
Psykiske sår etter 22. juli

LEDER

LARS WEISÆTH

lars.weisath@medisin.uio.no

Lars Weisæth (f. 1941) er dr.med. og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han har forsket på situasjoner som truer eller tar liv siden midten av 1970-årene.

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

Den subjektive opplevelsen av en terrorsituasjon kan være mer avgjørende for psykologiske langtidseffekter enn objektive mål for trusselnivå og skadeomfang.

I alle nasjonale og internasjonale rapporter hvor man evaluerte forskjellige etaters innsats etter terrorangrepene 22. juli 2011, kom helsevesenet godt ut. Særlig gjaldt det traumebehandlingen. Ringerike sykehus ble endog rost på lederplass i *British Medical Journal*, og Ullevål sykehus' innsats for de alvorligst skadede er blitt berømmet (1). Nå ser det ut til at også Oslo kommunale legevakt levde opp til kravene om akutt skadebehandling og videre henvisninger denne dagen. Det er pasientene selv som kommer til orde i artikkelen til Grimholt og medforfattere som nå er publisert i Tidsskriftet (2).

De skadede etter eksplosjonen i Regjeringskvartalet fikk nokså raskt kvalifisert akuttbehandling på stedet, og de som kunne behandles poliklinisk, ble sendt til Oslo kommunale legevakt. Ti måneder senere rapporterte 31 % av legevaktpatientene at de fortsatt hadde posttraumatiske stressreaksjoner bedømt som klinisk signifikante. Tilsvarende forekomst av lignende psykiske skader fant Johansen og medarbeidere etter ett år hos 138 ofre for blind vold i Oslo og Bergen (3).

Blant overlevende fra Utøya var forekomsten av posttraumatiske stressreaksjoner noe høyere, 47 % rapporterte om slike symptomer etter ti måneder (4). De sårede på Utøya befant seg lenge i en katastrofesituasjon, også medisinsk, fordi umiddelbare behov for livreddende behandling lenge ikke kunne dekkes. I tillegg var ofrene fortsatt i livsfare, de var vitner til grufulle drap, og de mistet gode venner. Det kan nok forklare at de psykiske ettervirkningene også ble større.

Grimholt og medarbeidere påpeker at vold er mer psykisk skadelig enn ulykker. Hovedsakelig er det fordi vold angriper ens verdi som menneske og dermed er mer krenkende. Dette er også en viktig årsak til psykiske skader etter voldtekt. En studie av voldtekts ofre i Oslo viste at halvparten hadde en traumerelatert psykisk lidelse ett år senere, oftest posttraumatisk stresslidelse med tilhørende depresjon (5). I studien dokumenterte man behovet for et overgrepsmottak i Oslo, som ble etablert ved legevakten.

Grimholt og medarbeidere fant at 25 % av pasientene fortsatt hadde klinisk signifikante stressreaksjoner etter tre år, det vil si at det knapt hadde skjedd noen bedring siden den første undersøkelsen. Dette bekrefter inntrykket av at når en posttraumatisk stresstilstand først er etablert, er senere bedring beskjedent og langsom. I Johansen og medarbeideres forløpsstudie led fortsatt, etter åtte år, så mange som 19 % av ofrene for blind vold av posttraumatisk stresslidelse (3).

En svakhet ved datamaterialet fra legevakten er at opplysninger måtte hentes fra journalene. Som vanlig var de biomedisinske dataene mye bedre enn de psykososiale, slik at tilleggsinformasjon måtte hentes inn retrospektivt. Forskningsmessig innhenting av data i akuttfasen etter katastrofer kunne tidligere foretas så snart informert samtykke forelå. Nå kreves godkjenning av regional etisk komité, noe som kan ta tid. Forhåpentligvis vil det kunne gis forhåndsgodkjenning ved eventuelle fremtidige hendelser, slik at katastrofemedisinsk forskning kan igangsettes umiddelbart, som tidligere i kombinasjon med forebyggende og terapeutiske intervensjoner.

Den retrospektive metoden i Grimholt og medarbeideres studie bidro til at man i legevaktstudien ikke kunne skille mellom den psykiske virkningen av den legemlige skaden og de øvrige stressbelastningene under bombeangrepet i Regjeringskvartalet. I den multivariate analysen av ofre for blind vold, der alle var legemlig skadet, forsvant betydningen av skadens alvorlighetsgrad når det ble kontrollert for andre variabler (6). Heir og medarbeidere, som studerte reaksjonen hos ansatte i Regjeringskvartalet etter 22. juli 2011, fant tilsvarende resultater: Alvorlighetsgraden av skadene var ikke utslagsgivende for de psykiske ettervirkningene (7). Derimot var det en sterk sammenheng mellom psykiske plager i etterkant og en opplevelse av at man kunne risikert å bli drept eller alvorlig skadet.

Slike funn er kanskje overaskende, men nokså gjennomgående. Allerede Ulrik Malt, som i 1970-årene utførte pionerforskning på ulykkesskadede i Oslo, fant at den reelle faregraden under ulykken og den legemlige skaden objektivt bedømt, ikke spilte så stor rolle (8, 9). Mer avgjørende var den skadedes egen forståelse av ulykken og skaden. I forhold til forebygging av psykiske stressreaksjoner innebærer dette at skadebehandleren, i tillegg til å vurdere skaden og hendelsen objektivt sett, bør forsøke å få tak pasientens egne forestillinger.

LITTERATUR

1. Brandrud AS, Bretthauer M, Brattebø G et al. Local emergency medical response after a terrorist attack in Norway: a qualitative study. *BMJ Qual Saf* 2017; 26: 806 - 16. [PubMed][CrossRef]
2. Grimholt TK, Skogstad L, Hafstad SG et al. 22. juli 2011 – psykiske reaksjoner hos pasientene ved Legevakten i Oslo. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; doi:

3. Johansen VA, Eilertsen DE, Nordanger D et al. Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: an 8-year prospective longitudinal study. *Nord J Psychiatry* 2013; 67: 69 - 80. [PubMed][CrossRef]
4. Dyb G, Jensen TK, Nygaard E et al. Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 361 - 7. [PubMed][CrossRef]
5. Dahl S. Rape – a hazard to health. Oslo: Scandinavian University press, 1993.
6. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE et al. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 452 - 62. [PubMed][CrossRef]
7. Heir T, Blix I, Knatten CK. Thinking that one's life was in danger: perceived life threat in individuals directly or indirectly exposed to terror. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 306 - 10. [PubMed][CrossRef]
8. Malt UF. Biopsychosocial aspects of accidental injuries. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1986.
9. Malt UF, Olafsen OM. Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults. *Psychiatr Med* 1992; 10: 117 - 34. [PubMed]

Publisert: 26. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0481
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.