Det er viktig å ha studiens problemstilling klart for seg slik at det stilles med en åpenhet i forhold til hva materialet formidler (Malterud, 2017, s. 99). Hvert intervju ble lest hver for oss for å danne et helhetsinntrykk av hvert enkelt intervju og finne foreløpige temaer. Det ble gjort notater underveis. Det ble hele veien fokusert på deler og helhet og deretter tilbake til delene i intervjuene, her jobbet vi bevisst med den hermeneutiske sirkel. På denne måten var det enklere å få et helhetsbilde og en foreløpig oversikt.

3.3.2 Meningsbærende enheter

I fase to skal de meningsbærende enhetene bli tydelige. Malterud skriver at det er en fordel om det er flere forskere i arbeidet med analysen for å kunne diskutere foreløpige temaer og se hva som er sammenfallende og hva som er ulikt. I denne studien har vi vært to forskere som har kommet frem til tre temaer som dannet grunnlaget for kodegruppene (Malterud, 2017, s. 101). Det transkriberte materialet ble grundig gjennomgått ved først å lese helheten for deretter å dele inn i mindre deler slik som Malterud beskriver den hermeneutiske sirkel. For å skape en god oversikt ble det benyttet bestemte fargekoder. Dette gjorde at vi lettere kunne sortere materialet vårt og finne frem til de meningsbærende enhetene som ble grunnlaget for resultatdelen. Det er i denne fasen det ble mulig å skille mellom det som relevant og det som er irrelevant informasjon i forhold til studiens problemstillingen. Målet har vært å finne tekst

som kunne være oppklarende i forhold til studiens problemstilling. Denne måten å systematisere enhetene som er meningsbærende blir kalt koding (Malterud, 2017, s. 101).

3.3.3 Kondensering

Analysens tredje fase skal de meningsbærende enhetene som man kom frem til i de foregående fasene sammenfattes. For å få til dette må de meningsbærende enhetene gjenkjennes og kodes (Malterud, 2017, s. 105). Delene av materialet hvor det ikke ble funnet meningsbærende enheter ble lagt til side. Resten av materialet utgjorde nå tre kodegrupper med meningsbærende enheter og skulle nå sorteres slik at de dannet beskrivende subgrupper. Da sitter man med det som utgjør analyseenheten. Malterud (2017) skriver om gullsitat det vil si å plukke ut sitater som representerer summen av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 108). Under intervjuene noterte vi oss ulike gullsitater som senere vil bli brukt i resultatdelen. I denne fasen er studies empiriske data blitt redusert til et dekontekstualisert utvalg av våre sorterte meningsbærende enheter.

3.3.4 Syntese

Analysens siste trinn, syntese handler om en rekontekstualisering. Det vil si at tekstbitene fra de tre andre fasene nå skal settes sammen igjen og danne grunnlag for nye fortolkede synteser. Dette skal nå deles med andre i form av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2017, s. 108). Det er viktig at denne formidlingen er troverdig ovenfor deltakernes stemmer. Den skal gi nye lesere innsikt og en tillit. Forskere være klar over og ta det ansvaret som ligger i den fortolkningen man har gjort og resultatene skal stemme med den sammenhengen de ble hentet ut fra (Malterud, 2017, s. 108). Malterud (2017) skriver at resultatene man skal presentere, representerer mange deltakerstemmer med ulike variasjoner og må derfor formidle hva som er fellestrekk i alle historiene og unngå at man forteller enkelthistorier (Malterud, 2017, s. 109).

3.4 Forforståelse

Forforståelsen beskriver Malterud som en ryggsekk som man hele tiden bærer med seg. Ryggsekken er fylt med erfaringer, faglig ståsted og blandet med ulike faglige hypoteser (Malterud, 2017, s. 45). Forforståelsen som man har med seg kan være motivasjon for valget av forskningstema i en studie. Dette fordi man i utgangspunktet har en interesse og nysgjerrighet rundt et gitt forskningsfelt som igjen kan føre til et ønske om mer kunnskap rundt en gitt problemstilling (Malterud, 2017, s. 45). Motivasjon har vært vårt faglige ståsted som sosionomer med videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid. Det har og vært en genuin interesse for helsefremmende og forebyggende arbeid. I denne studien har det vært viktig å være klar over egen forforståelse og vår rolle gjennom hele forskningsprosessen. Dersom vi ikke jobber bevisst og er klar over egen forforståelsen kan det bidra til at vi blir jobbende med skylapper og får et innsnevret synsfelt (Malterud, 2017, s. 45).

3.5 Metodediskusjon

“Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet- hva er dette gyldige om, og under hvilke betingelser?” (Malterud, 2017, s. 192). Når vi forsker bør vi undre oss over om den metoden som er benyttet representerer en gjensidig forståelse av det som blir kommunisert, derav en *dialogisk validering*. Med det menes det at forsker skal forsikre seg om det som blir formidlet blir forstått på rett måte ved å gjenta det deltaker har sagt og komme med spørsmål om det er forstått på rett måte (Malterud, 2017, s. 193). Studien skal vurderes opp mot kriteriene intern og ekstern validitet. I denne studien ble materialet systematisk gjennomgått i flere ledd. Dette ble gjort med de teoretiske perspektivene for studien. Relevans, validitet og refleksivitet ble drøftet gjennom hele analyseprosessen, ved at vi hele veien så på problemstillingen og spurte oss om dataen deltakerne kom med var ny kunnskap eller om det allerede var eksisterende kunnskap. Vi spurte oss hva resultatene av dataene kunne brukes til og overførbarheten i praksis hos både ledelse og helse- og sosialsektoren etter studiens slutt.

Underveis i arbeidet med å komme frem til endelige hovedtemaer og subgrupper ble flere tolkninger og funn diskutert. Her så vi fordelene av å være to forskere ved å ha mulighet til å diskutere blant annet hvorvidt funnene var i tråd med deltakernes stemmer eller om egen

forforståelse lå til grunn for tolkningen av dataene. I samarbeid valgte vi ut det som vi så på som den mest gjennomgående blant deltakerne. Studien hadde samme antall kvinner og menn. Dette var et bevisst valg fordi vi hadde et ønske om at både kvinner og menn skulle fortelle om deres opplevelser for å se om det var forskjeller. Vi mener det var det med å styrke den eksterne validiteten i studien kontra hvis vi hadde hatt deltakere med bare ett kjønn siden den det da kunne overføres både til de kvinnelige og mannlige behandlerne (Malterud, 2017, s. 24). Validitet sier også noe om hva som er sant. Selv om dataene var troverdige og sanne, så måtte vi som forskere vurdere validiteten opp i mot hvis det hadde vært andre deltakere, fra for eksempel en annen kant i landet enn Østlandet. Dataene kunne og vært annerledes hvis samme intervju hadde blitt foretatt på behandlere innenfor krisearbeid etter for eksempel terrorangrepet 11. september 2001 i USA (Malterud, 2017, s. 23).

Litteratursøk og litteratur har hatt en stor rolle i denne studien. Det kan være artikler eller litteratur som ikke er nevnt som kunne ha vært relevante. Vi har i arbeidet med denne studien hatt flere samtaler og digitalt møte med bibliotekar ved Høgskolen Innlandet, avdeling Elverum. Dette gjorde vi for å være sikre på at våre søkeord og søk var i samsvar og relevante til studiens problemstilling for å hindre at kunnskap som ville vært viktig ble oversett. Vi er allikevel klar over at det kan ha vært relevante artikler eller litteratur som vi ikke har funnet og at dette må tas med i betraktning.

For å sikre at vi hadde en intervjuguide som var god valgte vi tråd med retningslinjene til skolen og sende denne til vår veileder for råd og endringer før den ble sendt inn for godkjenning hos NSD. Dette var med å øke kvaliteten på spørsmålene og uklarheter ble oppklart.

I arbeidet med analysen så fulgte vi Malterud (2017) sin STC trinn for trinn. Malterud skriver at dette er en fin analysemetode å følge når man som fersk forsker har liten erfaring (Malterud, 2017, s 97). Vi opplevde at det var oversiktlig og ryddig å følge de fire trinnene i STC og at vi fikk ny kunnskap, ble tryggere og vil være mer erfarne ved et nytt forskningsprosjekt. Det å være uerfaren forsker og skulle gjennomføre kvalitative intervjuer var noe vi kjente på en usikkerhet rundt og vi valgte derfor å gjennomføre tre testintervjuer slik at vi følte oss litt tryggere og man kunne være litt mer avslappet og tilstede i intervjusituasjonen i stedet for å være låst til intervjuguiden. I intervjusituasjonen er

innhenting av erfaringer og beskrivelser hos deltakerne grunnleggende. For å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål er det et krav om at personene som intervjuer har god kunnskap om det tema som skal belyses (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195). I forkant av denne studien så ble det gjort mye research i tråd med problemstillingen og god støtte i veiledning og i opponentskap. Dette sammen med testintervju gav kjennskap og bakgrunnskunnskap om studiens tema og problemstilling.

Kunnskapen som studien formidler må kunne brukes slik at den kan utgjøre en forskjell. I arbeidet med denne studien har det vært et mål om en høy reliabilitet. Det vil si at funnene i studien på et annet tidspunkt kan reproduseres av andre forskere og gi lignende svar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Det har vært et stort fokus å sikre forskningsresultatenes troverdighet gjennom arbeidet med intervjuene.

Arbeidet med rekruttering av deltakere til denne studien startet med å sende ut et informasjonsskriv til ulike DPS i landet. Det ble gjort et strategisk utvalg med tanke på hvor det ble vurdert at det ville være god informasjonsstyrke. Det var to deltakere som tok kontakt ved bruk av denne tilnærmingen. De semistrukturerte intervjuene av disse to deltakerne ble deretter gjennomført i løpet av kort tid. Det viste seg at deltakerne som ble intervjuet kjente til andre aktuelle deltakere som kunne være interessante for denne studien. Slik utviklet rekrutteringen seg til den såkalte snøballteknikken som betyr at man bruker nettverket til de som allerede har sagt ja til å delta (Malterud, 2017, s. 58-60). En svakhet ved bruk av denne metoden kunne være at man får kontaktinformasjon til deltakernes kollegaer og man på den måten går glipp av kunnskap som man ville fått ved å intervjuer deltakere uavhengig av bekjentskaper til hverandre.

I denne studien ble det valgt å gi deltakerne intervjuguiden i forkant av intervjuet. Dette ble gjort for at deltakerne skulle få litt tid til å tenke siden det er 10 år siden terroren på Utøya rammet Norge. Det ble vurdert at dette ville være med å få frem viktig informasjon som ellers kunne bli glemt. I ettertid ser man at dette kan ha ført til at deltakerne forholdt seg veldig til spørsmålene og at andre viktige funn kan ha uteblitt. På den andre siden fortalte de fleste deltakerne at det var vanskelig å huske tilbake nøyaktig til hendelsen og at det hadde vært nyttig å motta intervjuguiden for å kunne tune seg inn.

Studien ble gjennomført med semistrukturerte intervjuer. Denne metoden ble valgt fordi den

var relevant for studien for å få kunnskap og informasjon om den enkelte deltakers livsverden. I ettertid og etter et par av deltakernes tilbakemeldinger har vi tenkt på at fokusgruppeintervju og kunne vært benyttet eller eventuelt i en kombinasjon med individuelle semistrukturerte intervjuer. På denne måten ville deltakerne mulig husket mer fra arbeidet som lå 10 år tilbake i tid ved å høre de andre fortelle og fått en aktiv dialog. På en annen side er det ikke sikkert at deltakerne hadde vært like åpne og personlige og at viktige nyanser ikke ville ha kommet like tydelig frem.

Dataene som ble innhentet i vårt utvalg opplevde vi hadde en høy informasjonsstyrke. Vi opplevde å få materiale med ulike resultatalternativer og på denne måten kunne vi plukke ut det som var med på å svare best på studiens problemstilling og dermed unngå å måtte godta kun det første og beste. Malterud (2017) skriver at materiale som inneholder paradokser og motsigelser ofte er våre beste data. Dette fordi det er viktige sider ved det levende liv og som hun skriver ikke skal fjernes selv om vi driver med forskning. Når funn ikke viser seg å være like eller opplagte så vil det bidra til at man som forsker ikke kan trekke raske slutninger (Malterud, 2017, s 60). Vi mener derfor at et strategisk utvalg ville bidra til at studiens reliabilitet ble styrket.

Studiens tema krisearbeid er innenfor et felt vi begge har lang erfaring fra, men samtidig er vi ferske innenfor forskningsfeltet. Det har derfor vært svært viktig for oss å kunne sette vår egen forforståelse i parentes og være bevisst denne da vi begge daglig jobber med mennesker i en form for krise, og er kjent med både mottatt veiledning og mangel på veiledning på en arbeidsplass. Det kan være en fallgrube ved at egen forforståelse kan bidra til å overdøve budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 45). I forskning er det viktig å sikre refleksivitet. For at denne studien skulle bringe frem ny kunnskap i forhold til forforståelsen som lå til grunn så ble stilt med et åpent sinn hvor det var rom for både ettertanke, tvil og konklusjoner som var uventede for oss. Forståelsen og hypoteser ble klargjort tidlig i denne studien. Formålet med dette var for kunne gi leseren en forståelse av hvordan vi kom frem til de endelige resultatene.

3.6 Ethiske betraktninger

Studiens prosjektskisse ble godkjent av vår veileder og meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). I dette meldeskjema var det lagt ved studiens informasjonsskriv sammen med samtykkeerklæring og intervjuguide. Prosjektet ble godkjent 09.10.20 (915478) (se vedlegg 1). Det var ikke behov for å sende inn noen endringer til NSD underveis i arbeidet da intervjuene ble utført som først skissert.

I rollen som forsker har man fremfor alt et ansvar når det kommer til å følge de etiske og juridiske retningslinjene som er gjeldende for god forskning. Dette gjelder under hele forskningsprosessen. Det vil si at det er gjeldende både før, under og etter. I denne studien er deltakernes personvern og sikkerhet ivaretatt jamfør Helseforskningsloven (2008) som gir klare juridiske føringer for hva som kreves av forskere som benytter deltakere i sin studie. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) har også vært sentrale og deltakernes personvern og informasjonssikkerhet er ivaretatt i tråd med de nevnte retningslinjer. I arbeidet med denne studien har Helsinkideklarasjonens grunnleggende prinsipper autonomi, rettferdighet, godhet og ikke skade vært viktig (World Medical Association, 2013).

Deltakerne fikk skriftlig informasjon om studien før intervjuet. De etiske retningslinjene i forbindelse med intervjusituasjonen ble deltakerne informert om i informasjonsskrivet. Videre ble deltakerne informert om taushetsplikt, om studien og at funnene vil bli anonymisert ingen skulle kunne bli identifisert. Deltakerne fikk informasjon om frivillighet, det vil si retten til å trekke sitt samtykke på hvilket som helst tidspunkt i etterkant av intervjuet dersom de hadde et ønske om det. Deltakerne ble informert om forsvarlighet. Intervjuet ble tatt opp på diktafon og lagret i et nettskjema hos Universitet i Oslo (UIO) og videre transkribert i sin helhet. Alt dette i henhold til personopplysningsloven (2018). Se (vedlegg 2).

Deltakerne har rett til selvbestemmelse og autonomi. De ble spurt om å delta og kunne på hvilket som helst tidspunkt velge å trekke seg fra studien. Dette skulle ikke medføre noe ubehag eller konsekvenser av negativ art for deltakerne. Studiens deltakere ble informert om dette både i forkant og etterkant av intervjuet.

Deltakerne fikk nødvendig informasjon om studien for å kunne ha grunnlag til å samtykke til intervju. Det skulle også innhentes et informert samtykke. Dette ble gjort ved å sende ut informasjonsskrivet som også inneholdt en samtykkeerklæring. Deltakerne ble informert om

at alt av lydopptak/ diktafon ble lagret på nettskjema hos UIO slik at deltakerne var sikret trygg databehandling. Videre ble deltakerne informert om at lydopptaket i sin helhet ville bli transkribert og opplysninger som kan identifisere hvem de er vil være anonymisert (Malterud, 2017, s. 82). Deltakerne ble informert om at det transkriberte materialet vil bli makulert og lydopptak slettet når studiet er fullført.

Forskere må være oppmerksom på hva en offentliggjøring av studien kan ha å si for deltakerne. Deltakerne skal være trygge på at de er sikret konfidensialitet. Informasjonen deltakerne har delt skal formidles på en slik måte at de på ingen måte kan identifiseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 103). Dette ble deltakerne informert om og deltakernes konfidensialitet er ivarettatt.

Forskere har et ansvar for å unngå skade ved forskning. De som deltar i studien skal utsettes for minst mulig belastning. Det kan oppleves veldig personlig og krevende og skulle snakke om egne erfaringer og følelser. Når man gjennomfører et intervju så kan man ikke på forhånd forutse hvordan deltakerne vil kunne reagere på de spørsmålene som stilles. Forskere har et ansvar for å følge opp eventuelle psykiske reaksjoner i etterkant av intervju dersom deltakere får slike reaksjoner (Johannessen et al, 2016, s. 85-86). Deltakerne ble i forkant av intervjuets start informert om at intervjuet kunne stoppes når som helst. Det var gjennom denne studien og under intervjuet ingen deltakere som valgte å avbryte eller trekke tilbake sitt samtykke til intervju. Det har heller ikke vært uttrykt behov for samtale i tiden etter intervjuene.

4.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra den kvalitative forskningen bli presentert. Egen forforståelse ble lagt til side og fokuset var å formidle deltakernes stemme i intervjuene. Vi vil innledningsvis presentere de tre hovedkategoriene 1. Behandlerrollen i en nasjonal krise. 2. Psykoedukasjon for de berørte av terroren. 3. Oppfølging av behandlere som jobbet med en nasjonal krise.

Første hovedkategori "***behandlerrollen i en nasjonal krise***" er delt inn i tre subgrupper "*spesielt å jobbe med denne type krise som rammet Norge*", "*relevant kompetanse og tverrfaglig samarbeid*" og "*personlig og faglig utvikling*".

Andre hovedkategori *“psykoedukasjon for de berørte av terroren”* er delt inn i to subgrupper *“traumearbeid for ungdom”* og *“unge voksne og møte med overlevende med minoritetsbakgrunn”*.

Tredje hovedkategori *“oppfølgingen av behandlere som arbeidet med en nasjonal krise”* er delt inn i to subgrupper *“veiledning og støtte - ensomme sammen”* og *“arbeidsmengde og belastning”*.

Deltakerne hadde ulike erfaringer og opplevelser på noen tema og like erfaringer og opplevelser på andre tema. Dette er med å vise mangfoldet og av den grunn vil det være umulig å generalisere alle funnene, derimot vil de subjektive opplevelse vise ulike nyanser og derfor speile mangfoldet.

4.1 Behandlerrollen i en nasjonal krise

Gullsitat: *“Så må man ordne opp i alt selv, midt i en nasjonal krise ingen har opplevd før”*

Mens noen hadde jobbet som behandler i kort tid, hadde de aller fleste av deltakerne jobbet i lenger tid som behandler innenfor spesialisthelsetjenesten eller psykisk helsearbeid i kommunen. De opplevde å føle seg trygge i sin rolle, og forventninger til hvordan de skulle utføre jobben sin. Denne tryggheten og forventningen ble de utfordret på da terroren rammet Norge. Deltakerne opplevde og måtte finne nye verktøy i en allerede godt utrustet verktøykasse.

4.1.1 Krise som rammet hele Norge

Deltakerne fortalte at det var veldig spesielt å jobbe med krisearbeid etter terroren 22. juli 2011. Det var å regne som en ny type krise. Det var stort og behandlerne følte seg langt fra forberedt:

“Det var bare å hoppe ut i det, vi samlet oss raskt, la en slagplan og gikk på med krummet nakke.”

Deltakerne følte på et ekstra press utenfra, og at de ble holdt et ekstra øye med i krisearbeidet de utførte etter terroren sammenlignet med andre type kriser og krisearbeid de hadde jobbet med tidligere. En av grunnene til det ekstra presset som deltakerne oppga var mediedekningen. Det var og svært mange i både nær og fjern omgangskrets som kjente selv eller som kjente til noen som var berørt av terroren i mer eller mindre grad og var med på at deltakerne følte både et stort mediepress og et press utenfra:

“Det er så stort, hva skal jeg gjøre her? Hvordan du føler at problemet er så mye større enn din evne til å kunne bidra”.

På tross av at det var en ukjent type krise for deltakerne så beskrev deltakerne selve arbeidet med kriser og traumer med mange likhetstrekk med andre type traumer og kriser med tanke på symptomtrykk og hvordan dette kom til uttrykk hos ungdommene. I møte med andre pasienter som sto i en krise så opplevde deltakerne at alle bearbeidet ulike hendelser forskjellig og i ulikt tempo. Flere av deltakerne beskrev likevel det å være behandler etter terroren 22. juli 2011 som en god opplevelse:

“Du sitter ikke bare og lar nyhetene skje uten at du har en rolle”.

Det følte godt å kunne bidra og ha en rolle var det samtlige deltakere satt igjen med når de fortalte om arbeidet de hadde stått i. Det ble påpekt viktigheten av å ta initiativ og være en bidragsyter og medmenneske.

4.1.2 Relevant kompetanse og tverrfaglig samarbeid

Deltakerne kjente på et savn og et behov etter et tverrfaglig profesjonelt samarbeid på tvers av profesjon og instanser. De savnet og mer åpning for andre type behandlingsformer eller arenaer slik som gruppeterapi eller felles organiserte samlinger for de berørte ungdommene / unge voksne. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde det som vanskelig å få hjulpet enkelte av ungdommene ut fra en setting hvor samtalerapi foregikk fra kontoret. Noen av deltakerne fortalte at de fikk åpning for å kunne ta i bruk ekstra ressurser med mer alternative

prosesser som innebar mer handlingsrom, for å forsøke løsninger for de ungdommene som var hardt rammet hvorpå samtalerterapi på kontor ikke var å finne tilstrekkelig:

“Vi dro hjem til de ungdommene som bodde alene. Ofte to ganger om dagen. Dette for at de skulle ha et trygt/ kjent ansikt å se. Målet var også å trygge de på at verden er trygg der ute. Flere turte ikke forlate hjemmet sitt og satt der uten mat. Så vi måtte blant annet handle inn mat”.

Flere DPS kontorer på Østlandet var raske med å samle sine behandlere for å kartlegge veien videre før det ble startet intervensjoner med de overlevende og pårørende etter terroren. Mange samlet seg allerede samme dag på tross av fellesferie og helg. Deltakerne beskrev at dette hadde vært av stor betydning og en trygghet for dem i behandlerrollen. På den måten kunne det kartlegges kompetansen de ulike DPS hadde samlet. Dermed fikk man laget en plan for det videre arbeidet fordelt på de ressursene som var tilgjengelig. Deltakerne som vi intervjuet som ikke opplevde denne raske samlingen og kartleggingen hadde ønsket at dette hadde vært tilfelle. Utenom denne raske samlingen så fortalte alle deltakerne at de savnet et faglig og kollegialt fellesskap hvor de kunne ha hentet kunnskap og støtte fra hverandre, for å kunne øke kompetansen og føle seg tryggere i behandlerrollen. Uavhengig av lengde på erfaring i behandlerrollen ønsket deltakerne seg mer av kollegialt samarbeid. Det som skilte de deltakerne som hadde jobbet lengst fra de som hadde kortere var at de som hadde lengst fartstid etterlyste andre tilnærminger og metoder å jobbe utifra, mens de som hadde jobbet kortest savnet mer tverrfaglig samarbeid. En deltaker som jobbet som behandler innenfor psykisk helsearbeid i kommunen på det tidspunktet etterlyste psykologspesialister som en del av det tverrfaglige samarbeidet på arbeidsplassen. Nødvendigheten av tverrfagligheten og spesialister har blitt løftet mer frem de siste årene, ifølge deltaker.

4.1.3 Personlig og faglig utvikling

Gullsitat: *“Jeg kunne romme noe større, akkurat sånn er verden”.*

Det var variasjon blant deltakerne da det gjaldt hvordan det hadde påvirket dem å stå i krisearbeidet etter 22. juli. Deltakerne belyste hvordan det hadde påvirket dem både på det personlig- og profesjonelle plan. Videre ble det fortalt hvordan det hadde styrket de i rollen

som behandler ved senere kriser ved å føle at en mestret å møte ungdommer i alvorlig, dype kriser. De fikk dermed utvidet tåleevne og ble på sikt tryggere i behandlerrollen:

“Det blir en påminnelse på hvor sårbare vi er. Tryggheten forsvant, som menneske, som terapeut. Det har gitt meg en sårbarhet”.

Det å innse at livet er skjørt førte for flere til en opplevd sårbarhet som følge av krisearbeidet de hadde stått i. På en annen side så oppga flere at arbeidet de hadde stått i hadde ført til en personlig vekst som ble sett på som positivt videre i jobben som behandler.

Alle de individuelle møtene med ungdom og den enorme mediedekningen hadde vært overveldende og bidratt til refleksjon rundt deres rolle som behandler og medmenneske. Videre ble det formidlet at det var et krevende arbeid fordi det var så mange ungdom på vei inn i voksenlivet som var involvert. I stedet for en god start på voksenlivet så ble veldig mange ungdommer påført store fysiske og psykiske belastninger som trolig ville prege dem livet ut. Dette førte til en ekstra arbeidsbelastning som hadde vært svært krevende fordi deltakerne ble personlig involvert.

4.2 Psykoedukasjon for de berørte av terroren

Gullsitat: Kunnskap og erfaring var gull verdt.

Deltakerne fortalte at det var viktig å få ut informasjon til de overlevende, pårørende og etterlatte umiddelbart etter hendelsen. Flere fortalte at sine respektive kommuner samlet de overlevende, pårørende og etterlatte raskt i et av kommunenes lokaler. Der ble det servert mat og kriseteam og behandlere var til stede og de var tilgjengelig for de som måtte trenge det. På en slik måte fikk de vist omsorg og trygghet og et ansikt for de som senere og hadde behov for deres hjelp i behandling.

Deltakerne opplevde at kunnskap og informasjon om blant annet hjernens oppbygging og hvordan den fungerer under og etter en traume var kunnskap som måtte på plass for å kunne forstå handlings- og regulerings mønster bedre. Dette for at de overlevende og pårørende skulle kunne ha forutsetninger for å møte handlingene og emosjonene hos sine nærmeste på

en mer adekvat måte. Deltakerne opplevde og at mange overlevende og pårørende hadde behov for grunnleggende informasjon om kriser og typisk menneskelige reaksjoner på kriser.

4.2.1 Traumearbeid for ungdom og unge voksne

Det var en felles forståelse blant deltakerne at psykoedukasjon til de overlevende og pårørende var viktig. Systemisk arbeid hvor både familien og utvidet nettverk ble ansett som viktige brikker i bedringsprosessen til ungdommen og deres pårørende:

“Vi oppdaget fort at det var behov for å jobbe mer systematisk med de yngre som hadde traumer og bidra med støtte til familiene. Det er ikke så mye tradisjon for dette på DPS. ”

Deltakerne påpekte at aldersspennet hos ungdommene hadde noe å si i forhold til hva de var i behov av. Mens de yngre ungdommene var mer i behov av støtte i form av nær familie, hadde de eldste ungdommene behov for mer trygging av behandler og støtte til å utføre daglige gjøremål som det å gå til postkassen, handle på butikken og lignende. Det som og skilte de var at de yngste hadde ikke opplevd å stå på egne bein uten foreldre og bygge eget nettverk i så stor grad som de eldre. Dermed hadde mange av de yngre levd mer beskyttet innenfor husets fire vegger, og trengte støtte fra behandler til å finne sine egne ressurser og finne deres egen identitet som ung voksen. Det og skulle ut i voksenlivet og finne seg et nettverk av mennesker å stole på var utfordrende for mange av de overlevende etter og ha blitt utsatt for terror som påvirket dem psykisk, noen og fysisk.

“Noen var ganske unge og det var forskjell på de som akkurat hadde bikket 18 kontra de som var i 20 årene. De som var eldre hadde mer personlige ressurser og ressurser i form av nettverk”.

“Det var det å komme innenfor skallet på de som satt med denne krisen. Prøve å hjelpe de med skyldfølelse. Veldig mange satt med en tung skyldfølelse for at de selv hadde overlevd”.

4.2.2 Møte med overlevende med minoritetsbakgrunn

Deltakerne fortalte at det var ekstra viktig med psykoedukasjon i forhold til møtet med overlevende og pårørende de med minoritetsbakgrunn. Flere av de overlevende og pårørende som mottok behandling etter terroren 22. juli 2011 på Østlandet hadde en minoritetsbakgrunn. Deltakerne opplevde at dette som krevende på en annen måte fordi de uttrykte å ha et større hjelpebehov og var i behov av mer omfattende traumebehandling. Flere hadde og med seg traumer fra tidligere som var med å gjøre hjelpebehovet mer komplekst. Mange fikk sine tidligere traumer reaktivert som følge av 22. juli og hadde et større behov for hjelp enn flere av de andre overlevende uten tidligere traumer.

Deltakerne beskrev det som ekstra krevende å stå i arbeidet med minoriteter fordi mange hadde enten som første- eller annen generasjon kommet til Norge, på flukt fra utrygghet og krig i egne hjemland og søkt tilflukt i Norge. Vår nasjon ser på Norge som et trygt og fritt land, dette flagger vi høyt når vi snakker om vårt eget land. Flere av deltakerne beskrev at de på en måte følte at vi som land hadde sviktet disse menneskene.

“De kom jo hit til Norge med krigsbakgrunn. Så viste det seg at de var ikke trygge her heller - trygge lille Norge, illusjonen brast. Det gir en skyldfølelse og man kom til kort. Det er utrolig urettferdig. En følelse av at Norge som land hadde sviktet i forhold til det vi skulle være”.

Her i Norge hvor de en gang hadde søkt tilflukt fra både krig og vanskelige kår også ble de påført store psykiske tilleggsbelastninger her i Norge. Flere opplevde å miste sine nære og kjære brått og brutalt. Deltakerne beskriver at det gav en skyldfølelse, flere følte at de kom til kort.

Enkelte ungdommer hadde lagt fortiden bak seg, og ønsket ikke snakke om følelser og hadde en formening om at man måtte bare jobbe seg ut av det. Det var og utfordrende for de overlevende som var eldste gutt/mann i en familie med minoritetsbakgrunn, hvor det lå en forventning om ansvar til å bidra hjemme sammen med foreldrene i følge de overlevende. Deltakerne fortalte at det ble jobbet mye med psykoedukasjon i disse familiene for at familien kunne få mer forståelse for hverandre.

De ville gjerne ha hjelp, men de var ikke så terapi minded, så det var ganske utfordrende å få hjulpet disse unge guttene med minoritetsbakgrunn”.

Noen av deltakerne oppga det som utfordrende å hjelpe ungdommen på grunn av kompleksiteten, og de ulike følelsene de overlevende satt igjen med.

Deltakerne opplevde at de savnet et tilbud til guttene med minoritetsbakgrunn. Flere av deltakerne fortalte at det for eksempel burde vært et gruppetilbud for disse unge guttene. Da hadde de hatt flere instanser å spille på lag med å finne en annen innfallsvinkel og forhåpentligvis lettere kommet inn under “skallet” på disse ungdommene.

4.3 Oppfølging av behandlere som jobbet under en nasjonal krise

Gullsitat: *“Vi ble ensomme sammen”*

En del av studien omhandlet hvordan behandlerne følte de ble fulgt opp i etterkant av krisearbeidet de hadde vært en del av. Studiet ønsket å undersøke deltakernes side og synspunkter av det. Det å være en hjelper under en nasjonal krise var nytt for flere av deltakerne, og oppfølgingen som fulgte var variabel.

4.3.1 Manglende veiledning og støtte – vi ble ensomme sammen

Deltakerne i studien gav uttrykk for at det var lite organisert veiledning de fikk tilbud om å delta på. Enkelte av deltakerne mente at det kunne være det økonomiske aspektet som førte til at det ikke ble leid inn eksterne veiledere. Den veiledningen som fant sted var det ansatte selv på samme kontor som stod- og tok initiativ til. Deltakerne formidlet at de hadde et ønske og behov for eksterne veiledere med kompetanse i veiledning og krisearbeid for å kunne se situasjonen med et utenfra-inn perspektiv og ikke blande roller.

“Det er derfor det er greit å ikke være venn med teraupauten for å si det på den måten”.

Deltakerne ga uttrykk for et savn ved at det ikke var fokus på “hvordan har du det?” I stedet var fokuset i veiledningen som fant sted faglig rettet, og ikke emosjonsrettet som flere

etterspurte. Enkelte formidlet at de ble sett av sin leder og noen kontorer hadde praksis på en til en samtaler med sin leder, men at dette ikke var noe som ble satt i system. Andre måtte selv ta initiativ til en slik samtale. Flere av deltakerne kjente på at de ikke var alene om å trenge noe mer av arbeidsplassen, og at de ikke ville belaste kollegaer mer enn nødvendig og at de ikke være til “bry”. En av deltakerne beskrev det på denne måten:

“En ville ikke belemre kollegaene sine ytterligere, derfor ble vi ensomme sammen”.

Deltakerne opplevde at dette førte til at de tok med seg inntrykk hjem i stedet for, noe som igjen førte til psykiske plager i form av lite søvn, tankekjør og lite energi til familie og venner. Savnet etter noe felles for alle behandlere, tryggheten og fellesskapet ble for mange av behandlerne et stort savn. Mangel på oppfølging av den enkelte behandler og at de selv måtte ta initiativ til samtale gav utfordringer hos samtlige. Behandlerne formidlet en følelse av at de ble ensomme sammen, i den forstand at det ble en fellesnevner med ingen ekstern veiledning. Dette ble etterlyst av enkelte av behandlere. De opplevde allikevel et fellesskap med det å dele samme arbeidsbyrde.

4.3.2 Arbeidsmengde og belastning

Flere av deltakerne ble i en lengre periode sykemeldt fra sitt arbeid og noen tok et valg om å bytte arbeid. Det ble trukket frem at det kan ha vært andre årsaker som medvirket til det å stå som behandler etter 22. juli 2011 ble ekstra krevende i den grad at en sykemelding var nødvendig. Fellesnevneren for deltakerne som ble sykemeldt var et savn etter mer veiledning og støtte som dekket den belastningen de opplevde å bære på alene. Selv om veiledning og støtte til dels var der, så opplevdes ikke dette som tilstrekkelig, og heller ikke som dekkende for ens egne behov, noe som var vanskelig å skjønne og sette ord på selv der og da. Dette ble mangler de så mer tydelig i ettertid og som burde ha vært gjort annerledes.

“Jeg kan si at det ble for mye i en periode. Det å bli kjent med hva man trenger og sin egen tålegrense og hvilke signaler man har. Det er sånn jeg snakker med veldig mange om som behandler, men det er noe med å oppleve det selv.”.

Deltakerne fortalte om behovet for tilrettelegging og det å bli sett er og var nødvendig for at man skal kunne ivareta ikke bare pasient, men også seg selv. Det var en utfordring å ta i mot opplevelsene til de berørte over tid. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde å bli aktiverte av å høre pasientene snakke om traume på traume. Som følge av det uttrykte enkelte at de i ettertid innser at de burde selv ha gått i terapi for å bearbeide det de tok imot fra pasientene. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde arbeidserfaringen som en avgjørende faktor i forhold til belastningen med arbeidet med de berørte. De som hadde lengst arbeidserfaring, over ti år formidlet at jobben ble mer krevende etter en lengre periode sammenlignet med de som hadde kortere arbeidserfaring. Flere oppfattet at det var de behandlerne med minst arbeidserfaring som hadde blitt prioritert i forhold til den tilgjengelige veiledningen. Dette ble sett i lys av at de var mer uerfarne med krise- katastrofearbeid. Videre fortalte deltakerne at det ikke fantes noe organisert system hvor behandlere kunne henvende seg når arbeidsbelastningen ble for stor, og at mye av ansvar og byrden lå på dem selv.

5.0 Diskusjon

Denne kvalitative studien har hatt som mål å både tilføre noe nytt, og deretter finne hvor gapet er i forskningen. Det var ønskelig å vise at studien både avviker og nyanserer fra tidligere studier og forskning. Det vil være tolkninger av funnene sett i sammenheng med praksisfeltet og med teoretiske perspektiver (Malterud, 2017, s. 125-126). Hensikten med denne studien er som nevnt tidligere å få en økt kunnskap om behandlere innenfor spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunen sin opplevelse av arbeidet med overlevende og pårørende etter terroren på Utøya den 22. juli 2011.

Nedenfor blir det kategorisk drøftet de tre hovedfunnene i studien opp i mot det teoretiske rammeverket i lys av et hermeneutisk perspektiv. Disse tre hovedfunnene var:
behandlerrollen i en nasjonal krise, psykoedukasjon for de berørte av terroren og oppfølgingen av behandlere som arbeidet med en nasjonal krise.

5.1 Behandlerrollen i en nasjonal krise

Det å oppleve en krise eller katastrofe slik som terroren 22. juli 2011 var, påvirket hele Norge. Deltakerne som ble intervjuet var opptatt av at hele nasjonen var berørt og de kunne merke at det hadde endret dem i rollen som behandler. Dette var ikke noe de tenkte på i det

daglige, og det var i følge deltakerne noe som kom gradvis. Ti år senere kunne man kjenne etter og tenke på hvordan man var som behandler før 22. juli 2011 og etter. Noen av deltakerne fortalte om en sårbarhet de kjente på og det ble beskrevet som noe skjørt. Andre deltakere følte seg tryggere i rollen og det og stå i “fronten”. Det som må tas med i refleksjonene er tidsaspektet og at noe av endringen kan og ha sammenheng med den enkelte deltakers modning, både i den profesjonelle og private rollen. Det var ikke et spesifikt fokus på det den private sfære hos den enkelte under intervjuet da fokuset lå primært på rollen som behandler under og etter 22. juli 2011. Dermed satt vi som intervjuet med lite bakgrunnskunnskap om hva som foregikk i det private liv hos den enkelte deltaker både da terroren 22. juli 2011 foregikk og i perioden fra da til dags dato. Det vil si at det er komplekst og sammensatt da vi vet at vi mennesker påvirkes både av det som skjer på jobb, og privat og er med å endre oss som mennesker. De deltakerne som oppga å følte seg tryggere i rollen etter terrorangrepet fortalte at de også hadde kjent på å det å bli utfordret på sin profesjonelle trygghet som følge av terroren, men greide å hente ut styrken og finne de positive endringene. Sårbarheten og skjørheten som ble beskrevet i funnene kan tenkes komme fra storheten i det og ydmykheten av at noe slikt utenkelig kunne skje med uskyldige unge mennesker i trygge Norge. Det førte til en følelse av redsel, og at man ikke lenger var like robust. Våre verdier, holdninger og synspunkter endrer seg i takt med endringer i privatlivet så vel som på det profesjonelle plan.

Selv om somatikken og psykiatrien har mange ulikheter er de begge innenfor helsesektoren og kan dra lærdom fra hverandre. I doktoravhandlingen til Branderud som er beskrevet nærmere i teoridelen ble det lagt vekt på den opplevde mestringen blant både de ansatte og suksessraten for pasientene som kom til Ringerike sykehus etter terroren 22. juli 2011. Bakgrunn for opplevd mestring og trygghet blant de ansatte var at de var trent på fiktive, men lignende scenarioer, i tillegg til at det var en klar rolleavklaring. Alle de involverte ansatte visste hva deres rolle gikk ut på og hva som var forventet av dem (Branderud, 2019, s. 78-80). Det kan tenkes at de gikk inn i hjelperrollen med en klarhet på hva som skulle gjøres i deres rolle i motsetning til den usikkerheten som mange av deltakerne fra vår studie oppga at de hadde. Man kan undre seg om de ansatte som hadde klarere retningslinjer følte på samme kroppslige og emosjonelle reaksjoner som de som kjente på manglende klar ledelse og hadde en uavklart rolle? Det er som nevnt forskjell på somatikk og psykiatri i forhold til arbeidsoppgaver, og på hvilken måte man tar imot pasientenes traumer på men det med å

være forberedt i så grad man kan det og det å ha konkrete retningslinjer å jobbe etter under kriser vil være med å trygge de ansatte, uavhengig av hvilken del i helsesektoren de jobber.

Deltakerne savnet nye verktøy i sin rolle som behandler under en nasjonal krise. I rollen som behandler har man et særlig ansvar for behandler- pasient relasjonen. Det handler hele veien om å spille på lag med pasienten og finne et felles mål sammen for å hjelpe pasienten på best mulig måte (Aubert & Bakke, 2011, s. 25- 26). Funnene fra studien tilsa at at det følte godt å være en bidragsyter og medmenneske, men at de savnet en klarere retningsssnor og nye verktøy. NKVTS sin plan på hvordan behandlerne/ profesjonelle skulle jobbe videre i kommunen med de overlevende etter 22. juli 2011 ble godkjent 28. juli 2011. Dette etter forespørsel fra helsedirektoratet som et forsøk på å finne felles konkrete verktøy sammen. Med unntak av en deltaker jobbet deltakerne i vår studie i spesialisthelsetjenesten som behandler. Det ble i 2014 publisert en studie av Dyb et al. som undersøkte hvordan NKVTS sin plan hadde fungert i praksis. Ut i fra den studien viste det seg at det var 73 % som ble videre henvist til spesialisthelsetjenesten (Dyb et al., 2014, s. 1-9). Det er dermed rimelig å anta at en del av de overlevende som kommunen jobbet proaktivt med ble henvist fortløpende til deltakerne vi hadde i vår studie. Grunnen til at de ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten var at de fortalte om og viste et høyere symptomtrykk på traumene enn de andre som ikke ble henvist videre (Dyb et al., 2014, s. 1-9). Hvorfor det var 10,9 % av de som fikk hjelp i spesialisthelsetjenesten som ikke opplevde hjelpen som nyttig er uvisst. Det står ikke spesifisert i studien om disse 10,9 % var fra ulike steder i Norge eller om de var fra samme plass i Norge. Det som er interessant fra studien til Dyb et al. er at hele 25,2% av de overlevende fra Østlandet som mottok hjelp hadde ingen fast kontaktperson, mens i Midt Norge var det bare 3,6 % som opplevde å ikke ha en fast kontaktperson (Dyb et al., 2014, s. 1- 9). Om det handlet om ulike prosedyrer som var lagt til grunn eller noe annet kom ikke frem. Funnene fra vår studie som var representert under punkt 4.3.2 viste at noen ble sykmeldt fra jobben på bakgrunn av den store totale belastningen. Trolig kan det ha vært flere behandlere i samme situasjon som de vi intervjuet, som ble sykmeldt. Dette kan ha vært en av årsakene til at de overlevende etter terroren så seg nødt til å bytte kontaktperson.

5.2 Psykoedukasjon for de berørte av terroren

Dyregrov (2018) skriver om betydningen av tilrettelegging av transport til felles samlingssted for de berørte umiddelbart etter en krise slik at man kan få samlet flest mulig for felles informasjon og at det er tilgjengelige helsepersonell på et samlingssted (Dyregrov, 2018, s. 120). I funnene fra studien fortalte noen av deltakerne at deres kommune la til rette for og gjennomførte dette. Det ble og arrangert et fellesmøte for både profesjonelle hjelpere, frivillige, overlevende og pårørende med informasjon hvor og kommunens psykiatriske team var tilstede. På denne måten ble de synlige for hverandre og de som ønsket det kunne etablere direkte kontakt med hjelpeapparatet. Deltakerne beskrev at de umiddelbart hadde et behov for å møte de berørte og at det var godt å kunne møte opp på et felles samlingssted. Flere av deltakerne fortalte at de raskt hadde fått samlet seg i sine team på jobben og lagd en plan på det videre arbeidet som ventet. Psykoedukasjon i form av læren om hjernens oppbygging og reaksjonsmønstre etter en krise som flere av deltakerne fortalte om ble det brukt en del tid på både med de overlevende og pårørende. Forskningen er med å underbygge viktigheten av psykoedukasjon. Det kan ha vært med å dempe selvbebreidelse og bekymring knyttet til egne reaksjoner i en krisesituasjon (Dyregrov, 2012, s. 666- 669). Kriseteorien til Cullberg som er inndelt i fire faser er basert på hvordan mennesker reagerer på traumatiske kriser var og er aktuell den dag i dag forhold til psykoedukasjon for overlevende og pårørende (Cullberg, 2010, s. 130- 141).

En studie av Dyp et al. (2014) viste at flertallet av etterlatte foreldre og søsken var fornøyde med den oppsøkende hjelpen de fikk fra det offentlige etter Utøya-terroren. Det var noen som av ulike grunner ikke ønsket hjelp. Kunnskapen som ble presentert i rapporten fra 2014 kan være nyttig for ledere å implementere som psykoedukasjon ved senere krise- og eller katastrofesituasjoner. Dette for å kunne lære noe av behandlernes krisearbeid og håndtering etter 22. juli 2011, og se om det er andre måter å nå de som ikke ønsket hjelp på.

Deltakerne ønsket å være oppdatert på kunnskap rundt psykososialt arbeid. Hobfoll et al (2007) sine fem prinsipper gir en pekepinn på hvordan behandlere kan jobbe psykososialt etter en stor katastrofe- og eller krise. Disse fem prinsippene omhandler å trygge, berolige og kunne gi de berørte en opplevelse av å ha innflytelse på det som skjer og samtidig viktigheten av å la lokalsamfunnet få en betydning for den enkelte og det å gi gi håp (Hobfoll et al, 2007, s. 283- 315). Tatt i betraktning at dette ble presentert i 2007 så opplevde deltakerne når terroren rammet Utøya, at dette ikke var blitt implementert i de DPSene og psykisk helse i kommunen der deltakerne som deltok i studien jobbet som behandlere i 2011. De savnet et system som de raskt kunne funnet tilgjengelige ressurser og prosedyrer for krisearbeid og

psykososialt arbeid under en stor krise. Nesten et år etter terroren 22.juli 2011 skrev Dyregrov et al. en artikkel om psykososialt arbeid etter 22. juli, og om savnet av et slikt system. Det ble da skrevet om blant annet Hobfoll et al sine fem prinsipper fra 2007 som eksempel på måter å jobbe ut fra (Dyregrov et al, 2012, s. 666-669).

Som tidligere nevnt i teoridelen ønsket Dyregrov et al i (2012) at det i Norge skulle etableres et nasjonalt sammensatt kriseteam med bred kompetanse innenfor psykososial katastrofearbeid som kunne bidra med råd og veiledning til de utsatte kommunene (Dyregrov et al, 2012, s. 666-669). Det er snart ti år siden Dyregrov et al etterlyste dette og så vidt vi er kjent har ikke Norge i 2021 et nasjonalt sammensatt kriseteam. Hvorfor dette ikke er oppe og går eller ikke blitt prioritert er uvisst da det kan handle om flere ting. Men en ting er sikkert og det er at usikkerheten ved å ikke ha klare rammer og vite hva man skulle gjøre var et funn som gikk igjen hos flere av deltakerne i studien. Man kan undre seg om de ulike behandlere hadde følt seg mer ivaretatt og tryggere i sin behandlerrolle med et nasjonalt team i ryggen hvor det forelå klare forventninger og føringer i hva deres rolle var. Helsedirektoratet (2016) skrev i sin veileder om katastrofer, som de omtaler det som er større en krise i forhold til både omfang og antall berørte. Terroren som utspilte seg på Utøya har blant annet blitt omtalt som en katastrofe, så vel som en krise. En av kriteriene veilederen skrev om var mangel på tilbud i nærområdet fordi behovet for hjelp var større enn det kommunene eller nærområdet greide å romme (Helsedirektoratet, s. 14). Et nasjonalt sammensatt kriseteam slik som Dyregrov beskrev ville kunne vært til hjelp under og etter en slik katastrofe.

Deltakerne opplevde det som mer krevende å skulle hjelpe de yngste av pasientene som enda ikke var etablert i voksenlivet. Dette var ungdom som falt mellom ungdom- og voksenlivet. En av forskjellene på de overlevende som nylig hadde fylt 18 år, og de som var nærmere 25 år eller eldre var nettverket. Mens de yngste bodde hjemme hos sine foreldre, hadde stort sett de eldre opparbeidet seg et eget sosialt nettverk utenom hjemmet. Forskning fra 2014 viste at flere ungdommer oppga å ikke ha tid eller ikke et ønske om å bli påminnet det de hadde opplevd på Utøya (Dyb et al, 2014, s. 1-9).

Et annet viktig funn i studien var deltakerne som fortalte at de opplevde det som ekstra viktig med psykoedukasjon til de berørte med minoritetsbakgrunn. De opplevde at det var svært utfordrende å komme i kontakt med de unge guttene med minoritetsbakgrunn og deres familier. Deltakerne opplevde at disse guttene hadde et større hjelpebehov sammenlignet med

de som ikke hadde minoritetsbakgrunn. Dyb & Jensen underbygger og dette ved at ungdommer med minoritetsbakgrunn rapporterte om høyere stressreaksjoner (Dyb & Jensen, 2019, s. 23). Deltakerne trodde dette kunne ha en årsakssammenheng med at terroren på Utøya hadde reaktivert tidligere traumer. Dette var familier og eller ungdommer som hadde kommet til Norge på grunn av krig og utryggheter i eget hjemland. Isdal (2017) skriver om hvordan mennesker danner seg ulike skjema på hvordan verden ser ut (Isdal, 2017, s. 110-115). Utfordringene deltakerne beskrev ved å skulle hjelpe ungdommene med minoritetsbakgrunn kan ses i sammenheng med at de hadde fått et annet "skjema" i forhold til tryggheten med det å bo i Norge. Noen hadde et annet "skjema" fordi de hadde vokst opp under er utrygge forhold i et annet land, og hadde noen hadde tanker om hvordan livet i Norge skulle bli annerledes. Da de deretter ble utsatt for terroren brast illusjonen om den trygge fremtiden for flere. Noen av ungdommene begynte å trene for å bygge muskler og bli større. Det kan tenkes at dette ble gjort som en form for forsvarsmekanisme, i stedet for å snakke om det traumatiske. Ut ifra det deltakerne fortalte så ble det gjort funn i studien som understreket at mennesker reagerte ulikt og hadde ulike behov selv om de opplevde i mer eller mindre grad samme type traumatiske krise. Dette kunne dels forklares noe med de ulike "skjemaene" mennesker har, men stress- og sårbarhetsmodellen har og vært gjeldende for å kunne forstå hvordan dette utspiller seg i praksis hos mennesker. Modellen forklarer hvordan mennesker har en sårbarhet med seg som virker inn på hvordan man reagerer på ytre påkjenninger som for eksempel stress. Denne sårbarheten kan endre seg, men er og til dels genetisk (Hummelvoll, 2012, s. 231). Deltakerne ønsket å møte ungdommene med minoritetsbakgrunn på en arena de anså som trygt, men flere av deltakerne fortalte at de kjente på mangelen på andre alternativer enn samtalerapi. Funn i forskning publisert i 2017 tyder på at proaktivt arbeid innenfor satsningsområdet psykisk helse vil kunne forhindre at enkelte som er i behov av hjelp trekker seg unna behandlingstilbudet fordi de har en tanke om at andre har et større behov for hjelp. I de tilfellene hvor de overlevende og pårørende var mest fornøyd med oppfølgingen var det fra kommuner som hadde vært proaktive og mer fleksible i sitt krisearbeid (Nilsen et al, 2017, s. 58).

I den tidligere forskningen rundt psykososialt arbeid ble det poengtert at alle mennesker har ulike behov og at det er særs viktig å ta hensyn til kulturelle forskjeller og ha respekt for dette (Hobfoll et al., 2017, s. 283- 315). Deltakerne savnet et tverrfaglig tilbud slik at de kunne samarbeidet på tvers med for eksempel skole, fysioterapeut, psykolog, sosionom og liknende og dra nytte av hverandres kompetanse. Deltakerne beskrev at de satt med en følelse av å ha

sviktet og følte at Norge som land hadde sviktet disse ungdommene i den forstand at det skulle være trygt å søke tilflukt her i Norge.

Videre viste forskningen fra 2017 at tilbudet til de overlevende av terroren ble raskt borte. Flere av de overlevende og pårørende viste seg å være i behov av hjelp også etter at det hadde gått flere år. Disse opplevde at det ikke lenger var et tilbud og at veien inn i behandlingsapparatet ble langt mer krevende (Nilsen, 2017, sitert i Brataas, 2019, s. 263).

5.3 Oppfølgingen av behandlere som arbeidet med en nasjonal krise

Deltakerne ble spurt om deres erfaring med støtte og veiledning i forbindelse med arbeidet de stod i med overlevende og pårørende som var rammet av terroren 22. juli på Utøya. Funnene sa noe om deltakernes ønske om mer støtte og mer veiledning satt i system. For å forebygge symptomer eller utvikling av sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet var det for de aller fleste behandlere en nødvendighet å kunne ha noen å snakke med. Det som gjorde det komplekst var og er at det er taushetsbelagt det pasientene fortalte om i behandling. Det kan ha vært noe av denne informasjonen behandler kunne hatt behov for å snakke igjennom og bearbeide. Ved at det er taushetsbelagte temaer begrenser det seg til noen på jobb eller innenfor samme system som de kan snakke med. Dette kan være med å gjøre det vanskeligere for enkelte behandlere å snakke fritt og åpent på veiledning i redsel for å ikke fremstå som profesjonell. Deltakerne i denne studien fortalte at de lyttet og forsøkte romme på best mulig måte traumene de berørte etter terroren på Utøya fortalte om. Ved å gjentatte ganger lytte til andres alvorlige traumer kan dette føre til utvikling av symptomer på sekundærtraumatisering hos den profesjonelle (Isdal, 2017, s. 121). Berge (2015) skriver at det er lite forskning på området hvorvidt en behandler kan bli traumatisert eller ei ved å jobbe med pasienter i krise. På en annen side så skriver han at det er en kumulativ prosess hvor symptomtrykket og reaksjonene til behandler blir mer fremtredende jo flere ganger de blir fortalt om traumatiske opplevelser (Berge, 2015, s. 125-127). Det kan være raskt å tenke at en behandler innenfor psykisk helse burde tåle det, og at det å høre om pasienters traumer ikke påvirker behandleren siden de ikke har vært utsatt for det traumatiske selv. Studien gjort av Hensel et al fra 2015 hvor de intervjuet behandlere etter terrorangrepet i USA 11. september 2001 motbeviser dette. Det viste seg at de behandlerne som hadde vært direkte utsatt for terroren scoret høyt på symptomer på sekundærtraumatisering og PTSD, men også de behandlerne som ikke

hadde vært direkte utsatt, men fått historiene fortalt gjennom pasientene sine scoret på symptomer på sekundærtraumatisering og PTSD. De som var direkte berørt av terroren scoret høyere, men studien viser at det ikke var en ubetydelig forskjell i score. Scorene viste at det var utslag på symptomer på både sekundærtraumatisering og PTSD for den andre gruppen behandlere som ikke hadde vært direkte berørt av terror (Hensel et al., 2015, s. 83- 91).

I henhold til deltakernes beskrivelser så kunne flere av deltakerne i studien fortelle om både kroppslige, kognitive og emosjonelle reaksjoner både under og etter sitt arbeidet med de overlevende og pårørende etter terroren på Utøya. Dette var konkrete reaksjoner i form av sjokk, følelse av lammelse og ute av stand til å ta det hele inn over seg. En av årsakene til at dette skjer kan være at grenser mellom pasientene og behandlere blir visket ut. Deltakerne beskrev at de ble slitne i sitt arbeid, noe som igjen kan føre til at man ikke evner å gjøre gode selvrefleksjoner som kan gjør at egen ivaretagelse ble satt til side (Vråle, 2013, s. 106). Behandlere som snakker med pasienter i krise kan oppleve at de blir uerstattelige i sitt arbeidet, noe som kan føre til at de jobber i lengre perioder uten avlastning eller tid til hvile (Jacobs, Quevillion & Stricherz, 1990, sitert i Dyregrov, 2018, s. 271).

Arbeidsmiljøloven er klar på hva som er ansvarsområdet for arbeidstaker og arbeidsgiver. Her kommer det tydelig frem at arbeidstaker skal beskyttes mot forhold som kan føre til blant annet fysiske og psykiske skadevirkninger. Symptomer på både sekundærtraumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet er under kategorien for psykiske skadevirkninger (Isdal, 2020, s 36). Funnene fra studien etter endt analyse viste at flertallet av deltakerne ikke følte seg ivarettatt, og oppga at det var mangel på både oppfølging og veiledning. Noen av deltakerne ble sykmeldt som følge av belastningen av det å stå i arbeidet etter en stor krise som 22.juli 2011 var. For å kunne stå i denne belastningen med å ta i mot pasienters traumer over tid skriver Isdal (2017) at det er helt nødvendig at behandlere blir møtt med forståelse og støtte fra andre kollegaer og ledelse. Det er nødvendig at de rundt behandlerne fanger opp symptomene på utbrenthet, traumatisk stress eller utvikling av sekundærtraumatisering. Fysiske og emosjonelle reaksjoner på å høre om traumatiske hendelser er naturlig, men ved å kjenne til symptomene hos behandler kan man hjelpe til ved å normalisere reaksjonene, gi støtte og veiledning for så å ikke la det utvikle seg til sekundærtraumatisering, PTSD eller annen form for traumatisering for behandler (Isdal, 2017, s. 120- 121).

Deltakerne fortalte at det hadde vært ønskelig at ledelsen tok mer tak. Med det nevnte de et

ønske om organisert obligatorisk veiledning og debrief. Det ble tatt initiativ av deltakerne selv og etterspurt psykolog, men deltakerne opplevde ikke å bli møtt av sin leder på dette. Deltakeren som etterspurte det følte seg ikke tatt på alvor og følte ikke at lederen delte samme syn på nødvendigheten av dette. Innleie av eksterne fagfolk koster penger og flere av deltakerne mente at det kunne være økonomiske årsaker som lå til grunn for at det ikke ble satt inn ekstern veiledning. Hvis man ser nærmere på hva arbeidsmiljøloven sier så står ikke deltakernes utsagn i samsvar med det loven sier er et krav. I arbeidsmiljøloven (2005) er det nedfelt at det skal legges til rette for tilpasninger ut i fra den enkeltes forutsetninger og livssituasjon (arbeidsmiljøloven 2005, § 1-1 d). Tverrsnittsundersøkelsen av innsatspersonell etter 22. juli som ble publisert i 2018 viste et sprik mellom de som følte seg ivaretatt av ledelsen, og de som ikke følte seg ivaretatt. Fra undersøkelsen var det både de som oppga å ha lederen i umiddelbar nærhet til enhver tid, og det var det de som ikke fikk samme støtte av ulike grunner som blant annet sommerferie eller at de var ferdig med et vikariat eller lignende (Skogstad et al., 2018). Dette viste samsvar med vår studie hvor det var ulikheter mellom deltakerne som følte de fikk lite støtte og veiledning fra de som følte de hadde støtte i leder. I vår studie viste funnene likevel overvekt av de som etterlyste mer veiledning og støtte fra ledelsen. Tverrsnittundersøkelsen som ble utført var en kvantitativ studie i motsetning til vår studie som var en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. Noe av ulikhetene kan ligge i ulik metode med ulik måte å få informasjon på, men det kan og ha andre årsaker.

Arbeidstakere skal i sitt daglige virke så langt det er tilstrekkelig mulig beskyttes mot trusler, vold og andre belastninger som ikke er helsebringende i kontakt med andre (arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3 nr. 4). Deltakerne i denne studien har jobber som ofte innebærer ansvar for mer enn bare pasienten. De er ofte i kontakt og samarbeid med både familien til pasienten og eller annet nettverk rundt. Dette er mennesker som ses på som viktige ressurser for pasienten, men kan også i enkelte tilfeller være et krevende samarbeid for den profesjonelle. Dette kan ha en årsakssammenheng med at pårørende også står i en type krise som pårørende dermed ikke føler de har kontroll på situasjonen. Det som var ment som en støtte for pasienten, kan utvikle seg til å bli en ekstra belast eller merarbeid for behandleren. Behandleren kan oppleve reaksjoner fra pårørende som blant annet utskjelling, krenkende atferd, frustrasjon og trusler. Å være en behandler i slike tilfeller kan føre til store tilleggsbelastninger og en følelse av å ikke strekke til. Dette kan igjen føre til at behandlere får et behov for å få utløp for sin frustrasjon som igjen kan oppfattes som klaging for andre kollegaer eller ledere (Isdal, 2017, s. 38).

Et annet funn i studien var at deltakerne var utsatt for en enormt mediedekning, og de følte på en ekstra forventning utover det som til daglig var forventet av de i sin behandlerrolle før terroren. Det følte vanskelig å gå ute i gatene fordi man var redd for å møte pårørende av pasienter. Noen av deltakerne snakket og om en frykt for at de pårørende skulle skyldes på deltakeren dersom de ikke greide hjelpe pasienten tilstrekkelig. Dette ble beskrevet som et stort ansvar som man bar med seg til enhver tid. Teorien nevner benevnelsen behandlingsoptimisme som beskriver det deltakerne følte på, at de pårørende kunne ha høye og i noen tilfeller urealistiske forventninger til hva en som behandler skulle oppnå av resultater på pasientene (Brataas, 2019, s. 260).

Deltakerne beskrev en følelse av å være ensomme sammen. De visste at alle hadde det utfordrende i arbeidet med sine pasienter og ønsket derfor ikke å belaste sine kollegaer ekstra ved å ta opp hvordan arbeidshverdagen kjentes på kropp og sinn. Dyregrov (2018) skriver at hjelpere i krisesituasjoner også kan oppleve et styrket samhold i kollegagruppen. Årsakssammenhenger til dette kan være at hjelpere står i et arbeid som er ekstra krevende og at man er der for hverandre uten å nødvendigvis snakke så mye sammen. Det kan også være faktorer som at man behersker situasjonen bedre enn man først antok og dermed følte seg tryggere og var mer forberedt på det å senere skulle møte krise- og katastrofesituasjoner. Mange hjelpere kan oppleve at ens eget liv får en dypere betydning og føles mer meningsfylt enn tidligere. Dette kan igjen være forårsaket av at man kjenner på en kortere avstand mellom liv og død og at man dermed legger mer vekt på de menneskelige forhold og relasjoner enn på de materielle ting (Dyregrov, 2018, s. 254).

I rollen som behandler ønsker man å hjelpe pasientene, dette er et grunnleggende for en hjelper (Todaro-Franceschi, 2013, sitert i Isdal, 2017, s. 134). I følge Isdal (2017) kan det å bli hindret i å utøve ønsket hjelp og eller omsorg føre til en fortvilelse hos behandler fordi dette ses på som noe grunnleggende for en hjelper (Isdal, 2017, s. 134). Deltakerne i studien beskrev det som ekstra belastende å ikke kunne gi det de så gutter med minoritetsbakgrunn hadde behov for. Det ble også beskrevet som utfordrende at hver enkelt pasient hadde sin tilmålte tid med samtale på kontoret når de både så og visste at mennesker med alvorlige traumer er i behov av lengre behandling. Noen var i behov for lenger til i forhold til

relasjonsbygging og tillit til sin behandler. Dette kan ha vært bidragende faktorer til at behandlere ble overbelastet i sitt arbeid.

6.0 Konklusjon

Før vi startet studien kom vi frem til problemstillingen: *Hvordan var det å jobbe som behandler innenfor psykisk helsearbeid for overlevende og pårørende i krise etter terrorangrepet på Utøya 22.juli 2011?* Behandlerne så naturlig nok ut til å ofte snakke pasienters sak, og være deres stemme utad. Det var lite snakk om hvordan de hadde det på jobb, og hvem som ivaretok behandlerne. Med en forforståelse og erfaring om at pasienters traumer og kriser kan påvirke de profesjonelle i mer eller mindre grad ønsket vi et mer rettet fokus mot dette. Ved å velge et kvalitativt studie forventet og ønsket vi å finne ulike nyanser og erfaringer rundt dette. Etter endt intervjuer basert på funnene så vi at det var vanskelig å trekke en enkelt konklusjon, men det som gikk igjen blant deltakerne var savnet etter klare roller og veiledning på arbeidsplassen. Deltakerne ønsket mer fra lederne sine og mer kunnskap fra eksterne veiledere i forhold til krisearbeid. De følte allikevel på et fellesskap blant sine kollegaer og snakket varmt om fellesskapet hvor de beskrev det som at de var ensomme sammen.

Ettersom det er et kvalitativt studie så kunne svarene og funnene kunne sett annerledes ut dersom det hadde vært andre deltakere. Det vi sitter igjen med etter studiens slutt og som vi håper at flere kan ta med seg er viktigheten av ivaretagelse og støtte for de som er i hjelperollene. Dette er noe som ikke kan bli sagt nok ganger. Det med å lage et system og en form for veiledning med rom for individuelle forskjeller beskrev deltakerne som en avgjørende faktor.

Det å ha fokus på at og hjelpere er mennesker og sårbare er viktig. Hvis man skal stå i hjelpeyrker over tid må man kunne snakke om det man opplever. Rom, sted og avsatt tid til å kunne bearbeide inntrykk er essensielt. Det snakkes om viktigheten av forebygging i forhold til ungdom, i forhold til psykisk helse og i forhold til rus. Det er på tide at det snakkes høyere og klarere om forebygging hos profesjonelle hjelpere, slik at man i større grad kan unngå behandlere med symptomer på sekundærtraumatiseringer og utbrenthet. Det at man ikke får bearbeidet tanker og følelser kan føre til en ekstra belastning hos behandler, og sjansen for en

skjev utvikling i form av symptomer på traumer eller traumereaksjoner er større uten kolleger eller ledelse som fanger det opp (Isdal, 2017, s. 120- 121). Dette kan som nevnt være komplekst på bakgrunn av at det er taushetsbelagt det man opplever på jobb og dermed begrenser det seg ofte til at man må snakke med noen på jobb eller noen som ansatt innenfor samme system. Dersom det ikke er veiledning eller støtte å hente der, hvor går man da?

Hva har vi lært til neste gang Norge står overfor en nasjonal katastrofe/ krise? Norge fikk skryt fra internasjonal presse i forhold til fellesskapet som ble vist i rosetogene og markeringene blant folk i gatene. Norge snakket høyt om kjærlighet til hverandre og hvordan vi skulle stå sammen. Det som tilsynelatende ble glemt var hvordan behandlerne innenfor psykisk helsearbeid skulle bli ivaretatt i sin jobb, og hvordan de skulle få kjenne på kjærligheten også i jobben slik at de kunne bli værende i jobben med krisearbeid, og hjelpe andre ved nye kriser.

Referanseliste

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=Arbeidsmiljøloven>

Aubert, A.M. & Bakke, I.M. (2011). *Utvikling av relasjonskompetanse: Nøkler til forståelse og rom for læring.* Gyldendal Akademisk.

Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 125-127. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2005/02/sekundaer-traumatisering-vikarierende-traumatisering-og-omsorgstretthet>

Brandrud, A.S (2019): *Learning about the conditions for improvement and excellent care from high performing clinical networks* (doktorgradsavhandling). Faculty of Medicine: Oslo.

Brataas, K. (2019). *Krisekommunikasjon: Hva har vi lært fra store katastrofer.* Universitetsforlaget.

Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utg.). Universitetsforlaget.

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Universitetsforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer.* <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Dyb, G., & Jensen, T.K. (2019). *Å leve videre etter katastrofen.* Gyldendal Norsk Forlag AS

Dyb, G., Jensen, T, Glad, K.A., Nygaard, E & Thoresen, S. (2014). Early outreach to survivors of the shootings in Norway on the 22nd of July 2011. *European Journal of*

Psychotraumatology, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23523>

Dyregrov, A. (2018) *Katastrofepsykologi* (3.utg.). Vigmostad & Bjørke AS.

Dyregrov, A, Straume, M, Bugge, R.G, Dyregrov, K, Heltne, U & Hordvik, E. (2012): Psykososialt katastrofearbeid etter 22. juli. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 666-669.

<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/07/psykososialt-katastrofearbeid-etter-22-juli?redirected=1>

Eriksson, B., & Hummelvoll, J.K. (2015) Psykisk helsearbeid som fagområde: en fremvoksende disiplin. *Tidsskrift for Bengt Karlsson*, VOL. TBK 2015, side 3-14.

https://brage.inn.no/inn-xmloi/bitstream/handle/11250/2430550/Psyk_helse_2015_Eriksson_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helsedirektoratet (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* (IS-2428).

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale_tiltak_ved_kriser_ulykker_og_katastrofer_-_Veileder.pdf/_attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale_tiltak_ved_kriser_ulykker_og_katastrofer_-_Veileder.pdf

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Hensel, J.M., Ruiz, C., Finney, C & Dewa, C.S (2015). Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jts.21998>

Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P.R., Jong, J.T.V.M.D., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon, Z., Steinberg, A.M & Ursano, R.J. (2007): Five essential elements of immediate and mid- term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and biological Processes*, 70(4).
<https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene* (3. utg.). Fagbokforlaget

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Abstrakt forlag AS.

Kvale, S., & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.

Nilsen, L.G, Stene, L.E, Glad, K.A, Hafstad, G.S & Dyb,G. (2017). *Oppfølgingen av de som overlevde på Utøya. Erfaringer med tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet* (Rapport 3) NKVTS.
https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/03/Rapport_3_2017.pdf?fbclid=IwAR2KgQywpdEamQS3tJy2upJFYSF7zUPHr_7MQAqIzRzpYZum79wWSkMAMKI

NOU 2012:14. (2012). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bb3dc76229c64735b4f6eb4dbfcdbfe8/no/pdfs/nou201220120014000dddpdfs.pdf>

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2018-06-15-38). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

Skaug, T. (2020). *Hjemmekamp*. Cappelen Damm.

Skogstad, L., Brask-Rustad, T., Rund, B.R. & Ekeberg, Ø. (2018). Innsatspersonell fikk større tro på egen mestring etter terrorangrepene 22. juli 2011. *Sykepleien Forskning*, 2018;13(71431).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71431>

Ulleberg, I (2018). *Kommunikasjon og veiledning*. 2. utg. Universitetsforlaget.

Vråle, G.B. (2013). *Veiledning når det røyner på...* Gyldendal Norsk Forlag AS.

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1 – NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Jeg ser deg, hvem ser meg?

Referansenummer

915478

Registrert

24.09.2020 av Irene Moen Owens - 128825@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hanne Kilen Stuen, hanne.stuen@inn.no, tlf: 90802719

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

June Edvardsen Sylju, junesylju@gmail.com, tlf: 94496531

Prosjektperiode

04.09.2020 - 01.11.2021

Status

09.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

09.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 09.10.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.11.2021. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Microsoft Office 365 er databehandler i prosjektet. NSD legger

til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Jeg ser deg, hvem ser meg?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan du som behandler har blitt påvirket av å jobbe med personer i krise etter hendelsen ved Utøya 22.juli 2011. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få en mer inngående kunnskap om behandleres rolle og erfaringer med krisearbeid med særlig fokus på sekundærtraumatisering og utbrenthet hos behandlere. Vi ønsker å finne ut om du som behandler mottok noen form for oppfølging eller gruppeveiledning på din jobb i forbindelse med 22. juli 2011. Vi ønsker å belyse om det ble utført debriefing, eller tilbud om dette. Prosjektet skal munne ut i en masteroppgave, og skal fokusere på ivaretagelse av behandleren og forebygging av sekundærtraumatisering.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen Innlandet, førsteamanuensis Hanne Stuen Kilen ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har mottatt dette informasjonsskrivet fordi vi håper å kunne inkludere behandlere fra utvalgte DPS, og vil derfor invitere deg til å delta i et intervju der vi ønsker å høre mer om dine erfaringer med å møte og følge opp pasienter ved DPS etter 22. juli 2011. . Vi ønsker intervju deg fordi du jobber/ jobbet som behandler på DPS 22. juli 2011 og ønsker å høre om dine erfaringer med hvordan det var for deg å være behandler og din forståelse i dag. Vi håper du har lyst og anledning til å delta i vårt forskningsprosjekt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet så avtaler vi et individuelt intervju med deg. Intervjuet vil inneholde noen forhåndsskrevet spørsmål som vi ønsker å spørre alle våre informanter om. Disse spørsmålene vil vi sende til deg i forkant slik at du har mulighet til å lese igjennom

disse. Det vil og inneholde oppfølgingsspørsmål som ikke er satt på forhånd. Intervjuet vil ha en varighet på ca 45-60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til opplysningene gitt i intervju er Irene Moen Owens og June Edvardsen Sylju (studenter). Dette sikrer vi ved å bruke en diktafon som er koblet til et nettskjema hos Universitetet i Oslo når vi gjennomfører intervjuet. Dette er en sikker løsning for datainnsamling via nett og vil si at ingen personopplysninger blir lagret på våre telefoner eller private datamaskiner. Alle data vil bli slettet når vi er ferdig med å transkribere og analysere intervjuet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2021. Når vi leverer vårt forskningsprosjekt (masteroppgave) så vil alle opplysninger være anonymisert. Lydopptak som ligger lagret i nettskjema vil slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskolen Innlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Hanne Kilen Stuen (Førsteamanuensis) og studenter Irene Moen Owens. Epost: irenemoen85@hotmail.com og June Sylju. Epost: junesylju@gmail.com.

- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg. Epost: hans.nyberg@inn.no eller telefon: 62430023

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

June E. Sylju og Irene M. Owens

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *jeg ser deg, hvem ser meg*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide

Kort presentasjon om oss selv:

Vi er to studenter fra Høgskolen i Innlandet, campus Elverum som nå tar en mastergrad i psykisk helsearbeid. Forskningsprosjektet som munner ut i en masteroppgave innenfor psykisk helsearbeid som skal innleveres 2021. Vi består av Irene Owens og June Edvardsen Sylju. Irene er utdannet sosionom med videreutdanning innenfor rus- og psykisk helse. June er utdannet klinisk sosionom og jobber i en interkommunal barnevernvakt.

Nyttig informasjon:

- Oppgavens formål og hva vi kommer til å stille spørsmål om.
- Informantens etiske og juridiske rettigheter.
- Har informanten noen spørsmål knyttet til undersøkelsen før den starter?

Du kan når som helst trekke deg fra intervjuet, både i forkant, underveis eller i etterkant.

Intervjuet vil bli tatt opp på diktafon. Dette blir gjort for at vi skal kunne sikre at alt det som blir sagt blir med, og at ingen nyanser faller bort. Opptaket er kun til for og brukes av oss under skriveperioden. Opptaket vil bli slettet etter at vi er ferdig med å bruke det.

Temaguide

- **22. juli 2011**

- Hva tenkte du når du skjønnte omfanget av 22.juli 2011?
- Hvordan var det å være profesjonell behandler under en nasjonal krise, med stor mediedekning og noe de aller fleste hadde en mening om?

- **Møte med ungdom/ unge voksne.**

- Hvordan var det å ha overlevende etter 22 juli til behandling sett opp imot krisebehandling generelt?
- Kan du si noe om hva ungdommene/ unge voksne trengte hjelp til? Og hva var mulighetene eller begrensningene i forhold til behandlingstilbud?

- **Ivaretagelse av behandler**

-
- Hvordan ble du som behandler ivaretatt?
 - Fikk du tilbud og noe form for veiledning/ kollegastøtte og eller debriefing? Og hva er ditt syn på nødvendigheten av dette?
 - - **Tilbakeblikk 2011- til nå.**
 - Forandret det deg som behandler og stå i dette arbeidet? I så fall på hvilken måte/ eller hvorfor ikke?
 - Hvis du hadde to minutter og skulle fortelle om dine erfaringer om hvordan det var å jobbe som behandler etter 22.juli 2011, hva hadde du sagt?
 - Var det noen utfordringer du særlig vil trekke frem/ du kjente på tilbake i 2011?
 - Gjorde det nå med deg, hvis du tenker tilbake til 2011?
 - Kan du fortelle om din erfaring med å møte mennesker i krise, og om denne forståelsen har endret seg etter 22. juli 2011?

Avslutning:

- Etter denne samtalen, hva tenker du er det viktigst for deg?
- Er det noe vi ikke har snakket om, som du tenker er viktig, som vi burde ha snakket om?