



Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken

Harald Bækkelund, Kristin Alve Glad, Lisa Nilsen, Lise Stene og Anne Lie Andreassen

Mai 2024

Forord

Bakgrunnen for denne rapporten er Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken, som resulterte i Stortingsvedtak 1156: "Stortinget ber regjeringen gi Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket." 26. mai 2023 ble dette utredningsoppdraget tildelt NKVTS av Norsk Helsenet etter en tilbudsforespørsel etter forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) §13-3 b. Helsedirektoratet er oppdragsgiver for oppdraget.

NKVTS har løst oppdraget på følgende måte:

- (1) Gjennomført en systematisk gjennomgang av relevante empiriske studier på feltet.
- (2) Utviklet og gjennomført en digital spørreundersøkelse med de berørte av Kielland-ulykken våren 2024.
- (3) Invitert til og ledet fokusgrupper på tre regionale samlinger for de berørte.
- (4) Systematisk lest og oppsummert intervjuer med de berørte i Minnebanken.

Prosjektgruppen ved NKVTS har bestått av Anne Lie Andreassen, Kristin Alve Glad, Lise Eilin Stene, Lisa Govasli Nilsen og Harald Bækkelund (prosjektleder). Prosjektgruppen har hatt ansvar for design av studien, valg av strategi for datainnsamlingen, utforming av spørreskjema, gjennomføring av analyser og skriving av rapport. Geir Ove Kværk har hatt ansvar for økonomi og ressursbruk.

Arbeidet kunne ikke vært gjennomført uten godt samarbeid med Kielland-nettverket; en særlig stor takk til Kian Reme, Anders Helliksen og Åse Kringlebotn.

Tusen takk også til alle berørte som deltok og delte sine historier på de tre samlingene som ble arrangert i regi av nettverket og NKVTS, og alle som deltok i spørreundersøkelsen vår.

30. april, 2024



Harald Bækkelund,

Prosjektleder

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	1
INNHALDSFORTEGNELSE	3
Sammendrag	5
INNLEDNING	6
Bakgrunn	6
Helsekonsekvenser av traumatiske hendelser.....	7
Forskjellige typer traumehendelser	12
Psykososial oppfølging etter katastrofer	13
Oppfølgingen av de berørte etter Kielland-ulykken	15
Målsetning.....	16
METODE.....	17
Gjennomføring	17
Litteraturgjennomgang	18
Spørreundersøkelsen.....	18
Fokusgrupper: Utvalg og prosedyre	23
Minnebanken	24
Etiske avveininger	24
Analyser	25
RESULTATER.....	27
Resultater fra litteraturgjennomgang.....	27
Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen	29
Resultater fra analyser av det kvalitative materialet.....	38
DISKUSJON	52

Psykisk og fysisk helse.....	52
Sorg.....	53
Livskvalitet.....	55
Resiliens og positive endringer	56
Sosial støtte vs. negative reaksjoner	57
Erfaringer med media	58
Konsekvenser av manglende oppfølging	59
Arrangementer og støttegruppen.....	61
Styrker og svakheter	62
KONKLUSJONER.....	64
REFERANSER.....	66
VEDLEGG	87

Sammendrag

Bakgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å fremskaffe kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging, og ulykken i seg selv, har hatt for de berørtes fysiske og psykiske helse etter Alexander Kielland-ulykken. Prosjektet gjennomføres i nært samarbeid med Kielland-nettverket.

Mål: Målsetningen med denne undersøkelsen var å fremskaffe og oppsummere kunnskap om konsekvensene Kielland-ulykken, og den manglende oppfølgingen, for de overlevende, etterlatte og pårørende sin helse, samt å lage en kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser for, og oppfølging av, berørte etter skips- og industrikatastrofer.

Metode: Vi har (1) gjennomført en systematisk gjennomgang av relevante empiriske studier på feltet, (2) utviklet og gjennomført en digital spørreundersøkelse med de berørte våren 2024, (3) invitert til og ledet fokusgrupper på tre regionale samlinger for de berørte, samt (4) systematisk lest og oppsummert intervjuer med de berørte i Minnebanken.

Resultater og konklusjon: De berørte av Kielland-ulykken strever med uforholdsmessig mye helseplager og lavere livskvalitet, sammenlignet med den generelle befolkningen. Særlig blant de overlevende er det mange som har hatt det vanskelig og som fortsatt strever. Dette understreker de ekstreme belastningene de ble utsatt for. Samtidig vitner det om svikten de berørte opplevde, ved at de ikke fikk den oppfølgingen som situasjonen krevde. Det er umulig å presist anslå hva effekten av bedre oppfølging ville vært, men vi mener at det er faglig grunnlag for å si at det kunne ha vært betydningsfullt.

INNLEDNING

Bakgrunn

Den 27. mars 1980 kantret boligplattformen Alexander L. Kielland på Ekofiskfeltet i Nordsjøen. Ulykken skjedde i løpet av kun 20 minutter, etter at ett av plattformens fem bein ble revet av i høy sjø. Det var 212 personer ombord da ulykken skjedde og av dem omkom 123 menn, hvorav 30 aldri ble funnet. Etter ulykken ble det nedsatt en granskingskommisjon som konkluderte med at årsaken til kantringen var brudd i den bærende konstruksjonen til plattformen (NOU, 1981:11) (Riksrevisjonen, 2020-2021). Ifølge kommisjonen, var bruddet forårsaket av feil under planleggingen og byggingen av plattformen. Alexander L. Kielland-ulykken (heretter Kielland-ulykken) regnes som Norges største industriulykke.

I 2019 vedtok Stortinget at Riksrevisjonen skulle undersøke hvordan myndighetene har ivaretatt sitt ansvar i forbindelse med ulykken, herunder også oppfølgingen av de etterlatte og overlevende. I 2021 konkluderte Riksrevisjonen med alvorlig kritikk av at Sosialdepartementet valgte å ikke sørge for oppfølging av de etterlatte etter ulykken, til tross for at de var godt kjent med at det var behov for dette. De rettet også sterk kritikk mot at Sosialdepartementet ikke sørget for tilstrekkelig oppfølging av de overlevende etter ulykken. De konkluderte imidlertid med at det ikke var grunnlag for ny granskning av Kielland-ulykken (Riksrevisjonen, 2020-2021).

I etterkant av rapporten vedtok Stortinget en sterk beklagelse for den mangelfulle oppfølgingen overlevende og etterlatte opplevde etter Kielland-ulykken (Vedtak 1155). Videre vedtok Stortinget følgende: "*Stortinget ber regjeringen gi Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket.*" (Vedtak 1156).

Helsekonsekvenser av traumatiske hendelser

De fleste mennesker vil oppleve en potensielt traumatiserende hendelse i løpet av livet, men det er stor individuell variasjon i hvordan vi reagerer. Som Judith Herman (en innflytelsesrik skikkelse i traumefeltet) har uttalt det: «Ingen mennesker har identiske reaksjoner, selv ikke på samme hendelse» (1992, s. 58, egen oversettelse). Når det er sagt, vet vi at eksponering for potensielt traumatiserende hendelser øker risikoen for utvikling av ulike helseproblemer og redusert livskvalitet, særlig den første tiden. I det følgende vil vi beskrive disse helsekonsekvensene nærmere.

PTSD, angst og depresjon

Den mest studerte psykiske lidelsen blant traumeutsatte er posttraumatisk stresslidelse (PTSD). PTSD ble introdusert i det amerikanske diagnosesystemet i 1980 (American Psychiatric Association, 1980). Karakteristiske symptomer på PTSD er at man gjenopplever den traumatiske hendelsen som om den skjer igjen (for eksempel mareritt og flashbacks), unngåelse av stimuli som minner om traumet, økt aktivering, samt negative endringer i tanker og følelser (f.eks. "ingen steder er trygge")(American Psychiatric Association, 2013). Barn og ungdom kan også utvikle PTSD (Alisic et al., 2014; Lewis et al., 2019).

Omfattende forskning i løpet av de siste 30 årene har ført til store fremskritt i vår forståelse av faktorer som er forbundet med forhøyet risiko for å utvikle PTSD, inkludert personlige egenskaper (f.eks. kvinnelig kjønn, etnisk minoritetsstatus, lav sosioøkonomisk status, tidligere psykiatrisk sykdom), aspekter ved selve eksponeringen (f.eks. eksponeringsintensitet, dødsfall, skade, oppfattet livstrussel), samt faktorer relatert til tiden etter traumet (f.eks. opplevd sosial støtte) (for en gjennomgang, se Tortella-Feliu et al., 2019). Traumepåminnere (dvs. ting som minner om den traumatiske hendelsen og fremkaller plagsomme reaksjoner) kan også spille en viktig rolle i utviklingen av PTSD (Glad et al., 2017, 2023; Pynoos et al., 2009). Andre kjente former for psykopatologi traumeutsatte kan oppleve, er angst og depresjon (Thabet et al., 2016). Det meste av forskningen på psykiske reaksjoner på en traumatisk hendelse er gjort på de direkte

berørte (dvs. de som selv var til stede under hendelsen), men noen har også studert reaksjoner blant deres nære. For eksempel fant Thoresen et al. (2016) at foreldrene til de som overlevde terrorangrepet på Utøya opplevde et høyt nivå av emosjonelt stress, inkludert symptomer på PTSD, angst og depresjon.

Som Thoresen et al. (2017) har påpekt, er mye av forskningen på den psykiske helsen til mennesker utsatt for en katastrofe gjort ett til to år etter hendelsen. Få studier har mer enn fem års oppfølgingstid, men blant det som foreligger har nordiske forskere i stor grad bidratt til kunnskapsutviklingen, for eksempel etter Kielland-ulykken (Boe et al., 2011; Holgersen et al., 2010), en stor brannulykke på et hotell (Lundin & Jansson, 2007), en flyulykke (Arnberg et al., 2015), skredet i Vassdalen (Kristensen et al., 2012), samt bussulykken i Måbødalen (Winje, 1988). Oppsummert tyder resultatene fra disse studiene på at mange av de direkte berørte, men ikke alle, opplevde en høy grad av psykisk stress den første tiden, men at stressreaksjonene avtok i løpet av få måneder til et par år for de fleste (Thoresen et al., 2017). For dem som ikke opplever bedring i denne perioden, kan imidlertid profesjonell hjelp være nyttig (Thoresen et al., 2017).

Sorg

Sorg er også et viktig aspekt ved katastrofer der mange menneskeliv går tapt. Sorg er en normal reaksjon på tapet av en nær, og de fleste opplever at deres sorgrelaterte plager reduseres over tid. Traumatiske tap (f.eks. ved drap, selvmord, ulykker eller terrorangrep), derimot, kan føre til alvorlige, intense og vedvarende psykologiske reaksjoner, for eksempel symptomer på PTSD og forlenget sorglidelse. Forlenget sorglidelse har blitt inkludert som en ny diagnose i den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer, og karakteriseres av en sterk lengsel/savn etter den døde, bitterhet, unngåelse av det som minner om tapet, samt vansker med å akseptere dødsfallet og med å gå videre i livet (Prigerson et al., 2009). I en systematisk oversikt og meta-analyse fant Lundorff et al. (2017) at en av ti etterlatte voksne er i faresonen for å utvikle forlenget sorglidelse etter et ikke-voldelig dødsfall. Traumatiske tap er imidlertid forbundet med en betydelig høyere forekomst av slike reaksjoner. For eksempel, fant Djelantik et al. (2020) i en

systematisk oversikt over litteraturen at nesten 50% av voksne etterlatte etter unaturlige dødsfall, inkludert plutselige og voldelige dødsfall, rapporterte klinisk relevante nivåer av forlenget sorglidelse. Det er verdt å merke seg at gjennomsnittlig tid etter tap i de inkluderte studiene varierte fra 1 måned til 30 år, og Djelantik og medarbeidere (ibid.) fant en negativ sammenheng mellom tiden som hadde gått siden tapet og forekomsten av forlenget sorglidelse.

Et traumatisk dødsfall oppfattes noen ganger som noe som kunne vært forebygget, hvilket kan føre til at de etterlatte legger skyld på andre eller seg selv. Videre kan sorgprosessen etter traumatiske dødsfall kompliseres av skyldfølelse for å ha overlevd, mens andre mistet livet. For et barn er tapet av en omsorgsperson en svært stressende livshendelse (Bergman et al., 2017). Selv om de fleste barn som lider tap av en nær klarer å opprettholde normal fungering på tvers av ulike alderstrinn (Kaplow et al., 2010; Keyes et al., 2014), viser forskning at en undergruppe opplever "maladaptiv sorg" som er assosiert med nedsatt funksjonsnivå (Kaplow et al., 2018; Melhem et al., 2011). Videre er tap i barndommen assosiert med mange psykiske og fysiske vansker, inkludert depresjon, PTSD reaksjoner (Keyes et al., 2014), rusmisbruk (Kaplow et al., 2010), suicidal atferd (Guldin et al., 2015), samt dårligere akademiske prestasjoner (Oosterhoff et al., 2018). En viktig faktor som kan påvirke barnets sorgreaksjoner, er relasjonen til den døde (Alvis et al., 2022). Tapet av en "primær relasjon" (f.eks. en forelder) fører gjerne til mer intense psykiske reaksjoner sammenlignet med "sekundære relasjoner" (f.eks. noen i den utvidede familien) (Kaplow et al., 2010). Som beskrevet av Alvis et al. (2022), er barn og unge avhengige av de voksne i sitt nærmiljø for å navigere og håndtere tapet av en nær. Følgelig er omsorgskonteksten en av de mest kritiske faktorene for å legge til rette for adaptiv sorg (Alvis et al., 2022; Kaplow et al., 2012). Tilgjengeligheten av en primær tilknytningsfigur kan blant annet bidra til å regulere og redusere frykt og andre negative følelser knyttet til tapet, samt hjelpe barnet gjenopprette normale rutiner (Shear et al., 2007). Aspekter ved omsorgskonteksten som kan ha en positiv innvirkning på sorgprosessen, er for eksempel god sosial støtte og åpen kommunikasjon (Alvis et al., 2022). Men, mens barn som har mistet en omsorgsperson har betydelig behov for støtte,

kan det omvendte skje - på grunn av endringer i familiesituasjonen og familierollene etter dødsfallet. Den gjenværende omsorgspersoner bærer på sin egen sorg, og kan selv oppleve psykiske vansker, hvilket kan gjøre det vanskelig å gi tilstrekkelig støtte og omsorg (Bergman et al., 2017). Den gjenværende forelderen må også håndtere andre stressfaktorer, som å være enslig forsørger, hvilket kan bety redusert tid, oppmerksomhet og støtte til barna (Bergman et al., 2017).

Fysiske plager

Katastrofer kan også påvirke de berørtes fysiske helse utover eventuelle fysiske skader de direkte berørte kan ha fått i forbindelse med katastrofen. I den første tiden etter eksponering for et traume opplever overlevende gjerne hyppig hodepine, smerte, hjertebank, søvnløshet og/eller tretthet (Kizilhan & Noll-Hussong, 2017). Slike symptomer har i stor grad blitt forstått som forbigående, fryktrelaterte, fysiologiske reaksjoner på eksponering for en livstruende hendelse som vil forsvinne av seg selv (Stensland et al., 2020). Følgelig har de stort sett verken blitt inkludert i den systematiske kartleggingen eller oppfølgingen av traumeutsatte (Bisson et al., 2019; Goldmann & Galea, 2014; Koenen et al., 2017). I løpet av de siste tiårene har imidlertid funn fra retrospektive studier vist at traumeutsatte opplever mer langsiktige fysiske helseproblemer og sykdom sammenlignet med ikke-eksponerte jevnaldrende. Mens disse negative, langsiktige, fysiske helseutfallene hovedsakelig har blitt sett på som følgetilstander av vedvarende posttraumatiske stress reaksjoner (Koenen et al., 2017; Pacella et al., 2013; Schnurr & Jankowski, 1999), er det en mulighet for at tidlig fysisk symptomatologi kan spille en viktig rolle som tidlige prediktorer for langvarige psykiske plager (Glad et al., 2024; Stensland et al., 2020).

Fungering

Gitt den store betydningen eksponering for en traumatisk hendelse kan ha for de berørte sin mentale og fysiske helse, er det ikke overraskende at det også kan påvirke deres daglige funksjon, inkludert deres evne til å utføre dagligdagse oppgaver, som å tilberede og spise sunne måltider, sikre gode søvnrutiner, og unngå overdreven bruk av

smertestillende medisiner eller alkohol, og dermed hindre bedring. Denne hypotesen støttes av resultater fra store epidemiologiske studier, som indikerer at hyppig hodepine, smerter og andre somatiske symptomer bidrar til betydelig funksjonssvikt (Bilevicius et al., 2018; Mokdad et al., 2016). For noen fører dette også til langvarig sykefravær eller økonomiske problemer. For unge mennesker som opplever en traumatisk hendelse, inkludert et traumatisk tap, kan denne opplevelsen svekke deres akademiske prestasjoner og trivsel i skolen. I en relativt ny litteraturgjennomgang av skolerelaterte konsekvenser av traumer, rapporterte Perfect et al. (2016) at mange studier har funnet signifikante sammenhenger mellom traumeeksponering og relaterte PTSD symptomer og nedsatt kognitiv funksjon, lavere akademisk ytelse, og psykososiale problemer, blant ungdom. Dette kan ha varig, negativ innvirkning på unge traumeutsattes liv, for eksempel når det gjelder deres fremtidige karriere.

Positive endringer

Det er verdt å nevne at selv om de fleste studier på psykiske reaksjoner etter traumer har fokusert på psykopatologi, tyder forskning på at mange mennesker også rapporterer positive personlige endringer i kjølvannet av et traume, inkludert økt personlig styrke, nærere relasjoner, eller et nytt syn på livet. Den mest brukte betegnelsen for slike endringer, er posttraumatisk vekst (PTG), definert som: "En positiv endring man opplever som et resultat av kampen med en traumatisk hendelse" (Tedeschi & Calhoun, 2004, s.1, vår oversettelse). PTG har blitt rapportert av mennesker utsatt for mange ulike typer traumer, inkludert terrorhendelser (Laufer et al., 2009; Levine et al., 2008), trafikkulykker (Salter & Stallard, 2004), og naturkatastrofer (Cryder et al., 2006). Det er viktig å understreke at fokuset på slike positive endringer ikke må sees som en bagatellisering av verken den traumatiske hendelsen eller de posttraumatiske stress reaksjonene mange traumeutsatte strever med i tiden etter, men noe som kan gi oss et bredere og mer helhetlig bilde av de følgende traumatiske hendelser kan ha (Glad & Hafstad, 2019). Å bearbeide et traume kan være en tung og stor oppgave, men for noen kan denne prosessen sette i gang refleksjoner som gir et grunnlag for positive personlige endringer (Glad & Hafstad, 2019).

Kort oppsummert

Mange mennesker som opplever en potensielt traumatiserende hendelse utvikler ikke alvorlige helseplager, funksjonsproblemer, eller redusert livskvalitet. Samtidig vet vi at eksponering for potensielt traumatiserende hendelser øker risikoen for slike problemer. Ettersom tiden går, vil mange oppleve at de får det bedre, mens noen vil utvikle kroniske helseplager (se Thoresen et al., 2017).

Forskjellige typer traumehendelser

Hva slags type traume man utsettes for er forbundet med ulik risiko for helseplager i etterkant (Kessler et al., 1995, 2005). For eksempel har man funnet at traumer som er påført med hensikt av andre mennesker (f.eks. voldtekt, terrorangrep og massedrap) fører til mer helseplager enn naturkatastrofer og ulykker (Norris et al., 2002). Videre kan eksponering for en katastrofe, der mange mennesker er involvert, være forbundet med særskilte erfaringer i etterkant. For eksempel får de som blir direkte berørt av katastrofer ofte en betydelig medieoppmerksomhet rettet mot seg, hvilket kan oppleves som en ekstra belastning (Doohan & Saveman, 2014; Glad et al., 2018). I tillegg til å mestre sine egne reaksjoner på hendelsen, må de håndtere at opplevelsen blir kjent for venner og bekjente (Arnberg et al., 2013). Mens noen kan oppleve det som en påkjenning at andre vet at de er overlevende etter en katastrofe, kan andre oppleve det som støttende at samfunnet rundt dem kjenner til dette. Samtidig kan mengden oppmerksomhet en hendelse får, samt hvordan den blir håndtert av det offentlige, innvirke på for eksempel hvor mye og hva slags oppfølging de berørte får i etterkant (Thoresen et al., 2017). Dette kan igjen påvirke hvordan det går med de berørte over tid.

Kielland ulykken var en katastrofe med et høyt antall berørte, både overlevende og deres pårørende, men også mange etterlatte. Etter slike hendelser er det viktig for de berørte å få klarhet i hva som har skjedd, hvordan dette kunne skje og at noen stilles til ansvar (Thoresen et al., 2017). Slike prosesser er viktige fordi de kan bidra til å gjenopprette en opplevelse av rettferdighet (Janoff-Bulman & Morgan, 1994). Samtidig kan slike

prosesserer føre til konflikter, eller lavere tillit til myndigheter og samfunnsinstitusjoner, dersom det foreligger ulike oppfatninger av hva som har skjedd og hvordan en hendelse har blitt håndtert (Bos et al., 2005; Thoresen et al., 2017). Direkte berørte må ofte gjennom juridiske prosesser, slik som en eventuell rettsak eller forsikringsutbetalinger, i etterkant av katastrofer, og disse kan det være krevende å stå i (Thoresen et al., 2017).

Psykososial oppfølging etter katastrofer

En viktig faktor knyttet til hvordan de direkte berørte klarer seg etter en katastrofe, er støtten og hjelpen de mottar, ikke bare fra familien og det sosiale nettverket, men også fra helsevesenet og sosiale tjenester. Dessverre har funn fra internasjonale studier på mennesker utsatt for katastrofer vist at mange ikke får den hjelpen de trenger fra helsevesenet (DeLisi et al., 2003; Norris et al., 2002; Stuber et al., 2006). Vi vet også at mange som rammes, og som har behov for hjelp og oppfølging, ikke oppsøker hjelp selv (Schwart & Kowalski, 1992; Stuber et al., 2006; Weisæth, 2001). Følgelig blir *proaktiv* oppfølging anbefalt etter katastrofer (Brewin et al., 2008). Tanken er at tidlig, oppsøkende oppfølging kan redusere fremtidige udekkede behov, ved at man tilbyr psykososial og praktisk støtte, følger med på de berørtes helsebehov, samt letter tilgangen til helsetjenester (Call & Pfefferbaum, 1999; Stuber et al., 2006). I motsetning til det vanlige helsevesenet, er ideen om proaktiv oppfølging å følge opp de berørte aktivt og universelt, uavhengig av deres medisinske historie og tilsynelatende nivå av hjelpebehov (Haga et al., 2015). En såkalt 'screen and treat'-respons har blitt anbefalt etter store kriser og katastrofer, for å forsikre seg om at man når ut til alle som har et hjelpebehov (Whalley & Brewin, 2007). Dette innebærer en kartlegging av de berørtes hjelpebehov over tid, for deretter å tilby oppfølging og behandling til de som trenger det. I Norge har ansvaret for psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer blitt lagt til kommunene. De fleste kommuner har etablert psykososiale kriseteam som følger opp berørte etter både større kriser og mindre katastrofer (Helsedirektoratet, 2016). Dette har blitt bygget opp i etterkant av blant annet Kielland-ulykken.

Tiden etter katastrofer kan grovt sett deles inn i tre ulike faser: (1) *akuttfasen* (de første timene og dagene etter en hendelse), (2) *mellomfasen* (de første ukene etter), og (3) *senfasen* (fra noen måneder etter hendelsen) (Jensen et al., 2019). Vi har foreløpig lite forskningsbasert kunnskap om hvilke tiltak som er nyttige i akuttfasen etter en katastrofe. Anbefalingene som foreligger er for det meste basert på teori, konsensusdokumenter, samt klinisk erfaring (Fox et al., 2012; Hobfoll et al., 2007). Flere forskjellige modeller og retningslinjer for oppfølging etter katastrofer foreligger (for en oversikt, se Michel, 2014). Såkalt "Psykologisk førstehjelp" (Brymer et al., 2006) er for eksempel mye brukt som en akutt intervensjon etter kriser og katastrofer (Forbes et al., 2010). Målet er både å redusere emosjonelle og fysiologiske reaksjoner, samt å fremme funksjon og mestring (Brymer et al., 2006). Kort fortalt fokuseres det på å etablere en trygg og god kontakt med de berørte, tilby informasjon og praktisk bistand, etablere kontakt med støttepersoner, samt legge en plan for videre oppfølging. Store organisasjoner har støttet denne intervensjonen, inkludert American Psychological Association (2019) og verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2011).

Mange overlevende og pårørende vil ha behov for hjelp utover den akutte fasen. Det Europeiske nettverket for traumatisk stress (TENTS) anbefaler såkalt «stepped care» etter større traumatiske hendelser (Bisson et al., 2010). Dette er i tråd med det man på norsk kaller LEON¹-prinsippet (Helsedirektoratet, 2016) som "innebærer å gi det første hjelpetilbudet på lavest mulig nivå (..), for så å trappe opp – eller ned – når kriteriene tilsier dette. Slik kan man sikre at den mest kostnadseffektive og minst intensive behandlingen gis først" (Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2008, s. 585). Ifølge denne modellen skal ikke psykologisk behandling nødvendigvis tilbys alle berørte etter større katastrofer, men man skal evaluere hvem som har behov for slik behandling. Berørte som har behov for mer omfattende hjelp bør få mer målrettede tiltak (O'Donnell et al., 2012; Zatzick et al., 2004). For eksempel må spesialiserte helsetjenester involveres hvis de berørte utvikler PTSD eller andre alvorlige problemer (e.g., vedvarende søvnproblemer, redusert funksjonsnivå, rusmisbruk). Traumefokusert behandling anbefales i oppdaterte

retningslinjer (Bisson et al., 2019). Overlevende og familier utsatt for katastrofer kan ha behov for spesialiserte helsetjenester flere år etter hendelsen.

Det er dessverre vanskelig å anslå hva effekten av god psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer er. Forskningsetisk er det problematisk å gjennomføre randomiserte kontrollerte studier der noen berørte ikke får noe oppfølging i det hele tatt. Det er også praktisk utfordrende å gjennomføre slike studier rett etter en katastrofe, som per definisjon kommer plutselig og er vanskelig å forutse. Det har blitt gjennomført studier av psykologisk førstehjelp som antyder positive effekter på psykiske helse hos berørte, men studiene har lav kvalitet og langtidsvirkningene er usikre (Hermosilla et al., 2023). Studier av andre forebyggende intervensjoner antyder lovende resultater for stepped-care og psykologiske intervensjoner rettet mot personer som har utviklet psykiske plager i løpet av den første tiden etter traumeopplevelsen. Intervensjoner som blir tilbudt alle som har opplevd en traumatisk hendelse rett etter hendelsen, viser generelt lite effekt (Bisson et al., 2021).

Oppfølgingen av de berørte etter Kielland-ulykken

I årene etter Kielland-ulykken, har det blitt reist kritikk mot myndighetenes ivaretagelse av sitt ansvar både forut for og i etterkant av ulykken. Oppfølgingen av de overlevende, etterlatte og pårørende har særlig blitt kritisert. På bakgrunn av dette gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse som ble levert i 2021, der det blir fremsatt sterk kritikk av Sosialdepartementet for manglende oppfølging av de etterlatte (Riksrevisjonen, 2020-2021). Mangelfull oppfølging av de overlevende ble også funnet sterkt kritikkverdig.

Kort oppsummert fant Riksrevisjonen at de overlevende ble fulgt opp med nasjonale helseundersøkelser, men at de hadde lite kontakt med sitt lokale helsevesen. Mange overlevende deltok også i flere forskningsprosjekter, men opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp. For eksempel fant Riksrevisjonen at en tredjedel savnet å snakke med en psykolog de første ukene etter ulykken, for å bearbeide opplevelsen. Nesten like mange savnet å møte andre overlevende for å snakke om ulykken. Ifølge Riksrevisjonen

var det en "uheldig sammenblanding av forskning på og oppfølging av de overlevende etter Alexander L. Kielland-ulykken" (Riksrevisjonen, 2020-2021, s.13), samtidig som de påpeker at resultatene fra denne forskningen har vært viktig for å utvikle modellen vi har i dag for å følge opp rammede etter katastrofer og andre store ulykker. Riksrevisjonen konkluderte videre med at de etterlatte verken hadde fått informasjon fra myndighetene, eller noen organisert oppfølging, tross kjent hjelpebehov, etter ulykken. De fleste enkene sa blant annet at de savnet bistand fra helsevesenet og offentlige myndigheter de første ukene etter ulykken, og ca. halvparten av de etterlatte barna savnet noen å snakke med, samt hjelp til å bearbeide sorgen. Mange savnet også hjelp til moren sin etter ulykken, og flere mødre oppga at de ikke klarte å ta vare på barna sine i tiden etter (Riksrevisjonen, 2020-2021).

Målsetning

I tråd med Stortingets vedtak 1156 og oppdragsdokumentet «Avtale om levering av Anskaffelse av studier om Alexander L. Kielland-ulykken» var målsetningen med denne undersøkelsen å fremskaffe og oppsummere kunnskap om:

1. Konsekvensene Kielland-ulykken hadde for de overlevende, etterlatte og pårørende sin fysiske og psykiske helse.
2. Hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter Kielland-ulykken har hatt for de overlevende, etterlatte og pårørende sin fysiske og psykiske helse.

I tillegg ble det avtalt høsten 2023 at prosjektet skulle lage en kunnskapsoppsummering basert på en systematisk litteraturgjennomgang om helsekonsekvenser for, og oppfølging av, overlevende, pårørende og etterlatte etter skips- og industrikatastrofer som Kielland-ulykken og lignende hendelser.

METODE

Gjennomføring

Dette oppdraget ble tildelt NKVTS av Norsk Helsenett etter en tilbudsforespørsel etter forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) §13-3 b. Helsedirektoratet er oppdragsgiver og utformet oppdragsspesifikasjonen. Bakgrunnen for oppdraget var Riksrevisjonens rapport og Stortingets vedtak. I kontakt med Kielland-nettverket kom det frem et ønske fra de overlevende og etterlatte om samlinger for erfaringsdeling og støtte, samt skepsis til en intervjubasert forskningsstudie. I oppdragsspesifikasjonen ble det derfor vektlagt at de bevilgede midlene skulle dekke arrangement av samlinger i samarbeid med Kielland-nettverket og at datainnsamling skulle skje i forbindelse med disse samlingene.

På bakgrunn av oppdraget, og i videre samarbeid og dialog med Helsedirektoratet og Kielland-nettverket, har NKVTS utformet og gjennomført prosjektet. Det har blitt gjennomført fire samlinger for berørte av Kielland ulykken i løpet av prosjektperioden. Kielland-nettverket har invitert til og arrangert samlingene, mens NKVTS har bidratt med faglige innlegg og dekket økonomiske kostnader for nettverket og deltakerne. Den første samlingen ble avholdt på Sola og inviterte deltakere fra hele landet, samt Storbritannia. Samlingen ble benyttet til å presentere prosjektet og få innspill fra deltakerne til utarbeidelsen av prosjektet og datainnsamlingen. De tre neste samlingene ble avholdt i Arendal, Haugesund og Stjørdal. Deltakere med tilhørighet i de omliggende geografiske regionene ble invitert til å delta. Lokasjonene ble valgt på bakgrunn av kunnskap om geografisk tilhørighet for de berørte av ulykken i samarbeid med Kielland-nettverket.

Problemstillingene i oppdraget har blitt forsøkt besvart med fire ulike datakilder:

- (1) Systematisk litteraturgjennomgang av relevante empiriske studier på feltet.
- (2) Digital spørreundersøkelse med de berørte våren 2024.
- (3) Fokusgruppeintervjuer med berørte gjennomført på tre regionale samlingene.
- (4) Kvalitativ analyse av intervjuer med de berørte i Minnebanken.

Metodevalg for disse fire datakildene beskrives videre under.

Litteraturgjennomgang

For å kartlegge det eksisterende kunnskapsgrunnlaget om psykiske, psykososiale og psykosomatiske konsekvenser av, samt psykososiale intervensjoner gitt etter, store ulykker og katastrofer til havs, gjorde vi en systematisk litteraturgjennomgang (Nilsen et al., under forberedelse). Søket ble gjennomført i samsvar med PRISMA-retningslinjene for systematiske søk (Page et al., 2021), og fokuserte på studier som så på konsekvenser for overlevende som var i en profesjonell setting når ulykken til havs inntraff, samt deres pårørende og etterlatte. I tillegg ble studier av oppfølging i etterkant av slike hendelser kartlagt. Søk ble gjennomført i databasene PubMed, Medline, PsychINFO og Web of Science. For å vurdere kvaliteten på det eksisterende kunnskapsgrunnlaget, ble standard kvalitetsvurderinger gjennomført for hver enkelt studie. For kvantitative artikler ble instrumentet "Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers 'QualSyst'" (Kmet et al., 2004) brukt, mens en rekke spørsmål utviklet av (Mays & Pope, 2000) ble brukt for å evaluere de kvalitative artiklene.

Spørreundersøkelsen

Utvalg og prosedyre

Invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt på e-post til alle overlevende, enker, barn og søsken, med ledsagere, på Kielland-nettverket sine lister som hadde bosted i Norge (n=204), enkelte (som ikke hadde e-post) ble invitert pr SMS (n=12) eller post (n=1). Informasjon om undersøkelsen ble også beskrevet og lenket til på Kielland-nettverket sin Facebook nettside og i nyhetsbrev. Spørreundersøkelsen ble sendt ut i begynnelsen av februar, med purring en og to uker etter. Spørreskjemaet var anonymt ved at verken direkte eller indirekte identifiserende informasjon ble spurt om eller registrert. Universitetet i Oslo sin portal «Nettskjema» ble brukt til utarbeidelse av skjema og innhenting av svar.

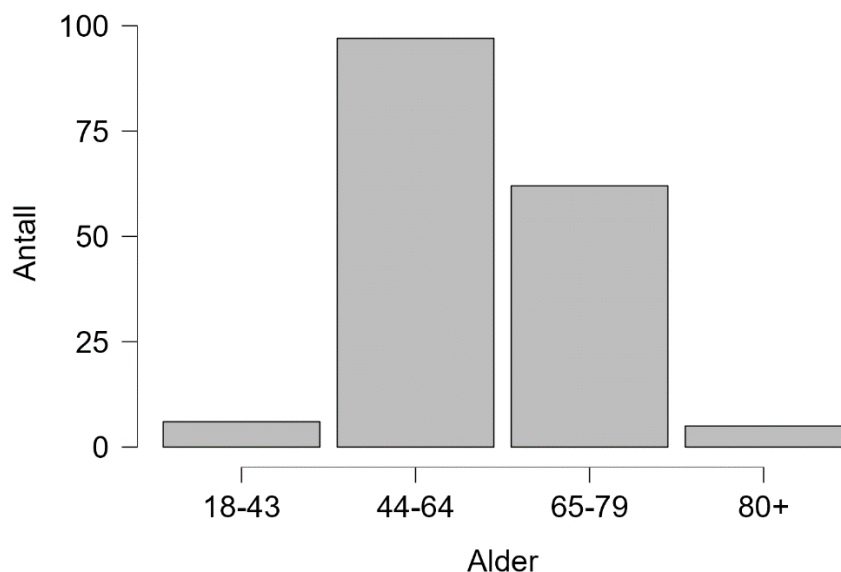
Vi fikk totalt 172 svar på spørreundersøkelsen, men to svar var tomme og ble slettet (for en oversikt over antall deltagere og deres tilknytning til ulykken, se Tabell 1). Dette utgjør en svarprosent på 78% av de som fikk tilsendt undersøkelsen. I invitasjonen stod det imidlertid at flere i familien kunne svare på lenken etter hverandre og at lenken kunne videresendes til andre berørte. Det kan derfor ha vært flere som fikk muligheten til å svare på undersøkelsen enn de som fikk den direkte tilsendt. Tretten av respondentene hadde ikke spesifisert sin tilknytning til Kielland-ulykken. For fem av disse var det på bakgrunn av alder, kjønn og kvalitative svar mulig å identifisere tilknytningen deres (dvs. tre var overlevende, en var barn av overlevende eller omkommet, og en var ektefelle av overlevende eller enke). For en respondent ble tilknytning endret fra "overlevende" til "barn av overlevende" på bakgrunn av kvalitative svar. I fire svar ble deler av de kvalitative responsene slettet fra datafilen fordi informasjonen kunne være indirekte identifiserende (f.eks. navnet på firmaet vedkommende hadde jobbet for). Ingen direkte identifiserende informasjon var oppgitt i svarene.

Tabell 1. Oversikt over deltagerne i spørreskjemaundersøkelsen

Tilknytning til Kielland-ulykken	Antall
Overlevende	28
Enke	15
Ektefelle/partner av overlevende	9
Søsken av omkommet	11
Barn av omkommet	75
Barn av overlevende	15
Annet	8
Ukjent	9
Totalt	170

Av de 170 som svarte på undersøkelsen, var 90 kvinner (52.9%) og 80 menn (47.1%). Alle de overlevende oppga å være menn, i tråd med det vi vet om denne gruppen. Aldersfordelingen kan ses i figur 1. Seks personer oppga å være under 43 år gamle og var

dermed født etter Kielland-ulykken, alle disse oppga å være barn av overlevende eller omkomne. Av de overlevende og enkene var kun fire under 65 år, mens alle barn av omkomne oppga å være under 65 år.



Figur 1. Aldersfordeling i utvalget

Måleinstrumenter

Spørreskjemaet (se Vedlegg) ble utarbeidet av prosjektgruppen basert på tilbakemeldinger vi fikk i fokusgruppene på de regionale samlingene vi arrangerte, samt innholdet i lignende undersøkelser utført av NKVTS (f.eks. etter katastrofer som Scandinavian Star og Utøya-angrepet). For å kunne sammenligne resultatene med representative utvalg hentet vi også spørsmål fra Folkehelseundersøkelsene som gjennomføres av Folkehelseinstituttet. Lederne i Kielland-nettverket fikk se spørreskjemaet og komme med innspill før det ble sendt ut.

Demografisk informasjon inkludert tilknytning til Kielland-ulykken, kjønn og aldersgruppe.

Generell helse. Deltagerne ble bedt om å vurdere sin egen helse på en skala fra 1-5 (svært god-svært dårlig). Dette spørsmålet er hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023 (Folkehelseundersøkelsen, 2023).

Angst og depresjonssymptomer den siste uken ble målt med kortversjonen av Hopkins Symptom Checklist-25, kalt HSCL-5 (Derogatis et al., 1974). Skalaen inneholder fem spørsmål, om nervøsitet, redsel/engstelse, håpløshet, nedtrykthet og bekymring, med svaralternativer fra 0 (ikke plaget), til 3 (veldig mye plaget). Chronbach's alfa for HSCL-5 var 0.919.

Søvnvansker nå for tiden ble målt med tre spørsmål: hvor ofte deltagerne har hatt vanskelig for å sovne om kvelden, hvor ofte de har gjentatte oppvåkninger om natten, og hvor ofte de er trøtte eller søvnige på dagtid, med svaralternativer fra 0 (aldri/sjelden), til 3 (minst 3 ganger per uke). De som svarte bekreftende på at de hadde søvnvansker, ble de spurt om hvor lenge dette hadde vedvart. Spørsmålene er hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023 og basert på Bergen Insomnia Scale (BIS).

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse. Deltagerne ble spurt om de har langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse, inkludert sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går (ja/nei). De ble også spurt om de har noen funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade (ja/nei). De som bekreftet dette, ble spurt om i hvilken grad dette påvirker hverdagen deres fra 0 (ikke i det hele tatt), til 3 (i stor grad). Spørsmålene er hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland (Knapstad et al., 2024).

Nakke- og korsryggssmerter. Deltagerne ble spurt om de har hatt smerter i korsryggen og/eller nakken i løpet av de siste 28 dagene (ja/nei). De som svarte bekreftende på dette, ble spurt hvor mange av de siste 28 dagene de har hatt slike smerter, samt hvor mange av de siste 28 dagene slike smerter har medført begrensninger på deres daglige aktiviteter

eller rutiner. Spørsmålene er hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland (Knapstad et al., 2024).

Egenvurderte psykiske og fysiske plager som følge av Kielland-ulykken. Deltakerne ble spurt om de opplevde psykiske og/eller fysiske plager som de selv mente var forårsaket av Kielland-ulykken i løpet av de to første årene, samt om de hadde hatt slike plager på lang sikt (0 = nei, 1 = ja, 2 = husker ikke/vet ikke). De som svarte bekreftende på dette, ble de bedt om å kort beskrive plagene de hadde opplevd. Spørsmålene ble også brukt i Scandinavian Star-studien (Thoresen et al., 2017).

Konsekvenser av manglende oppfølging. Deltagerne ble spurt om de trodde at manglende oppfølging etter ulykken hadde påvirket deres psykiske og/eller fysiske helse. De som svarte bekreftende på dette ble bedt om å beskrive kort.

Livskvalitet. Deltagernes livskvalitet den siste uken ble målt med 13 spørsmål. De ble bedt om å oppgi en skåre (fra 0 = ikke i det hele tatt, til 10 = svært mye), i forhold til sin fornøydhet med livet, opplevelse av mening i livet, glede, bekymring, tristhet, irritasjon, ensomhet, engasjement, ro, engstelighet, takknemlighet og lykke. Spørsmålene er hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland (Knapstad et al., 2024).

Sosiale relasjoner. Deltagerne svarte på syv spørsmål om sine sosiale relasjoner: om de har støttende og givende relasjoner, aktivt bidrar til andres lykke og livskvalitet, hvor ofte de er sammen med gode venner, om de tenker at folk flest er til å stole på, føler tilhørighet der de bor, føler seg trygge når de er ute og går i nærmiljøet, samt hvor lenge de har bodd der de bor nå. Spørsmålene er hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland (Knapstad et al., 2024).

Kontakt med hjelpeapparatet og hjelpebehov. Deltagerne ble spurt om de, i tilknytning til Kielland-ulykken, har følt behov for hjelp eller behandling for psykiske eller fysiske plager, fått hjelp eller behandling fra helsepersonell for psykiske eller fysiske plager,

samt om de nå for tiden føler et behov for hjelp eller behandling for psykiske eller fysiske plager, på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt), til 5 (i svært stor grad). Spørsmålene ble også brukt i Utøya-studien (Stene et al., 2016; Strøm et al., 2024).

Deltagelse på Kielland-samlinger. Deltagerne ble spurt om de har deltatt på samlinger eller arrangementer i regi av Kielland-nettverket (ja, en/ja, flere/nei). De som hadde deltatt ble spurt om de opplevde samlingene som nyttige, samt oppgi hva de opplevde som nyttig, og om de ønsket å delta på samlinger i fremtiden (ja/nei/vet ikke).

Fokusgrupper: Utvalg og prosedyre

Det ble gjennomført tre regionale samlinger, i byer med mange berørte av Kielland-ulykken: Arendal, Haugesund og Stjørdal. Basert på Kielland-nettverket sine lister, ble alle som bor i disse regionene invitert til å delta (dvs. Arendal = ca. 80, Haugesund = ca. 110, Stjørdal = ca. 30). For en oversikt over tilknytning til ulykken for deltagerne i fokusgruppesamlinger, se Tabell 2.

Tabell 2. Deltageres tilknytning til ulykken på de tre regionale fokusgruppesamlingene.

Tilknytning	N
Overlevende	20
Ektefelle/samboer	23
Enke	8
Søsken	5
Barn	35
Totalt	91

Alle som deltok på samlingene ble tilbudt å delta i en fokusgruppe, der deltagerne skulle snakke om hvilke konsekvenser ulykken hadde hatt for dem, hvordan de har opplevd oppfølgingen, og hvordan oppfølgingen kunne ha vært bedre. Prosjektgruppen utarbeidet en intervjuguide for disse fokusgruppene (se Vedlegg). På to av samlingene var det så mange deltakere at vi valgte å dele de i to grupper, basert på deres alder og tilknytning

til ulykken: (1) overlevende/deres ektefeller/enker, (2) barn av overlevende/omkomne og deres pårørende. På den siste samlingen var det kun en samlet gruppe. En forsker fra NKVTS ledet gruppene, mens et medlem fra Kielland-nettverket tok uidentifiserbare notater.

Før deltagerne fikk komme til orde, introduserte gruppeleder følgende regler: (1) gjensidig taushetsplikt, (2) lytte til hverandre og ha respekt for hverandre (ingen meninger eller erfaringer er feil), (3) snakke ut ifra egne erfaringer, (4) unngå belastende informasjon/detaljer som kan være oppskakende for andre, (5) gruppeleder sørger for å gi alle ordet og fordele tiden. Til slutt åpnet gruppelederen opp for spørsmål dersom noe var uklart.

Minnebanken

Minnebanken er en samling intervjuer og notater fra samtaler med mennesker som har blitt berørt av Kielland-ulykken (Smith-Solbakken, 2019a, 2019b). Materialet ble gjort allment tilgjengelig i 2019. Minnebanken består av fem bøker: (1) Vi som overlevde, (2) Vi som reddet, berget og etterforsket, (3) Vi som mistet, (4) Vi som arbeidet og vi som var arbeidsgivere, (5) Vi som bestemte, støttet og var til stede. I arbeidet med denne rapporten har vi fokusert på intervjuene i bok 1 og 3. Vi har ikke sitert noen direkte fra Minnebanken, men forsøkt å systematisk oppsummere temaene som blir beskrevet i disse intervjuene.

Etiske avveininger

Målsettingen med denne undersøkelsen har ikke vært forskning, men dokumentasjon av utfordringene til de berørte av Kielland-ulykken. Denne målsettingen må allikevel veies opp mot de potensielle belastningene og risikoene det kan innebære å delta. Heldigvis viser forskning at det er liten risiko for at personer skal oppleve betydelig belastning ved å delta i denne typen undersøkelser. Faktisk vil mange oppleve det som interessant og verdifullt å delta i undersøkelser om egne traumatiske opplevelser (se for eksempel K. Dyregrov, 2004; Griffin et al., 2003). Deltakelse kan gi mulighet til å dele sin historie og å hjelpe andre ved å bidra til kunnskap (Carlson et al., 2003).

I denne undersøkelsen har vi ytterligere redusert belastningen ved at vi ikke har spurt direkte om traumatiske erfaringer eller traumerelaterte psykiske plager, verken i spørreundersøkelsen eller fokusintervjuene. All deltakelse har vært frivillig og deltakere har kunnet trekke seg når de ville. Vi har også sørget for at all informasjon som har blitt samlet inn og registrert har vært anonyme. Spørreskjemaundersøkelsen inneholdt ingen identifiserende spørsmål og ble fylt ut på deltagerens private datamaskin/smart-telefon. Kun prosjektmedarbeiderne har tilgang til data. Deltagerne i fokusgruppene fikk beskjed om at vi ville ta notater underveis, men at vi ikke noterte identifiserbar informasjon, og at vi ikke skulle sitere dem direkte eller videreformidle det de fortalte på en måte som kunne gjøre det mulig å forstå hvem de er. Vi understreket at det var frivillig å delta i samtalen, og at de når som helst kunne forlate rommet dersom de ønsket det. De fikk også vite at det var ok å ikke si noe under hele eller deler av samtalen. Deltagerne ble informert om at dersom de hadde spørsmål, kunne de kontakte oss på epost eller telefon. I tråd med oppfordringen til redaktøren har vi ikke sitert noen direkte fra Minnebanken.

Analyser

De kvantitative dataene presenteres som ujusterte prosent for dikotome variabler, for eksempel andel «ja» responser eller andel av respondenter med skårer over en cut-off. For kontinuerlige variabler presenteres gjennomsnittskårer og standardavvik (sd). Ujusterte resultater tar ikke høyde for forskjeller i for eksempel alder eller kjønn mellom ulike grupper, noe som må tas høyde for når resultatene sammenlignes med andre grupper. Resultatene fra spørreundersøkelsen sammenlignes i teksten med estimater fra folkehelseundersøkelser som bruker samme måleinstrumenter, enten nasjonale estimater eller Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023 (Knapstad et al., 2024)

Selv om ikke alle berørte av Kielland-ulykken er fra Rogaland vet vi at dette fylket var det hardest rammede i Norge og en stor andel av de berørte er bosatt i fylket. Det er også en fordel at denne undersøkelsen ble gjennomført i 2023 og dermed gir oppdaterte estimater innhentet etter Covid-19 pandemien. Dette gjør denne undersøkelsen godt

egnet som sammenligningsgrunnlag. Da vi ikke har innhentet informasjon om nøyaktig alder, bosted eller utdanningsnivå er det ikke mulig å kontrollere for dette statistisk i sammenligningene, men vi tar høyde for dette i omtalen av resultatene og diskusjonen. Av samme grunn har vi valgt å ikke gjøre slutningsstatistikk ved sammenligning mellom undergrupper av respondenter, eller mellom respondentene i vår undersøkelse og folkehelseundersøkelsen.

I analysene av det kvalitative datamaterialet fra fokusgruppene, Minnebanken og de åpne spørsmålene i spørreskjemaet, brukte vi prinsippene for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er definert som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) i kvalitative data (Braun & Clarke, 2006). Som første steg, for å bli kjent med dataene, leste vi alt materialet og skrev reflekterende notater om temaene vi fant. Deretter organiserte vi dataene i meningsbærende enheter, basert på disse temaene. For å sikre at temaene var sammenhengende og tydelig skilte seg fra andre temaer, leste vi utsagnene flere ganger og sammenlignet utsagnene innenfor hvert tema systematisk. Til slutt ble alle temaene og undertemaene diskutert og definert av forskningsgruppen.

RESULTATER

I det følgende vil vi først oppsummere resultatene fra litteraturgjennomgangen vår om oppfølging etter katastrofer på havet generelt, og helsekonsekvensene av Kielland-ulykken spesielt. Deretter presenterer vi resultatene fra spørreundersøkelsen vi har gjennomført. Til slutt vil vi oppsummere det kvalitative datamaterialet: det de berørte av Kielland-ulykken har beskrevet i Minnebanken, i fokusgruppeintervjuene, samt på de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen.

Resultater fra litteraturgjennomgang

Inkluderte studier

Litteratursøket resulterte i 4259 treff som ble gjennomgått på tittel-, sammendrag- og fulltekstnivå for å identifisere relevante studier som fokuserte på psykiske og psykososiale konsekvenser av katastrofer og store ulykker på havet når de som er utsatt er i en arbeidssituasjon, samt oppfølging etter slike hendelser. Vi fant 17 relevante artikler som beskrev forskning på konsekvenser av, eller oppfølging etter, store ulykker på oljeplattformer, skip og ubåter. I alle de inkluderte studiene var studiedeltakerne i en arbeidssituasjon da ulykken skjedde. Det ble også søkt etter studier som fokuserte på konsekvenser og oppfølging for arbeidstakernes pårørende og etterlatte, men her fant vi ingen studier.

Helsekonsekvenser av arbeidsulykker på havet

Gjennom den systematiske litteraturgjennomgangen ble eksisterende kunnskap om psykiske, psykososiale og psykosomatiske konsekvenser av katastrofer og store ulykker til havs oppsummert. Litteratursøket var fokusert på konsekvenser for overlevende som befant seg i en arbeidssituasjon da ulykken skjedde, deres pårørende og etterlatte. Tidligere forskning etter Kielland-ulykken utgjør en betydelig del av dette kunnskapsgrunnlaget. Det har blitt gjennomført flere helseundersøkelser av de overlevende, både i årene rett etter ulykken og i 2007, 27 år etter ulykken. Kort oppsummert har disse undersøkelsene grundig dokumentert at de overlevende har hatt

store psykiske helsebelastninger som følge av ulykken (Holen, 2015). Sammenlignet med en kontrollgruppe hadde de overlevende for eksempel langt høyere grad av posttraumatiske stress symptomer fem år etter ulykken (Holgersen et al., 2010). Videre hadde de overlevende over tre ganger så høy risiko for å tilfredsstille kriteriene til en psykiatrisk diagnose enn kontrollgruppen 27 år etter hendelsen (Boe et al., 2011). Det var særlig mer angstlidelser, men også flere med depressive lidelser, blant de som hadde overlevd (Holen, 2015). De som overlevde rapporterte også signifikant mer rusmisbruk sammenlignet med en kontroll gruppe (Holen, 2015), samt et signifikant høyere sykefravær de første 12 årene etter ulykken (Holgersen et al., 2016). Videre var det en mindre gruppe overlevende (12%) som fikk et vedvarende funksjonstap og ikke kunne jobbe de påfølgende tre tiårene etter katastrofen (Holgersen et al., 2016). Forskere har også funnet en sterk sammenheng mellom posttraumatisk vekst og posttraumatiske stress reaksjoner blant de overlevende 27 år etter ulykken (Holgersen et al., 2010).

I tillegg til disse studiene etter Kielland-ulykken har det blitt gjennomført en studie om helsekonsekvenser etter Piper Alpha-ulykken i Storbritannia på 1980-tallet (Hull et al., 2002), samt etter større båtulykker (Leopold & Dillon, 1963; LÍndal & Stefánsson, 2011), og store ulykker med skip eller ubåter som har skjedd i militærsammenheng (Baert et al., 2011; Berg et al., 2005; Eid et al., 2001; Eid & Johnsen, 2002; Hoiberg & McCaughey, 1984; Jankosky, 2008). Gjennom de ulike studiene er det dokumentert at psykiske reaksjoner, som PTSD og depresjon, forekommer etter denne type ulykker, men i varierende grad mellom de ulike ulykkene studert, antakeligvis blant annet på grunn av ulike karakteristikk ved ulykkene og varierende alvorlighetsgrad. Etter Piper Alpha-ulykken, som i likhet med Kielland-ulykken var en plattformulykke, ble det funnet høy grad av PTSD symptomer tre måneder etter ulykken og 73% av de overlevende hadde symptomnivå tilsvarende en PTSD-diagnose (Hull et al., 2002). Det ble ikke funnet noen studier av helsekonsekvenser hos pårørende og etterlatte etter denne type ulykker, noe som understreker at det er et særskilt behov for mer forskning på disse gruppene.

Oppfølging etter katastrofer på havet

Den systematiske kunnskapsoppsummeringen avdekket at det er svært varierende dokumentasjon av oppfølgingen mennesker får etter katastrofer på havet. Vi har derfor begrenset med kunnskap om utbredelse av bruk og effekt av ulike typer oppfølging etter ulykker som Kielland-ulykken. Det som finnes av forskning, har hovedsakelig fokusert på hjelp til overlevende, og vi vet derfor særlig lite om oppfølging til etterlatte når den de mistet var i en arbeidssituasjon under ulykken til havs. Oppfølgingen som er beskrevet har blitt gitt til overlevende varierte fra uformelle samtaler, ulike former for psykososial oppfølging, slik som for eksempel psykologisk debriefing (Alexander, 1991; Eid et al., 2001), og behandling, inkludert medisiner. En studie etter Piper Alpha-plattformulykken i 1988, fant at over 80% av de overlevende etter den ulykken hadde fått en eller annen form for behandling, slik som individuell terapi (76%), medikamenter (55%), gruppeterapi (21%), eller en kombinasjon av disse (Hull et al., 2002). Mange fikk også støtte gjennom støttegrupper og andre sosiale nettverk (Hull et al., 2002). De som mottok behandling etter den ulykken, hadde i større grad akutte stressreaksjoner enn overlevende som ikke hadde mottatt noen form for behandling (Hull et al., 2002). I en studie etter Kielland-ulykken fant man at overlevende hadde mottatt mer samtaleterapi enn en ikke-eksponert kontrollgruppe i årene etter ulykken, men man fant ikke tegn til mer bruk av medikamenter (Boe et al., 2011).

Forskerne som har oppsummert oppfølging gitt etter store ulykker på havet har anbefalt at oppfølging etter slike hendelser bør komme i gang kort tid etter hendelsen (McCaughey, 1985), være lett tilgjengelig og proaktivt, og at det bør bidra til å identifisere overlevende med særlig behov for videre oppfølging (Alexander, 1991).

Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

Egenvurdert helse

Andelen som vurderer sin helse som god/svært god eller dårlig/svært dårlig er oppgitt i Tabell 3. Resultatene sammenlignes med et representativt landsutvalg i Norgeshelse statistikkbank fra 2019, der 75% i aldersgruppa 45-79 år vurderte helsen sin som

god/svært god og 9% vurderte den som dårlig/svært dårlig. I Folkehelseundersøkelsen i Rogaland fra 2023 rapporterte en noe lavere andel (70,3%) om god/svært god helse, med kun forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper. Til forskjell vurderte kun 52,4% av totalutvalget i vår undersøkelse helsen sin som god/svært god, mens 12,4% vurderte den som dårlig/svært dårlig. Tilsvarende tall for de overlevende var 21,4% og 32,4%. Resultatene viser at de berørte av Kielland-ulykken har betydelig dårligere egenvurdert helse enn et representativt landsgjennomsnitt i sammenlignbar alder, og at særlig de overlevende har dårligere egenvurdert helse.

Tabell 3. Helseplager blant de berørte av Alexander Kielland ulykken.

	Overlevende (n =28)	Enker (n=15)	Barn av omkommet (n=75)	Søsken av omkommet (n=11)	Andre (n =41)	Hele utvalget (n=170)
Egenvurdert helse god/svært god	21.4%	40%	62.7%	54.5%	58.5%	52.4%
Egenvurdert helse dårlig/svært dårlig	32.1%	20%	8%	0%	7.3%	12.4%
Psykiske plager HSCL-5	1.92(.75)	1.93(.74)	1.70 (.67)	1.62 (.39)	1.91 (.67)	1.8 (.68)
Psykisk lidelse (>2)	35.7%	40%	20%	18.2%	29.3%	26.5%
Insomni	35.7%	26.7%	24%	18.2%	26.8%	26.5%
Langvarig helseproblem	25%	20%	17.3%	27.3%	19.5%	20.0%
Funksjonsnedsettelse	17.9%	20%	4.1%	10%	7.3%	8.9%
Smerter i korsryggen	46.4%	66.7%	44%	27.3%	35%	43.2%
Smerter i nakken	32.1%	33.3%	48.6%	36.4%	41.5%	43.8%

Tall oppgitt som prosent over grenseverdi eller gjennomsnitt med standardavvik i parentes.

Psykiske plager (HSCL-5)

Gjennomsnittet for alle respondentene på målet for psykiske plager var 1.8 (sd = .68). For overlevende (1.92), enker (1.93) og «andre» (1.91) var gjennomsnittskåren noe høyere. I Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 var gjennomsnittskåre 1.62 (sd = .69), men lavest i de eldste aldersgruppene og lavere for menn. For menn mellom 60-69 var

gjennomsnittet 1.25, så forskjellen mellom denne gruppen og de overlevende i vår undersøkelse er altså over et standardavvik (0.75).

I samsvar med folkehelseundersøkelsene kalkulerte vi også andelen av respondentene som skårer over 2.0 på HSCL-5, som utgjør en grenseverdi for sannsynlig psykisk lidelse. Hos overlevende og enker er det over en tredjedel som rapporterer om psykiske plager over denne grenseverdien. I Fylkeshelseundersøkelsen for Rogaland er den tilsvarende andelen 18.2%.

Søvnproblemer (Insomni)

Spørsmålene om søvnvansker ble kodet for å se på andel av respondentene som kvalifiserte for insomni. For å tilfredsstille kriteriene måtte respondenten oppgi vansker med å sovne eller oppvåkninger minst tre ganger i uken, vansker med søvnighet eller tretthet minst tre ganger i uken, og plagene måtte ha vedvart minst tre måneder. Over en av fire av respondentene i undersøkelsen tilfredsstiller kriteriene for insomni, og blant de overlevende rapporter 35% om slike plager. Dette er betydelig høyere enn i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland der 14.2% rapporterte som insomni. I befolkningen i Rogaland var søvnvanskene hyppigst hos kvinner og personer med lavere utdanning, mens de eldste aldersgruppene rapporterte om minst søvnvansker. Det er derfor usannsynlig at demografiske variabler alene kan forklare den høyere andelen insomni hos respondentene i vår undersøkelse.

Langvarige helseproblemer, funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade

En av fem av alle respondentene rapporterte om langvarige helseplager eller sykdommer som i stor grad påvirket dem i hverdagen, mens en av fire overlevende rapporterte om det samme. I Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 rapporterte 12.7% om slike plager, og kvinner under 60 år hadde høyere andel enn resten. Av de overlevende rapporterer altså dobbelt så mange om slike plager. Funksjonsnedsettelser og plager som følge av skader, og som påvirker hverdagen i stor grad, ble rapportert av 8.9%, men overlevende (17.9%) og enker (20%) hadde høyere andel. Tilsvarende tall fra

Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 er 6.1%, med små forskjeller mellom aldersgrupper under 80 år. Overlevende og enker har altså en sterkt forhøyet andel med slike plager, som sannsynligvis ikke kan forklares av alder.

Smerter i korsryggen og nakken

Litt under halvparten av utvalget rapporterte om smerter i korsryggen (43.2%) og/eller nakken (43,8%) i løpet av de siste 28 dager. Tilsvarende andel i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 var 43.4% for smerter i korsryggen og 41.4% for nakkesmerter, med høyere andel for kvinner og høyere aldersgrupper. Respondentene i vår undersøkelse skiller seg altså ikke nevneverdig fra befolkningen for øvrig når det gjelder disse helseplagene, og høyere andeler (for eksempel for enker og rygg smerter) kan sannsynligvis forklares av høyere alder og kjønn.

Egen opplevelse av helseplager relatert til ulykken og manglende oppfølging

Respondentene ble spurt om de har hatt fysiske og psykiske helseplager de selv tror er forårsaket av Kielland-ulykken, de første to årene etter ulykken og på lang sikt. De som svarte «ja» på spørsmålene om langsiktige helseplager, ble også spurt om de mener at manglende oppfølging har påvirket helsen deres. Andelen som svarte «ja» på disse spørsmålene er oppgitt i tabell 4.

Tabell 4. Egen opplevelse av helseplager relatert til Kielland-ulykken

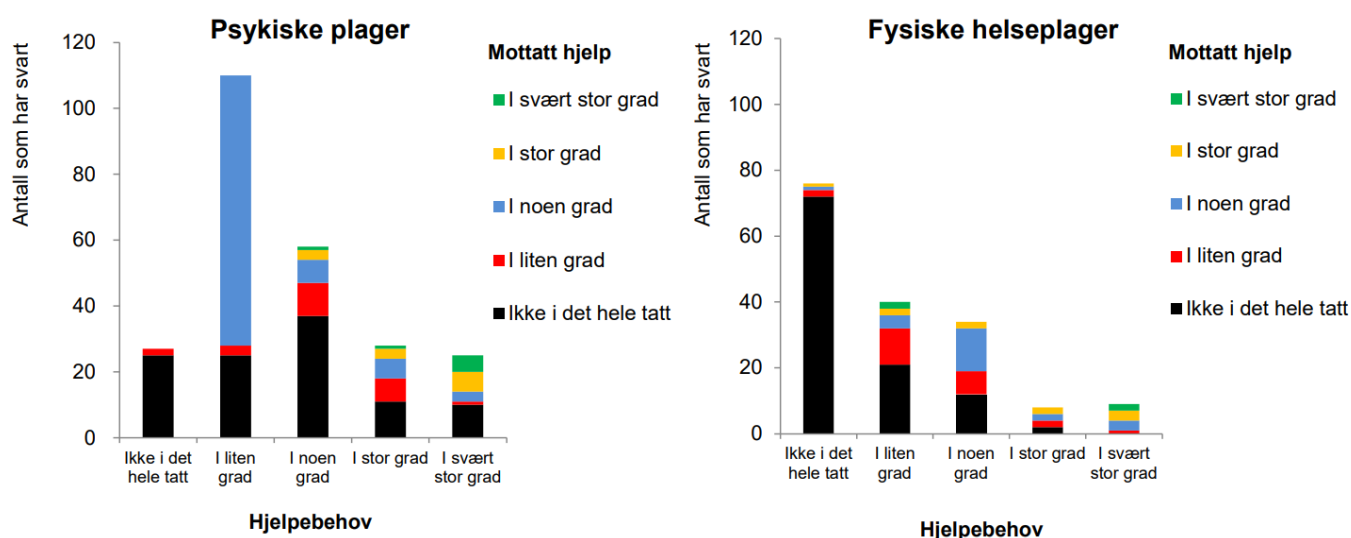
	De første to årene		Langsiktig		Manglende oppfølging*	
	Fysisk	Psykisk	Fysisk	Psykisk	Fysisk	Psykisk
Hele utvalget	12.6%	36.9%	15.7%	44.8%	29.1%	93.2%
Overlevende	29.6%	50%	39.3%	53.6%	46.4%	86.7%
Enke	33.3%	53.3%	26.7%	53.3%	46.7%	100%
Barn av omkommet	5.3%	33.3%	6.7%	46.7%	18.7%	91.4%
Søsken av omkommet	9.1%	36.4%	0%	18.2%	20%	100%
Andre	7.7%	28.2%	15.4%	37.8%	31.6%	100%

Prosent «ja» svar på spørsmål om helseplager

*Spørsmål kun stilt til respondenter med «ja» svar på spørsmål om langsiktige helseplager

Rundt en tredjedel av respondentene oppga at de hadde psykiske helseplager knyttet til ulykken de første to årene og dette steg til nesten halvparten på lang sikt. Respondenter som oppga å være barn av omkommende rapporterte i større grad at psykiske helseplager på lang sikt enn den første tiden. Overlevende og enker rapporterte i større grad fysiske helseplager. Av de som rapporterte psykiske helseplager på lang sikt så mente nesten alle at manglende oppfølging hadde påvirket deres psykiske helse.

Opplevd hjelpebehov og mottatt hjelp



Figur 2.

Selvopplevd behov for hjelp og mottatt hjelp for henholdsvis psykiske (168 besvarte) og fysiske (167 besvarte) plager i tilknytning til Kielland-ulykken.

På spørsmål om de i tilknytning til Kielland-ulykken hadde følt behov for hjelp eller behandling for psykiske reaksjoner/plager, svarte 27 (16.1%) ikke i det hele tatt, 30 (17.9%) i liten grad, 58 (34.5%) i noen grad, 28 (16.7%) i stor grad og 25 (14.9%) i svært stor grad. På spørsmål om de hadde fått hjelp eller behandling fra helsepersonell for psykiske reaksjoner/plager, svarte 108 (64.3%) ikke i det hele tatt, 23 (13.7%) i liten grad, 18 (10.7%) i noen grad, 12 (7.1%) i stor grad og 7 (4.2%) i svært stor grad. Med tanke om de hadde følt behov for hjelp eller behandling for fysiske plager, svarte 76 (45.5%) ikke i de hele tatt, 40 (24.0%) i liten grad, 34 (20.4%) i noen grad, 8 (4.8%) i stor grad og 9 (5.4%) i svært stor grad.

Videre svarte 107 (64.1%) at de ikke i det hele tatt hadde mottatt hjelp eller behandling av helsepersonell for fysiske plager, mens 23 (13.8%) svarte i liten grad, 23 (13.8%) i noen grad, 10 (6.0%) i stor grad og 4 (2.4%) i svært stor grad. Figur 2 illustrerer sammenhengen mellom opplevd behov for hjelp og mottatt hjelp for henholdsvis psykiske og fysiske plager i tilknytning til Kielland-ulykken. Den viser nokså mange av de som oppga å ha hatt høye behov for hjelp og behandling, opplevde at de ikke i like stor grad fikk hjelp og behandling. Dette kan tyde på at det har vært en del som har hatt udekkede hjelpebehov i tilknytning til Kielland-ulykken. Det var til sammen 116 (69.0%) som oppga høyere grad av hjelpebehov enn mottatt hjelp for psykiske reaksjoner/plager. Hos overlevende var andelen 60.7%, hos enker 66.7%, hos barn av omkommet 73.3%, hos søsken av omkommet 63.3% og hos andre 69.2%. Tilsvarende oppga totalt 53 (31.7%) høyere grad av hjelpebehov enn mottatt hjelp for fysiske plager. Hos overlevende var andelen 37.0%, hos enker 33.3%, hos barn av omkommet 25.3%, hos søsken av omkommet 54.5% og hos andre 33.3%.

Livskvalitet

Alle skårer relatert til livskvalitet er oppgitt i tabell 5 og beskrives nærmere under. Underskårer har blitt utregnet og blir presentert i samsvar med Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023. Alle spørsmålene som vi presenterer svar fra blir besvart på en skala fra 0-10, der 0 er lavest (for eksempel «ikke fornøyd i det hele tatt») og 10 høyest (for eksempel «Svært fornøyd»)

Tilfredshet med livet

Gjennomsnittskåre i utvalget var 6.53, med noe lavere skårer for overlevende (6.07). Tilsvarende gjennomsnitt i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 var 7.10 (sd = 2.11), med høyere gjennomsnitt i aldersgruppene over 60 år. De berørte av Kielland-ulykken uttrykker betydelig lavere tilfredshet med livet enn resten av befolkningen.

Fremtidsoptimisme

Gjennomsnittet for deltakerne i vår undersøkelse var 6.73, men overlevende (5.85) og enker (6.00) ga uttrykk for lavere optimisme for fremtiden. I Folkehelseundersøkelsen for

Rogaland 2023 var gjennomsnittet i hele utvalget 7.53 (sd = 2.06), med noe lavere gjennomsnitt i aldersgruppene over 70 år. I den høyeste aldersgruppen, de over 80 år, er gjennomsnittet 6.25 for kvinner og 6.52 for menn som er høyere enn overlevende og enker i vår undersøkelse. Høyere alder kan derfor ikke fullt ut forklare de lave skårene i disse gruppene.

Tabell 5. Opplevd livskvalitet hos berørte av Alexander Kielland ulykken.

	Overlevende (n =28)	Enker (n=15)	Barn av omkommet (n=75)	Søsken av omkommet (n=11)	Andre (n =41)	Hele utvalget (n=170)
Tilfredshet	6.07 (2.2)	6.47 (2.3)	6.75 (1.8)	6.82 (2.3)	6.40 (2.3)	6.53 (2.1)
Fremtidsoptimisme	5.85 (2.1)	6.00 (2.0)	7.13 (1.7)	7.45 (1.6)	6.65 (2.2)	6.73 (1.9)
Meningsfylt	6.43 (2.2)	5.93 (2.1)	7.15 (1.8)	7.45 (1.9)	6.56 (2.5)	6.80 (2.1)
Negative følelser	4.19 (2.4)	4.10 (2.3)	4.34 (2.1)	3.85 (2.0)	4.42 (1.9)	4.28 (2.1)
Positive følelser	5.99 (1.8)	6.32 (1.7)	6.21 (1.8)	6.70 (1.6)	5.78 (2.1)	6.11 (1.8)
Engasjement	5.25 (2.2)	4.53 (2.0)	5.77 (2.2)	6.73 (1.6)	5.56 (2.3)	5.59 (2.2)
Ensomhet	3.75 (2.7)	3.87 (3.1)	3.63 (3.0)	3.73 (3.4)	4.49 (3.5)	3.88 (3.1)
Sosiale relasjoner	6.27 (1.9)	6.90 (1.14)	7.01 (1.8)	7.81 (1.3)	6.43 (2.5)	6.79 (1.9)
Tillit	6.14 (2.4)	7.13 (1.8)	6.16 (2.1)	7.00 (1.2)	6.20 (2.4)	6.31 (2.1)
Tilhørighet	7.44 (2.2)	7.60 (2.50)	6.97 (2.6)	8.64 (1.2)	7.20 (2.6)	7.27 (2.5)

Alle tall oppgitt som gjennomsnitt med standardavvik i parentes.

Det man gjør i livet er meningsfylt

Gjennomsnittsskåren for hvorvidt livet oppleves som meningsfylt i vår undersøkelse var 6.80 (sd = 2.1) som er noe lavere enn gjennomsnittsskåren i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 (m = 7.18, sd = 2.32). Igjen skåret overlevende (6.43) og i særlig grad enker (5.93) lavere på dette spørsmålet, mens det i Rogaland-undersøkelsen var høyere gjennomsnittsskårer i de eldste aldersgruppene og små forskjeller mellom kjønn.

Negative følelser siste 7 dager

Gjennomsnittet for respondentene i undersøkelsen vår var 4.28 (sd =2.1), som indikerer høyere grad av negative følelser enn i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 der

gjennomsnittet var 3.27 (sd = 2.2). Forskjellen tilsvarer omtrent et halvt standardavvik. I undersøkelsen fra Rogaland var det særlig de yngste aldersgruppene som rapporterte om mer negative følelser.

Positive følelser siste 7 dag

For de berørte av Kielland-ulykken var gjennomsnittlig grad av positive følelser 6.11 (sd = 1.8). Dette er noe lavere enn gjennomsnittet i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 som var 6.70 (sd = 1.95), og betydelig lavere enn i aldergruppene over 60 år.

Engasjement

Gjennomsnitt på spørsmål om engasjement i vår undersøkelse var 5.59 (sd = 2.2), mens det tilsvarende i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 var 6.18 (sd = 2.31). Skårene er altså noe lavere, men det er ikke store forskjeller. Overlevende (5.25) og enker (4.53) rapporterte lavere nivå av engasjement.

Ensomhet

På spørsmål om ensomhet var gjennomsnittet i for hele utvalget i vår undersøkelse 3.88 (sd = 3.1). Med unntak av kategorien «andre», som skårer noe høyere, var det små forskjeller mellom gruppene av berørte. I Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 var gjennomsnittet noe lavere (2,24), noe som indikerer at de berørte av Kielland-ulykken opplever høyere grad av ensomhet enn befolkningen for øvrig.

Støttende og givende sosiale relasjoner

Gjennomsnitt på spørsmålene om støttende og givende sosiale relasjoner for de berørte av Kielland-ulykken var 6.79 (sd = 1.9), der særlig de overlevende (6.27) rapporterte lavere skårer. Gjennomsnittet i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 var 7.29 (sd = 1.96), noe som tilsier at de berørte av Kielland-ulykken, og særlig de overlevende, opplever mindre grad av støttende og givende sosiale relasjoner.

Tillit til andre

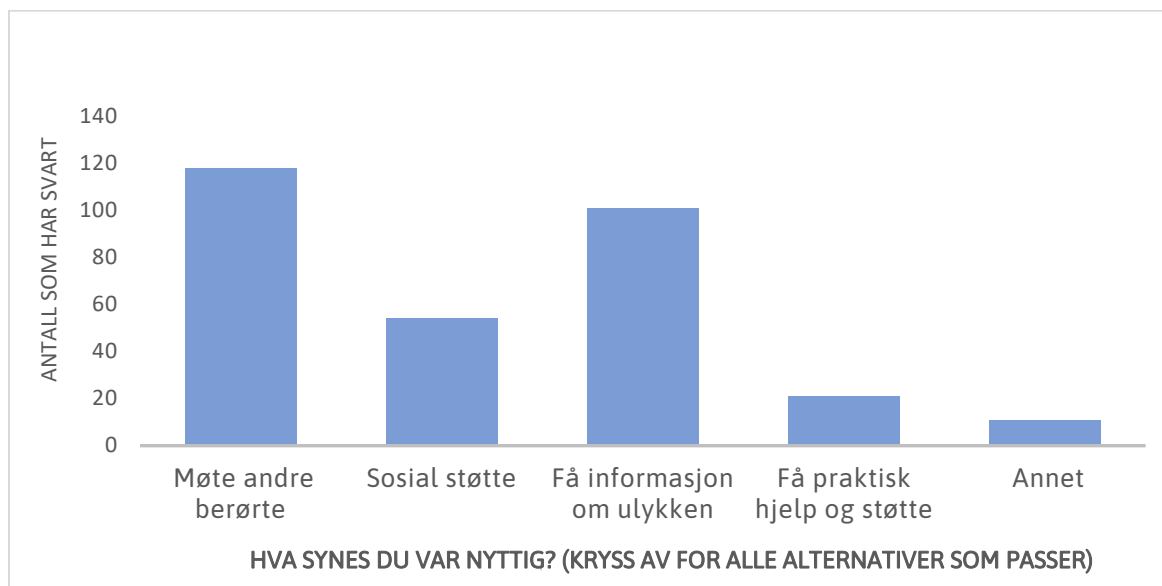
Gjennomsnitt for hele utvalget på spørsmål om tillit til andre var 6.31 (sd = 2.1). I Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 er tilsvarende gjennomsnitt 6.94 (sd = 2.4). Forskjellene mellom gruppene på dette spørsmålet er ganske små, særlig tatt i betraktning at standardavvikene viser at det er store individuelle forskjeller på grad av tillit. Det er imidlertid verdt å merke seg at de eldste aldersgruppene i befolkningen skårer høyere enn gjennomsnittet på tillit. Siden flesteparten av de Kielland-berørte er over 50 år, indikerer det at forskjellene vil være større dersom man sammenligner dem med personer i samme alder.

Stedstilhørighet

Respondentene i vår undersøkelse hadde et gjennomsnitt på 7.27 (sd = 2.5) på spørsmålet om de føler at de hører til på stedet der de bor. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland 2023 som var 7.04. Barn av omkomne skåret lavere enn resten av utvalget. Dette kan antakeligvis forklares av lavere alder, da følelsen stedstilhørighet i befolkningen er høyere i de eldste aldersgruppene.

Støttegrupper

Blant de som deltok i vår undersøkelse, oppga 46 (27.1%) at de hadde deltatt på én samling eller et arrangement og 85 (50.0%) at de hadde deltatt på flere i regi av Kielland-fondet eller Kielland-nettverket. Til sammen 39 (22.9%) svarte at de at de ikke hadde deltatt på slike samlinger eller arrangementer. På spørsmål om de ønsket å delta på samlinger arrangert av Kielland-nettverket i fremtiden, svarte 126 (74.1%) ja, 5 (2.9%) nei og 39 (22.9%) vet ikke. Over halvparten opplevde at det hadde vært veldig nyttig å delta på samlinger, mens de resterende oppga at det hadde vært ganske eller litt nyttig. Ingen av respondentene svarte at deltakelsen på samlingen ikke hadde vært nyttig. De ble videre bedt om å oppgi hva de opplevde som nyttig med samlingen(e) og svarene er oppsummert i figur 3.



Figur 3.

Hva respondentene oppga som nyttig med deltakelse på samlinger i tilknytning til Kielland-ulykken

De aller fleste oppga at de opplevde at det å møte andre berørte og å få informasjon om ulykken hadde vært nyttig med å delta. Videre oppga i underkant av halvparten sosial støtte, mens en mindre andel oppga det å få praktisk hjelp og støtte eller annet som nyttig med samlingene. Begrunnelsene gitt under «annet» er omtalt i de kvalitative analysene.

Resultater fra analyser av det kvalitative materialet

I det følgende oppsummerer vi det de som overlevde, deres pårørende, samt etterlatte, har beskrevet i (1) Minnebanken, (2) de regionale fokusgruppeintervjuene, og (3) spørreskjema-undersøkelsen, om sine reaksjoner og opplevelser i tilknytning til Kielland-ulykken. Alle sitatene som blir presentert i kursiv er fra notatene som ble gjort under fokusgruppeintervjuene, samt deltagerens egne beskrivelser fra spørreskjemaundersøkelsen.

Fysisk helse

Blant de overlevende var det noen som beskrev at de ble skadet under ulykken, og en del strevde med fysiske plager i tiden etter. Noen fikk brannskader, andre brakk ribbein eller punkterte en lunge, og en del fikk vondt i nakke, skuldre, og/eller ryggen i tiden etter. Blant barna var det enkelte som beskrev magesmerter, sengevæting, samt hodepine, og rygg/nakke smerter i årene etter Kielland-ulykken.

Psykisk helse

Mens enkelte av de overlevende forteller at de aldri har hatt noen psykiske vansker etter ulykken, er det mange som beskriver forferdelige vitneopplevelser og sanseintrykk, samt ulike posttraumatiske reaksjoner. De forteller om sterke, visuelle og auditive minner, som har "brent seg fast", og bemerker at "tiden leger ingen sår". For eksempel beskrives synet av fortvilede ansikter, lyden av mennesker som har dødsangst, hyling og skrik om hjelp, lyden og synet av mennesker som blir klemt i hjel, døde mennesker i vannet, frosne menn som driver vekk, samt desperate forsøk på å redde andre, som mislyktes. Enkelte sier at de kjenner på en skyldfølelse for at de ikke gjorde nok for andre under ulykken, eller for at de overlevde mens andre døde. Flere forteller om mareritt som tar dem tilbake til ulykken. Noen strever fortsatt med mareritt, for eksempel sa en overlevende: "Jeg har hatt mareritt i 40 år!". Enkelte mistet søvnen i en periode, mens andre fortsatt strever: "Jeg har ikke sovet på 43 år". Et par av de som overlevde sier at ulykken føles som noe de har opplevd gjennom en film eller en bok. Enkelte forteller at de ble mer på vakt eller mer skvetne etter hendelsen, og at de alltid så etter nærmeste nødutgang. En av de som overlevde bemerker hvordan han kan se helt normal ut på utsiden, men at ingen kan se sårene han bærer med seg - og at selv om han reddet livet, så ble livet aldri bra igjen etter ulykken.

Noen forteller om mye angst i hverdagen de første årene etter ulykken. For eksempel var det en som beskrev sine psykiske reaksjoner de to første årene slik: "Redd for å være i innestengte rom. Turte ikke ta ferjer. Dødsangst. Redd for stort sett alt. Store engstelser for å jobbe på Hydro. Angst hver dag". For noen har minnene etter ulykken fulgt dem i

over fire tiår: *“Vel når jeg 44 år etter fremdeles kan hente fram ulykken som en sakte film med audio så må en vel si at det sitter i”*. Noen sier at minnene deres fra Kielland har kommet tilbake når det har skjedd andre store ulykker i verden, som Sleipner, tsunamien i 2004, og Estonia. Andre har fått reaksjoner av andre ting som minner dem på ulykken, som dårlig vær, ristelyder, en brannalarm, eller det å snakke om ulykken.

Blant de etterlatte er det også mange som beskriver at de får reaksjoner på ulike ting som minner dem om ulykken, inkludert andre katastrofer (e.g., tsunamien, Scandinavian Star ulykken, og terrorangrepet på Utøya), men også datoen 27. mars og årstiden (påske) har vært vanskelig og vekker dårlige minner. Videre beskriver enkelte hvordan dårlig vær og storm gjør dem *“utrygge”*, eller gir en *“klump i magen”*, og at det kan være vanskelig når Kielland-ulykken kom opp i media.

Enkelte av de etterlatte barna forteller at moren deres ble svært deprimert etter ulykken, og noen sier at de ble redde for at moren deres skulle dø. De hadde brått mistet faren, og var redd for at det samme skulle skje med moren. Enkelte forteller hvordan de satt og så ut av vinduet og ventet på moren når hun var ute av huset, eller at de lyttet etter livstegn fra henne om natten. For eksempel sa et av barna: *“Vi var redde for å miste mamma også! Vi måtte se henne hele tiden, og vite hvor hun var”*. En annen beskrev det slik:

Jeg hadde dyp sorg, var redd, hadde mareritt, søvnproblemer og angst for at mor skulle dø, og for jeg skulle bli foreldreløs. Jeg gikk i konstant modus og ventet på neste katastrofe. Jeg fikk separasjonsangst, og var utrygg med en gang jeg ikke var med mor. Måtte ofte sove ved siden av henne for å høre at hun pustet og ikke døde mens hun sov. Pappa døde mens han gjorde noe så normalt som å gå på jobb, og derfor trodde jeg at hun kom til å dø dersom hun gikk til butikken uten at jeg var med.

Flere beskrev en generell angst og uro i barndommen sin: *“Mye redsel, angst og uro i barnehageårene og gjennom det meste av barneskolen. Udefinert fryktfølelse. Stort*

behov for trygge voksne”. En annen sa: “Mye angst. Redd for at folk jeg var glad i ikke skulle komme tilbake”. Noen forteller at de, som følge av ulykken og tapet de led, hadde blitt overbeskyttende i forhold til sine egne barn:

Jeg er overdrevent redd for de jeg er glad i, og med en gang jeg ikke får tak i noen jeg er glad i går jeg i panikkmodus og tenker katastrofetanker. Jeg venter bare på neste som skal dø fra meg. Jeg er derfor overbeskyttende overfor barna mine, og dette begrenser både dem og meg, og er veldig vondt. Jeg prøver også unngå å bli glad i mennesker fordi jeg ikke vil at de skal dø fra meg, føler at jeg ikke tåler mer smerte.

Andre barn sier at de ble sinte, og noen viste noe utagerende atferd i tiden etter tapet av faren. De begynte å feste, røyke, stjele, søkte ut blant eldre venner, og “har ikke tenkt konsekvenser, ikke vært redd”. En sa: “Jeg levde en utagerende og destruktiv ungdomstid”. Enkelte fikk spisevansker, problemer med å sove, grublet mye, eller ble stille og innesluttet. Noen beskriver at faren fikk store alkoholproblemer etter ulykken: “Pappa ble hardt skadet. Fysisk, men også psykisk: piller og alkohol. Han ble en helt annen pappa etter Kielland. Snakket og snakket, han var god til å fortelle. Men drakk hele tiden”. Enkelte kjente på skam for dette. En sa for eksempel: “Skam på grunn av pappas alkoholforbruk”. Andre bemerket hvordan de, til tross for at faren overlevde, følte de at de mistet ham - på grunn av de alkoholproblemene: “Så vi mistet pappa etter Kielland på en måte likevel”. En annen sa: “Vi har levd med en innelukket pappa, han ville ikke snakke om det. Alkoholproblemer og PTSD. Dette plager ham også i dag”. Enkene beskrev også psykiske reaksjoner på ulykken og tapet. En fortalte at hun ble innlagt på psykiatrisk sykehus ett år etter, med diagnosen alvorlig depresjon. En annen beskrev det slik: “Dyp sorg, fortvilelse, stort ansvar, ensomhet, søvnevansker og økonomi, helse!!!!”. Også søsknene til de som omkom i ulykken beskriver vanskelige følelser: “Angst, uro og hjelpeløshet”.

Enkelte fortalte at det hadde gått bra med familien tross ulykken. De har levd et godt liv, men har savnet faren. Et av barna bemerket: *“Jeg har aldri hatt problemer. Jeg har lurt på om det er noe galt med meg. Jeg klarer meg godt”*.

Sorg

Uvirkelig

Flere av de etterlatte beskriver en uvirkelighetsfølelse da de fikk beskjed om at faren/ektemannen døde i ulykken, og at det var vanskelig å forstå og akseptere at han var borte. Mens enkelte forteller at de husker 27. mars 1980 “som om det var i går”, som noe som har “brent seg fast” i minnet deres, “som om alt var filmet”, beskriver andre at de verken husker når de fikk vite dødsbudskapet, eller hva de tenkte. De bruker ord som “helt blankt”, “et svart hull”, “en boble”, og “bare tomhet”. Enkelte av barna var så små at de ikke hadde forutsetninger for å forstå hva “død” betyr. Andre, som var litt eldre, beskriver hvordan det tok lang tid før de innså at faren faktisk ikke ville komme tilbake. De sier at det var vanskelig å godta at han var død, og enkelte av barna til de som ikke ble funnet fantaserte om at faren fortsatt levde. Andre savnet at noen snakket med dem - og forklarte hva som hadde skjedd: *“Hvis noen hadde snakket med meg om hva som skjedde/at han var borte for godt. Det var ALDRI noen som sa noe. Jeg ventet på pappa. Ingen snakket om det”*.

Begravelsen

Flere forteller om negative opplevelser knyttet til begravelsen. Blant annet fortalte noen at faren/ektemannen ble begravet sammen med andre omkomne, at kirken var “stappfull”, samt at begravelsen ble TV overført, hvilket gjorde at den opplevdes offentlig fremfor privat. Enkelte av barna bemerket også at de fikk en ubehagelig oppmerksomhet. Andre forteller at de ikke fikk være med i begravelsen eller ikke fikk se faren sin i kisten, da de som barn skulle bli skjermet. Enkelte sa at de gjerne ville sett ham for å tro at det var sant at han faktisk var død, og uttrykte at de var opprørt over at de ikke fikk lov, samtidig som noen av dem kan forstå avgjørelsen som ble tatt - og i dag tenker at det kanskje var riktig beslutning.

Savn

Mange beskriver også et sterkt savn etter sin far. Et av barna beskriver det slik:

Savnet er stort etter min verdens beste pappa. Han var alltid kjærlig og trygg. En pappa som jeg kunne spørre om alt, og som alltid gav meg de beste rådene. Han var glad i meg og jeg var glad i ham. Han var alltid til stede for meg og var opptatt av hvordan jeg og min sønn hadde det. Jeg har alltid vært en pappajente. Han skrev alltid brev til meg når han var på jobb i Nordsjøen, og også fra de tidligere reisejobbene han hadde før han begynte å jobbe offshore.

Enkelte sier at sorgen ble lettere å leve med ettersom tiden gikk, men at savnet alltid er der - og for noen ble savnet bare sterkere med tiden. Barna forteller om savnet av faren, særlig i høytider, på konfirmasjonen, og andre merkedager. For eksempel var det en som sa: *“Jeg har alltid savnet pappa på livets store dager, han har alltid manglet”*. Det er et savn som har preget livet deres, en tomhet. De har vokst opp uten en far. En sa: *“Jeg har kjent på et savn når jeg har oppnådd noe - jeg skulle ønske pappa fikk oppleve det”*. Noen beskriver at de opplevde en ubehagelig medlidenhet eller oppmerksomhet tilknyttet tapet, inkludert vanskelige følelser knyttet til det å være annerledes i form av å ikke ha en far. De forteller at det var sårt på skoleavslutninger, og det var vanskelig å få spørsmål om faren (hvem han er eller hva han jobber med).

Enkelte forteller at de fikk sterke reaksjoner på tapet da de selv fikk barn. For eksempel var det en som sa: *“Stort savn, stor smell når jeg ble pappa selv”*. For noen var det først da de forstod de hva de hadde gått glipp av - og at det største savnet kom da. Enkelte forteller også om savnet av en bestefar for sine barn. For eksempel sa en etterlatt sønn: *“Jeg synes synd på mine egne barn, som ikke fikk oppleve farfar”*. En annen beskrev det slik:

Min far var limet i familien vår, det var han som holdt oss sammen. Har et veldig stort savn etter min kjære pappa og det er så utrolig vondt og trist at han aldri fikk bli kjent med barnebarna sine, og de med ham.

Flere av barna sier at barnebarna stiller en del spørsmål, og at de har fortalt barna sine om både faren og ulykken, samt tatt de med på graven og minnesmerket.

Graven

Flere forteller at det har vært viktig å ha en grav å gå til. De etterlatte steller graven, planter blomster, og tenner lys. Særlig på merkedager og ved høytider. De forteller at graven gir dem et bånd, en mulighet til å vise omtanke, og gjør at faren/ektemannen fortsatt er nærværende. Flere snakker til graven. Blant de etterlatte til de som ikke ble funnet, har enkelte forsonet seg med at faren har en "våt grav", mens andre synes havet er en "fæl grav", og bemerker at det var en stor ekstrabelastning at faren aldri ble funnet. For familiene der faren ikke ble funnet, var det også vanskelig å sitte med mange spørsmål om hva som skjedde, slik et av barna beskriver:

Min far ble aldri funnet og skuffelsen og sjokket ble veldig stor da plattformen ble snudd og vi ikke fikk en grav. Trodde vi ville få alle svar på hvordan pappa døde når han ble funnet. Spørsmålene var mange, men ingen svar. Vi lurte på hvordan han døde, f.eks. ble han slått ihjel av løse gjenstander og døde momentant? Druknet han? Var han redd? Hvorfor ble han ikke funnet?

Ansvar

Enkene forteller at de "ikke hadde noe valg" enn å fortsette livet og ta seg av barna, at de bare "måtte stå i det", og at de fokuserte på å gjøre livet best mulig for barna sine. Flere av de etterlatte barna beskriver hvor hardt moren deres jobbet, hvordan hun prioriterte dem, og at hun var sterk og omsorgsfull: "mamma var klippen". Andre forteller om en tøff barndom, der de etter tapet måtte være en omsorgsperson for moren sin og/eller sine småsøsken. Med ett av barnas ord: "Å miste pappa og måtte ta vare på mamma og mine søsken er en stor belastning for et barn". Enkelte sa de ble voksne svært tidlig, og at dette har formet dem som menneske, blant annet i form av at de har tatt mye ansvar for andre også senere i livet. En fortalte at etter ulykken var det hun som trøstet moren sin: "Jeg har

hatt den rollen helt til nå. Det kan ikke ha vært sunt for meg". Andre sa: "Jeg ble mamma i en alder av åtte", og "Jeg ble fars psykolog".

Å snakke om ulykken

Flere av de som overlevde ulykken forteller at de opplevde det som godt og viktig å snakke om det de hadde opplevd, de sier at det var "medisin å snakke om det", "det lureste jeg har gjort er at jeg har pratet om det", og "jeg snakket meg ut av det". Også familiemedlemmene til de som overlevde, samt flere av de etterlatte, forteller at det var viktig å snakke om både faren og ulykken. De forteller at de opplevde at denne åpenheten gjorde ham levende, at hendelsen ble en integrert del av familiehistorien deres, og at det hjalp i sorgarbeidet. Enkelte bemerket at det ble lettere å snakke om med tiden, mens en syntes at det ble for mye snakk om hendelsen.

På den andre siden var det flere av de etterlatte, særlig barna, som forteller at det ble snakket lite om faren og ulykken, både innad i familien og utenfor hjemmet. Noen sier at de opplevde at de voksne prøvde å skjerme dem, og derfor ikke snakket med dem om det som hadde skjedd: "Mødrene skjermet barna, de snakket ikke om det", og "Ulykken var en "voksen-ting", det ble stille når jeg kom inn i rommet". Enkelte mødre beskriver også hvordan de forsøkte å skjerme barna sine fra egne reaksjoner.

Barna bemerker at de forstod, basert på morens reaksjoner, at det var vanskelig for henne å snakke om faren - og noen opplevde at moren ikke ønsket å snakke om ham. Andre sa at de ikke ville spørre/snakke om faren fordi de merket/ville forhindre at de voksne ble lei seg. "Og vi tenkte «vi må ikke snakke om pappa, for da blir mamma lei seg». Vi svarte derfor ikke noe når hun begynte å snakke om pappa, for vi trodde hun ville bli enda mer lei seg". Enkelte av barna sier at de, som følge av dette, trakk seg tilbake og opplevde å være alene med savnet og sorgen. Noen følte at det ikke var rom for deres sorg. Et av barna sa for eksempel: "Bestemødrene og mødrene hadde nok med egen sorg". En annen bemerket: "Når andre folk spurte, fortalte jeg alltid mors historie. Jeg eide ikke min egen. Jeg opplever nå en sterkt forsinket sorgreaksjon". Enkelte sa at det var svært skremmende

å se morens sterke reaksjoner på tapet av faren. De bestemte seg for å beskytte moren fra ting de opplevde og tenkte på, slik at hun ikke skulle bli lei seg eller bekymret. De ville ikke være en ekstra byrde. Andre opplevde at moren deres klarte å hjelpe dem i sorgprosessen sin på en god måte.

Noen sa at de hadde venner på skolen som også hadde mistet faren i ulykken, men at de heller ikke snakket med dem, hvorav en bemerket at det å ikke snakke om det var en måte å klare seg på, mens en annen bemerket at selv om de ikke snakket om det, var det en støtte å bare være nær andre som hadde opplevd det samme.

Økonomi

Flere forteller om svært dårlig familieøkonomi i tiden etter ulykken. Noen manglet brød og pålegg, og fikk aldri dratt på ferie. Enkelte av barna sier at de kjente på en skam tilknyttet familiens økonomi, og måtte lyve til venner og familie fordi de manglet penger. For eksempel fortalte en at hun hadde sagt at hun ikke "ville" på klasseset, fordi hun visste at moren ikke hadde råd til å sende henne. Noen av barna fikk ikke stipend da de skulle studere, som følge av at de hadde erstatningspengene på konto. Enkelte beskriver erstatningen de fikk som "en vits", mens andre opplevde at den kom godt med og at de klarte seg greit.

Sosial støtte vs. negative sosiale reaksjoner

Flere av de etterlatte beskriver at de fikk god og viktig støtte fra den utvidede familien i tiden etter tapet, særlig fra svigerforeldre/besteforeldre, men også naboene stilte opp. For eksempel sa et av barna: "Vi ble passet ekstra på, naboene visste om det, vi fikk støtte". På den andre siden forteller flere av de etterlatte om negative sosiale reaksjoner de møtte i tiden etter ulykken, særlig knyttet til erstatningen de fikk. De opplevde for eksempel at det gikk rykter om dem, ord som "luksusenke" ble brukt, og noen følte at medfølelsen de hadde blitt møtt med ble snudd til misunnelse, hvilket ble opplevd som sårende. En fortalte: "VG hadde et forside-oppslag: «Millionær-enkene», da kom det spydige kommentarer". De etterlatte bemerket at "ingen penger i verden kunne veie opp for

tapet”, og “jeg ville heller ha pappa”. Enkelte enker opplevde at andre trakk seg vekk fra dem, krysset gaten for å slippe å snakke med dem, eller sluttet å hilse på dem i butikken. En sa: “Jeg opplevde at kjente skygget unna, gikk over veien, gikk bak reoler i butikker etc.”. Andre opplevde lite støtte i nærmiljøet generelt: “En hel bygd stod og så på oss, uten å gjøre noe”. En etterlatt beskrev lite forståelse for at ulykken og tapet fortsatt preget henne: “Folk sier til meg: «Nå må du skjerpe deg! Bli ferdig. Det er jo 44 år siden!»”

Media

Flere av de berørte forteller at de har vært i media i forbindelse med ulykken, mens enkelte valgte å skjerme seg. De berørte forteller om både positive og negative erfaringer med media. Positive erfaringer var knyttet til det å møte andre som hadde overlevd (ifb. med et gruppeintervju), og informasjonen de og deres familiemedlemmer har fått gjennom media (inkludert en enke som etter mange år fikk svaret på hva som hadde skjedd med ektemannen under ulykken via et intervju med en som overlevde). Negative erfaringer handlet om svært påtrengende journalister og fotografer. Dette beskrives som “ugreit”, “ubehagelig” og “plagsomt”. Videre var det enkelte som angret på sin mediadeltagelse/ikke likte resultatet, da de opplevde at oppslaget ble for stort og at vinklingen på saken ble for negativ. Andre opplevde mediedekning av ulykken de første dagene som lite skånsom, synes det var vanskelig med spekulasjonene som sirkulerte i media rundt saken, samt bemerket at det var stor mediedekning av saken: “Jeg fikk aldri fred”, “fikk det bare hevet mot meg”. Enkelte beskrev også medieomtalen om erstatningen som en ekstra belastning.

Positive personlige endringer

Flere av de berørte, både overlevende og etterlatte, forteller om positive personlige endringer de har kjent på i tiden etter ulykken. De sier for eksempel at de setter mer pris på livet - og ikke tar ting for gitt. De vet at livet kan endre seg veldig fort, “man vet ikke hvor lenge man har det”, og sier at de ikke lenger bryr seg om bagateller. Noen bemerker at ulykken har formet dem som menneske, for eksempel valgene de tar og hvordan de praktiserer barneoppdragelse. De forteller at familien fikk et nært samhold etter ulykken,

at de har skjønnet at familien er det viktigste de har, og at de er opptatt av å fortelle hva andre betyr for dem og å ta vare på hverandre. Noen sier at de har blitt sterkere, mer åpne, empatiske og omsorgsfulle, og at de som følge av det de har opplevd har bedre forutsetninger for å håndtere vanskelige ting. Enkelte sier også at de ble fort voksne, at de lærte mye, blant annet at de selv har ansvar for sitt eget liv, og at de er i bedre stand til å møte og hjelpe andre mennesker som har det vanskelig.

Oppfølging

Mens et par berørte forteller at de fikk hjelp fra psykisk helsevesen etter ulykken, forteller de fleste at de ikke fikk noen oppfølging; "ingen som tok tak i det og pratet med oss", "ingen oppfølging fra det offentlige", "vet ikke om noen som fikk oppfølging", "ingen oppfølging til familien", "ingen spurte om vi trengte hjelp", "vi ble helt overlatt til oss selv". Et av barna forteller: *"Fastlegen spurte meg en gang: «Hvordan går det egentlig hjemme?». Jeg svarte: «Ikke bra». Mer hendte ikke, bortsett fra at jeg fikk kjeft av mamma".* En annen sa: *"Jeg er barn av omkommen, og oppfølging har vært fraværende siden dag 1".* Enkelte forteller at de fikk litt oppfølging av presten. Noen forteller at de oppsøkte og fikk hjelp lenge etter hendelsen fra psykolog, familievernkontoret, eller krisepsykiater. Enkelte bemerket forskjellen fra hvordan det er i dag: *"Jeg blir nesten sjalu når jeg hører om pårørende-sentre som kommer i stand ved katastrofer i dag. Jeg kjenner på sår urettferdighet".*

De som deltok i spørreundersøkelsen, ble spurt om de trodde at manglende oppfølging etter ulykken hadde påvirket deres psykiske og/eller fysiske helse. De som svarte bekreftende på dette, ble bedt om å beskrive kort. I forhold til de fysiske plagene, forteller enkelte overlevende at de kunne hatt nytte av medisinsk hjelp. For eksempel sier en: *"Ved medisinsk oppfølging kunne skaden i nakken blitt avdekket og behandling kunne ha medført mindre plager eller kurert skaden".* Flere av de berørte familiemedlemmene beskriver også hvordan de tror hjelp hadde hatt betydning for deres helse og liv etter ulykken. For eksempel forteller et av barna som mistet sin far følgende:

Jeg tror at dersom jeg hadde fått oppfølging av helsetjeneste, skole, kommune etc. etter ulykken, så hadde livet mitt i dag sett ganske annerledes ut. Om noen hadde snakket med meg, fortalt hva som skjedde, tatt vare på meg, fulgt meg opp, så hadde jeg ikke endt opp som en tenåring med tilpasningsvansker og depresjon. Kanskje hadde jeg til og med fått meg en utdanning.

Et annet barn sa:

Vi har alltid hatt en åpen dialog om ulykken i vår familie, og i mangel på offentlig oppfølging valgte min mor også å oppsøke psykolog på egen og min vegne. Dette tror jeg i ettertid var viktig og til hjelp, men i privat regi er det kostbart og vanskelig å gjøre i tilstrekkelig omgang. Jeg er ganske overbevist om at bedre offentlig tilbud (eller tilbud i det hele tatt) etter ulykken ville kunne lettet vesentlig på det psykiske stresset som vi begge opplevde.

Lignende sa en enke: "Hadde vi fått litt hjelp, samtaler og oppfølging av helsepersonell hadde det sikkert vært bedre". Barna til de som overlevde savnet også hjelp til faren: "Om pappa hadde fått hjelp så ville ikke han drukket seg vekk. Alkohol ble hans middel for å glemme og påvirket familien i stor grad etter ulykken". En enke sa: "Ja, svært manglende oppfølging fra myndighetene! Har ført til utrygghet og manglende tillitt til myndighetene!".

Forskning vs. hjelp

Noen av de overlevende bemerker at de ble kontaktet av psykologer, gjentatte ganger etter ulykken, men at de opplevde at psykologene ikke ga dem noe/hjalp dem, men "bare tok". De følte at de var "forskningsobjekter", og ble "brukt som forsøkskanin", de fikk en stor bunke med papirer som de skulle fylle ut, fremfor at noen hadde tid til å prate med dem. De opplevde at i stedet for å motta hjelp, var det de som hjalp forskerne. Enkelte sa at de ble urolige av dette, at det ikke passet for dem, og at de ikke ønsket mer kontakt. En av de som overlevde sa: "Jeg er lei av «prosjekter»: folk som vil bruke oss som eksempler".

Ubesvarte spørsmål om ulykken

Flere berørte beskriver mange ubesvarte spørsmål om ulykken og at de har savnet svar; *“fremdeles er det hemmelighold...hemmelighold gjør de etterlatte usikre”, “sannheten bør alltid komme frem”, “det kan være tøft å vite, men verre å ikke vite”. De ønsker å vite sannheten om ulykken, som de opplever at “ties i hjel”, og bemerker at “det ligger fremdeles opplysninger som ikke er offentlige”. Enkelte trekker frem dette med ansvaret for ulykken, “de som har ansvar på stå ansvarlig”, “vil at noen skal bli ansvarliggjort”. Andre stiller spørsmål ved synkingen av plattformen og bemerker betydningen av dette for muligheten til å granske ulykken: “der forsvant noen av de viktigste brikkene i katastrofens puslespill”. En bemerket: “Tilliten er dårlig. Pengene rår. Uheldige forhold dysses ned. Ingen tillit til granskingskommisjonen”. Andre sa: “Vi har lite/ingen tillit. Ingen stilte opp for oss”, og “Jeg har liten tiltro til staten generelt. Staten sviktet totalt da - derfor har vi liten tiltro nå”.*

Betydningen av arrangementer

Flere av de berørte sier at de har deltatt på markeringer i forbindelse med ulykken. Noen forteller at det var vondt og sterkt, for eksempel at det var et forferdelig syn å se Kielland snudd. Andre sier at de følte at de kom nærmere ulykken ved å delta på markeringene, at det var fint å møte andre berørte, og at det var fine seremonier.

Noen sier at de har savnet samlingspunkter for de berørte, både for de overlevende, slik at de fikk møtt hverandre igjen fremfor å lure på hvem som klarte seg, men også for familiemedlemmene til de omkomne. For eksempel var det en som sa at han savnet å møte andre som også hadde mistet faren sin i ulykken, og flere enker forteller at de gjerne skulle møtte hverandre den gangen - slik at de kunne støttet hverandre. Flere beskriver at de har deltatt på nettverkssamlingene som har blitt holdt. Enkelte hadde noen negative erfaringer, for eksempel sa en: *“Ikke god følelse, ikke alle var like imøtekommende (...) Ble vanskelig egentlig. Men angret ikke på turen og oppholdet totalt sett”*. Men ellers var det mange som bemerket nytteverdien av disse treffene. Noen trakk frem betydningen av

muligheten til å møte farens tidligere kollegaer og å få mer informasjon. En sa for eksempel: *“Det er fint å snakke med de som overlevde. Om livet om bord. Få litt “kjøtt på beinet”*”. Andre trakk frem det å kjenne seg mindre alene: *“Jeg møtte andre berørte for første gang i 2016. Nettverket har vært viktig får å forstå at jeg ikke er alene”*. Noen bemerket at de opplevde det som terapeutisk å møte andre berørte. For eksempel var det en som sa: *“Jeg har nok fortrent sorg og savn i 43 år. Jeg har begynt å åpne meg først nå, etter å ha deltatt på to samlinger”*. Lignende sa en annen: *“Det trigget noe i meg å høre andres historier: da begynte jeg å åpne meg/bearbeide det”*. Andre bemerket at de fikk informasjon om arbeidet til nettverket på samlingene, samt at de satte pris på innsatsen til de som jobbet i nettverket. For eksempel var det en som sa: *“Å møte de som bruker så mye tid på å rette opp alle feil som har blitt gjort, og som jobber så iherdig med å få frem sannheten, har vært inspirerende. Det gir håp”*. Enkelte bemerket at de ikke har deltatt på treffene eller arrangementene; at de *“ikke hatt behov”*, eller har *“lagt en distanse til hendelsen”*.

DISKUSJON

Målsetningen med denne undersøkelsen har vært å få kunnskap om hvilke konsekvenser Kielland-ulykken og den manglende oppfølgingen, har hatt for de overlevende, etterlatte og pårørende sin helse. I denne diskusjonen vil vi først oppsummere funnene om de berørtes helse, både psykisk og fysisk, sett opp mot kunnskap om helsen i den generelle befolkningen og tidligere forskning om Kielland-ulykken og andre liknende katastrofer. Vil vi også omtale funn om konsekvenser av ulykken som ikke nødvendigvis kategoriseres under helsebegrepet, slik som livskvalitet, sorg, økonomiske vansker, og positive endringer. Deretter vil vi omtale hjelpebehov blant de berørte og forsøke å besvare hvilke konsekvenser den manglende oppfølgingen har hatt. Til slutt vil vi beskrive styrker og svakheter ved denne undersøkelsen.

Psykisk og fysisk helse

Både resultatene fra spørreundersøkelsen og det kvalitative materialet understreker at svært mange av de berørte av Kielland-ulykken har opplevd og opplever store psykiske helseutfordringer. Over en tredjedel av de overlevende rapporterer om psykiske helseplager i så stor grad at det er sannsynlig at de ville tilfredstille kriteriene for en psykiatrisk diagnose dersom det ble gjennomført et diagnostisk intervju. Tilsvarende mange rapporter om omfattende søvnevansker. Begge deler er langt over andelen som rapporter om tilsvarende plager i Folkehelseundersøkelsen for Rogaland for 2023, noe som sannsynliggjør at Kielland-ulykken har medført økt risiko for psykiske helseplager for de overlevende. Dette er i samsvar med tidligere forskning på denne gruppen, som har funnet en sterk forhøyet risiko for psykiske lidelser hos de overlevende sammenlignet med en kontrollgruppe, både i de første årene etter Kielland-ulykken og 27 år senere (Boe et al., 2011; Holen, 2015; Holgersen et al., 2016).

I denne undersøkelsen viser vi at disse psykiske helseplagene dessverre ikke begrenser seg til de overlevende, men at også andre berørte av Kielland-ulykken opplever forhøyede psykiske helseplager. Særlig blant enkene oppga mange å ha psykiske plager

og søvnvansker. Barn av omkomne rapporterte psykiske plager som kun var litt over snittet i Rogaland, men en lagt høyere andel rapporterte om søvnvansker. Disse tallene samsvarer også med temaene i fokusgruppeintervjuene. Mange overlevende og enker har historier om store psykiske helseutfordringer, som PTSD, selvmordstanker og rusmisbruk. Blant de som var barn når ulykken skjedde, er plagene som kommer frem mer subtile, som uro, tomhetsfølelse og relasjonelle vansker. At også mange barn av de omkomne opplever at de har hatt langsiktige psykiske helseplager relatert til Kielland-ulykken er i tråd med annen forskning om tap av primære omsorgspersoner i barndommen.

Helsevanskene som de berørte rapporterer om begrenser seg heller ikke kun til psykiske plager. Langt færre enn i befolkningen for øvrig opplever å ha god helse og flere vurderer helsen sin som dårlig. Overlevende og enker rapporterer også hyppigere om langvarige sykdommer, helseproblemer, og funksjonsnedsettelse. Dette samsvarer med annen forskning om fysiske helseplager relatert til traumatisk eksponering og post-traumatiske vansker (Koenen et al., 2017; Pacella et al., 2013). Det er imidlertid verdt å påpeke at barn av omkomne i liten grad rapporterer om mer fysiske plager enn normalpopulasjonen, selv om de har dårligere selvpoplevd helse. Ingen av gruppene rapporterer forhøyet forekomst av smerter, noe som hyppig rapporteres av andre traumeutsatte (Pacella et al., 2013; Stensland et al., 2020). En årsak kan være at vi kun spurte om nakke- og ryggmerter, ikke andre smertetilstander som hodepine og magesmerter, som ofte rapporteres av traumeutsatte.

Sorg

Det har blitt gjort mye forskning på de overlevende etter Kielland-katastrofen, men de etterlatte har ikke blitt invitert til å delta i disse studiene. Følgelig vet vi lite om forekomsten av posttraumatiske reaksjoner, inkludert forlenget sorglidelse, i denne gruppen. Men, mange av de etterlatte har beskrevet sine reaksjoner på tapet i Minnebanken. Her har flere blant annet beskrevet en uvirkelighetsfølelse da de fikk beskjed om at faren/ektemannen døde i ulykken, og fortalt at det var vanskelig å forstå og akseptere at han var borte. Både vantro og fornektelse er naturlig den første tiden

etter et brått og voldelig tap, men hvis det vedvarer kan det forstyrre de etterlattes sorgprosess, og vansker med å akseptere dødsfallet er ett av karakteristikkene for forlenget sorglidelse (Prigerson et al., 2009). I tillegg til sorg og savn, kan det å plutselig å miste en omsorgsperson forståelig nok også indusere frykt hos barn, spesielt en frykt for å miste sin andre omsorgsperson. Dette har blitt beskrevet av flere av de etterlatte barna etter Kielland. Ifølge Shear et al. (2007), er tilgjengeligheten av en primær tilknytningsfigur viktig for å redusere frykt og andre negative følelser knyttet til tapet, samt hjelpe barnet gjenopprette normale rutiner. Men, når noen plutselig mister ektefellen sin, sitter de igjen med den vanskelige situasjonen det er å være den eneste omsorgspersonen - mens de selv er i dyp sorg. Å ta vare på og gi tilstrekkelig støtte til barna sine i denne situasjonen kan oppleves som en umulig oppgave. Ifølge Alvis et al. (2022) er åpen kommunikasjon et aspekt ved omsorgskonteksten som kan ha en positiv innvirkning på barns sorgprosess. I Minnebanken fant vi beskrivelser både av barn som ville beskytte moren sin ved å skjule sorgen sin, men også mødre som ville beskytte barna sine ved å skjule sin egen smerte. Flere bemerket at både ulykken og tapet ble lite snakket om hjemme. Enkelte av de etterlatte barn fortalte også at de ikke fikk være med i begravelsen til faren, eller ikke fikk se ham i kisten, fordi de skulle skjermes.

Over 40 år har gått etter Kielland-ulykken, og siden da har vi lært mer om traumatisk sorg generelt, men også mer om betydningen av å snakke med etterlatte barn spesielt. For eksempel har Dyregrov et al. (2014) uttrykt at det er mye å vinne på å tidlig gi råd til foreldre om betydningen av kommunikasjon og åpenhet overfor barna i familien etter et tap. Barn trenger å bli inkludert i informasjonen familien får om hva som har skjedd og hva man vet om hvorfor det har skjedd, tilpasset barnets alder. Lignende har Jensen (2008) beskrevet at det er viktig for barn å få muligheten til å dele sine erfaringer "fordi det kan bidra til å sette hendelsen inn i en sammenheng hvor skyld, ansvar og mening blir tydeliggjort" (s.1). Som beskrevet av Lytje og Dyregrov (2024), har forskning også vist at ved å fremme åpen kommunikasjon i familien er det mulig å redusere sjansene for at etterlatte barn opplever negative utfall etter dødsfall, som sosial isolasjon, høyrisikoatferd, samt dårlige tilpasninger (Christ & Christ, 2006; Nielsen et al., 2012;

Semple et al., 2022). Åpen kommunikasjon i familien innebærer blant annet å snakke åpent om egne følelser, reaksjoner og hva de savner, samt dele ny informasjon når den blir tilgjengelig (Lytje & Dyregrov, 2024). Det er også viktig at barn inkluderes i ritualer knyttet til tapet, da dette både kan gi dem muligheten til å forstå og akseptere at vedkommende er borte, men også til å ta farvel (Søfting et al., 2016).

Gitt at barn og unge er i en utviklingsfase, kan de oppleve sorgen på ulike måter på forskjellige stadier i utviklingen. I Minnebanken beskrev noen av barna at de kjente et spesielt sterkt savn etter faren i høytider, på konfirmasjonen sin, samt andre merkedager. Enkelte sa også at de fikk kraftige reaksjoner på tapet da de selv fikk barn; at det var først da de forstod de hva de hadde gått glipp av. I litteraturen blir dette betegnet som "regrief"; hvilket innebærer at nye sorgreaksjoner trigges av betydningsfulle situasjoner og opplevelser man ikke får muligheten til å dele med den døde (Chater et al., 2022). Dette er naturlig ved ulike milepæler i livet, gitt at tapet får en ny betydning.

Livskvalitet

Begrepet *livskvalitet* omhandler både *objektive* sider av livssituasjonen vår, som trygghet, muligheter, og helse, og *subjektive* elementer som opplevelse av mestring, glede og tilhørighet (Nes et al., 2021). I vår undersøkelse har vi hovedsakelig målt subjektiv livskvalitet. Vi ser at de berørte av Kielland-ulykken rapporterer om lavere livskvalitet enn deltakerne i Helseundersøkelsen fra Rogaland 2023 på de fleste av indikatorene, blant annet grad av tilfredshet, fremtidsoptimisme, ensomhet, og sosiale relasjoner. Det er særlig de overlevende og enkene som rapporterer om lavere livskvalitet. Som beskrevet tidligere rapporterer disse gruppene også om høyere grad av fysiske og psykiske helseplager, noe som har en kjent påvirkning også på livskvalitet (Nes et al., 2021). Barn av omkomne rapporterer imidlertid også om blant annet mer ensomhet og lavere tillit enn befolkningen for øvrig. Opplevelsen av livskvalitet i Norge er generelt høy, med små geografiske forskjeller, men mange av de berørte av Kielland-ulykken ser ikke ut til å dele denne opplevelsen.

Resiliens og positive endringer

Det er viktig å understreke at langt ifra alle de berørte av Kielland-ulykken opplever store helseplager eller redusert livskvalitet. I fokusgruppeintervjuene var det flere som fortalte at ulykken for dem var et svært smertefullt minne, men at den ikke hadde påvirket livet deres negativt i stor grad. Selv blant de overlevende er det nesten halvparten som rapporterer at de *ikke* opplever å ha fått fysiske eller psykiske helseplager relatert til ulykken, hverken i de første årene etterpå eller på lang sikt. Dette samsvarer med forskning fra andre typer katastrofer og traumatiske hendelser som viser at majoriteten av berørte reagerer med motstandskraft eller *resiliens* etter slike hendelser (Bonanno et al., 2023). Dessverre er det vanskelig å forutsi hvem som får negative helseutfall og hvem som klarer seg bra etter traumatiske hendelser. Både biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer spiller en rolle, i tillegg til at hver persons individuelle opplevelse, reaksjon og fortolkning under hendelsen har betydning (Bonanno et al., 2023). I fokusgruppeintervjuene trekker flere overlevende frem at det var viktig for dem å raskt komme tilbake til jobb på plattform for å overvinne frykten etter ulykken. Flere berørte trakk frem god støtte fra venner, familie og omgivelser som betydningsfullt.

Flere berørte, både de som overlevde og de etterlatte, fortalte også at de hadde opplevd flere positive personlige endringer i tiden etter Kielland-ulykken. For eksempel at de satte mer pris på livet, at de ikke lenger tok ting for gitt, at de fikk et nærmere forhold til familien sin, og at de ble mer opptatt av å fortelle andre hva de betyr for dem. Noen sa også at de hadde blitt mer empatiske, omsorgsfulle, og ansvarsfulle, samt sterkere/bedre rustet til å håndtere fremtidige utfordringer. Disse beskrivelsene stemmer godt overens med de tre hovedformene for posttraumatisk vekst vi kjenner fra litteraturen (i.e., et nytt syn på livet, mer meningsfulle og nære relasjoner til andre, og personlig styrke) (Tedeschi & Calhoun, 1995). Gitt at mennesker som opplever noe traumatisk gjerne blir brutalt konfrontert med det faktum at livet brått kan ta slutt, er det kanskje ikke så overraskende at en del opplever at dette fører til at de blir mer bevisste på, eller endrer oppfatning av, hva som er viktig i livet (Glad & Hafstad, 2019). Videre kan det å selv ha kjent på egen sårbarhet både under og etter hendelsen bidra til at traumeutsatte får en sterkere følelse

av empati, hvilket igjen kan føre til at de blir mer omsorgsfulle. Så langt er det få studier som har utforsket akkurat dette, men resultatene fra enkelte studier kan tyde på at mer omsorg og prososial atferd kan være en mulig manifestasjon av vekst (Glad et al., 2013).

Begrepet posttraumatisk vekst har en positiv klang, og det er naturlig å anta at det å oppleve positive endringer vil være forbundet med bedre psykisk helse (Hafstad & Glad, 2016). Men sammenhengen mellom posttraumatisk vekst og psykisk helse er komplisert - og forskning viser at traumeutsatte som rapporterer at de har opplevd positive endringer på et eller flere områder i livet ikke nødvendigvis har mindre smerte og psykiske problemer (Hafstad & Glad, 2016). I tråd med dette har forskningen på de som overlevde Kielland-ulykken funnet en positiv sammenheng mellom selv-rapportert vekst og posttraumatiske stress reaksjoner (Holgersen et al., 2010). Med andre ord, de som rapporterte mer vekst rapporterte også mer psykiske plager. Ifølge Tedeschi & Calhoun (2004) er det mulig at posttraumatisk vekst og posttraumatisk stress ikke er to motpoler på et kontinuum, men heller to ulike dimensjoner. I så fall vil ikke en økning i posttraumatisk vekst nødvendigvis vil føre til en nedgang i posttraumatiske symptomer, eller omvendt. Opplevelsen av å ha funnet en ny mening i livet, eller å ha fått nærmere relasjoner til andre mennesker, kan være sterkt til stede også hos de som strever med symptomer etter en traumatisk opplevelse. Generelt blir posttraumatisk vekst derfor *i seg selv* ansett som en *positiv* posttraumatisk endring (Hafstad & Glad, 2016). Det er samtidig viktig å understreke at traumatiske hendelser som oftest innebærer en stor belastning for de direkte berørte, og at selv om mange opplever posttraumatisk vekst, vil få si at disse positive endringene veier opp for smerten traumet har påført dem. Men, forsøk på å forstå og forklare dette fenomenet kan kanskje bidra til å redusere stigmatiseringen noen traumeutsatte opplever, for eksempel ved å fremme et mer nyansert bilde av konsekvensene av traumatiske hendelser (Glad & Hafstad, 2019).

Sosial støtte vs. negative reaksjoner

Flere av de etterlatte, både enkene og barna, beskrev god sosial støtte fra familien og nettverket sitt, men det var også en del som fortalte at de hadde opplevd negative sosiale

reaksjoner i tiden etter ulykken, særlig i tilknytning til erstatningen familien fikk. Noen beskrev for eksempel at det hadde gått rykter om dem, at de fikk spydige kommentarer, og at de opplevde at medfølelse ble snudd til misunnelse, etter erstatningsoppgjøret. Enkelte opplevde også at andre hadde trukket seg unna dem etter ulykken. Dessverre vet vi fra forskningslitteraturen at andre mennesker ikke alltid støtter de som har opplevd noe traumatisk. I stedet blir en del traumeutsatte møtt med negative reaksjoner, som benektning, kritikk, klandring, stigmatisering, avvisning og fordømmelse (for en review, se Dworkin et al., 2019). Også etter Scandinavian Star ulykken fant forskere at noen av de direkte berørte opplevde at andre trakk seg unna dem (Thoresen et al., 2017). Det er verdt å merke seg at i en relativt ny oppsummering av forskningslitteraturen på sosiale reaksjoner på traumeutsatte som forteller andre om sin traumatiske opplevelse, fant (Dworkin et al., 2019) at negative sosiale reaksjoner – inkludert stigmatisering/at andre trakk seg unna – var assosiert med mer psykopatologi. Dette tyder på at de sosiale reaksjonene mennesker blir møtt med etter et traume kan få stor betydning for hvordan de har det i tiden etter. Det er viktig at vi er klar over dette, og formidler det til omverden – slik at vi kan redusere sjansen for at det sosiale nettverket til traumeutsatte forårsaker en ytterligere belastning for de berørte i tiden etter traume (Glad, 2020).

Erfaringer med media

Vi fant at de berørte av Kielland-ulykken beskrev både positive og negative erfaringer med media i tiden etter katastrofen. De positive erfaringene var særlig knyttet til at de fikk nyttig informasjon om ulykken via journalister/media, mens de negative erfaringene handlet om journalistenes tilnærming (som de opplevde som svært påtrengende), samt den negative vinklingen på saken. Noen opplevde også at dekningen av ulykken var for stor og for lite skånsom, mens andre bemerket at spekulasjonene som sirkulerte om ulykken i media var en ekstra påkjenning. Enkelte sa at de angret på at de hadde stilt opp i media. I tråd med dette har tidligere forskning vist at mediens oppmerksomhet kan oppleves som både ubehagelig og påtrengende for traumeutsatte (Doohan & Saveman, 2014; Glad et al., 2018), og at noen føler seg presset til å gi intervju (Kay et al., 2010). Tidligere forskning har også vist at en ufølsom og sensasjonalistisk dekning av en

traumatisk hendelse kan trigge vonde minner (Roxberg et al., 2010) og forstyrre den private sorgprosessen (Kay et al., 2010). Videre kan en unøyaktig eller sensasjonell fremstilling av historien deres for noen traumeutsatte føre til at de føler seg skuffet, frustrert og utnyttet (Hawkins et al., 2005; Kay et al., 2010). Etter terrorangrepet på Utøya, fant forskere at de som overlevde stort sett opplevde journalistene som respektfulle og medfølende i selve intervjusituasjonen, mens både journalistenes tilnærming og dekningen av saken ble oppfattet mer negativt og belastende (Glad et al., 2018). Videre fant forskerne i Utøya-studien at overlevende som rapporterte at de hadde hatt negative erfaringer med media hadde flere posttraumatiske stress reaksjoner (Thoresen et al., 2014). Både beskrivelsene fra de berørte av Kielland-ulykken, samt resultatene fra Utøya-studien, viser hvor viktig det er at journalister blir opplært til å drive traumesensitiv journalistikk. Helt konkret må de finne en balanse mellom offentlighetens behov for å få nøyaktig, førstehånds informasjon om hendelsen, og de direkte berørtes behov for å bli behandlet på en respektfull og sensitiv måte (Glad et al., 2018).

Konsekvenser av manglende oppfølging

I tråd med Riksrevisjonens rapport (Riksrevisjonen, 2020-2021) beskriver de berørte i vår undersøkelse at de i svært liten grad fikk noen form for oppfølging eller helsehjelp i forbindelse med Kielland-ulykken. Noen oppsøkte selv hjelp enten rett etter ulykken eller flere år etter, med vekslende erfaringer. Flere beskrev i fokusintervjuene at de hadde fått god hjelp for psykiske og fysiske helseplager, men det kom også frem historier om dårlige møter med behandlingsapparatet. Berørte med helseplager rapporterer i stor grad at manglende oppfølging har påvirket deres psykiske og fysiske helse. Over to tredjedeler av respondentene rapporterer om høyere grad av hjelpebehov enn mottatt hjelp i tiden etter ulykken og kan derfor sies å ha eller ha hatt udekkede psykiske hjelpebehov. En del av disse oppgir imidlertid å kun ha hatt hjelpebehov i noen eller liten grad, så konsekvensene av manglende helsehjelp behøver ikke å være store.

Som beskrevet av Riksrevisjonen (2020-2021) er oppfølgingen av rammede av kriser og katastrofer betydelig styrket. Dersom Kielland - ulykken hadde skjedd i dag ville

antakeligvis politiet og kommunene i Stavanger-regionen etablert et evakuerte- og pårørendesenter, der uskadde overlevende ville blitt registrert og kunne forenes med sine pårørende. Kommunale kriseteam og annet helsepersonell ville ha vært tilgjengelig for overlevende og berørte. Kriseledelsen ville ha tatt ansvar for å innhente informasjon fra redningstjenester og overlevende, og videreformidle relevante opplysninger til både berørte og befolkningen for øvrig. Videre ville de berørtes hjemstedskommuner hatt ansvar for følge opp både overlevende og de omkomnes pårørende i tiden etter ulykken. Ifølge anbefalte retningslinjer ville kommunale kriseteam ha tatt proaktiv kontakt med de berørte og fulgt dem opp jevnlig i minst et år (Helsedirektoratet, 2016; RVTS, 2020). Rammede med behov for psykisk helsehjelp ville ha rett til behandling enten i kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten. Etter flere år med implementering av kunnskapsbasert behandling i tjenestene, ville disse berørte forhåpentligvis fått hjelp av behandlere med god kunnskap om effektiv traumebehandling.

Som beskrevet tidligere har vi ikke god nok kunnskap om effekten av denne typen psykososial oppfølging (Bisson et al., 2021; Hermosilla et al., 2023). Det er derfor umulig å presist estimere i hvor stor grad slik oppfølging hadde ført til mindre helseplager og tap av livskvalitet for de berørte. I etterkant av terrorangrepene i Norge 22 juli 2011, ble psykososial oppfølging i tråd med retningslinjene beskrevet over iverksatt (Dyb et al., 2014). Allikevel rapporterer mange av de direkte berørte om store psykososiale vansker og udekkede hjelpebehov selv flere år etter angrepet (G. Dyb et al., 2021). Selv om det er vanskelig å direkte sammenligne forskjellige katastrofale hendelser, tyder dette på at en betydelig andel av de direkte berørte av Kielland-ulykken ville kunne fått store helseplager selv med dagens psykososiale oppfølging, men at andelen kunne vært redusert og tilgangen på behandling bedre. Vi ser at de overlevende fra Utøya rapporterer om større hjelpebehov enn de overlevende fra Kielland-ulykken, men flere rapporterer samtidig å ha mottatt tilstrekkelig hjelp (Stene et al., 2016). For barna av de omkomne ville muligens bedre oppfølging i tiden etter ulykken ha vært svært betydningsfull, siden psykologisk behandling av traumerelaterte reaksjoner hos barn har vist seg å være svært effektiv (Hoppen et al., 2023; Jensen et al., 2014).

Arrangementer og støttegruppen

Nesten 8 av 10 berørte oppgir at de har deltatt på samlinger eller arrangementer gjennom Kielland-nettverket eller forgjengeren Kielland-fondet. 85% av de som har deltatt beskriver det som ganske eller veldig nyttig for dem, der særlig det å møte andre berørte og få mer informasjon oppleves som nyttig. Andre beskriver at de følte seg mindre alene, og at det var nyttig for egen bearbeidelse av tapet. I intervjuene i Minnebanken beskriver flere at de har deltatt på markeringer i forbindelse med Kielland-ulykken. Noen sa at det hadde vært vondt og sterkt, noen følte at de kom nærmere ulykken ved å delta på markeringene, andre sa at det var fint å møte andre berørte, og at det var fine seremonier.

Generelt handler støttegrupper om at mennesker som har opplevd en lignende opplevelse deler historien sin, samt følelsene og erfaringene sine, og er basert på prinsipper som respekt, tillit, delt ansvar og gjensidig støtte mellom deltakerne (MacNeil & Mead, 2005; Mead & MacNeil, 2006; Solomon, 2004). Støttegrupper tar med andre ord lignende erfaringer som utgangspunkt for å skape empatisk forståelse og gjensidig støtte (se Mead et al., 2001; Mead & MacNeil, 2006; Rappaport, 1993). Enn så lenge finnes det lite forskningslitteratur på støttegruppers funksjon og betydning for direkte berørte traumer. I sin gjennomgang av litteraturen som foreligger på støttegrupper etter viktimisering (i.e., kriminalitet, trafikkulykker, suicid, ulykker og veteraner), konkluderte de Ven et al. (2023) med at både de som driver støttegrupper, og de som er ansvarlige for denne type virksomhet, bør være oppmerksomme på fraværet av empirisk evidens for kjerneelementene i denne formen for likemannsstøtte, og rollen støttegrupper kan spille for direkte berørte og etterlatte. Samtidig understrekte de Ven et al. (2023) at de også bør være oppmerksomme på betydningen støttegrupper muligens kan ha for å fremme bedring blant berørte, gjennom meningsskapende prosesser. I tråd med beskrivelsene fra de berørte av Kielland-ulykken, fant de Ven et al. (2023) for eksempel at deltagere i støttegrupper har rapportert flere ulike positive opplevelser, inkludert normalisering, en følelse av tilhørighet, samt en mulighet til å uttrykke og gjenkjenne følelser.

Styrker og svakheter

Denne undersøkelsen er en tverrsnittstudie, gjennomført 44 år etter en stor ulykke, hvilket betyr at det er en del begrensninger i hva det er mulig å si noe sikkert om. Vi kan for eksempel ikke fastslå hvor stor andel av de berørtes nåværende helseproblemer som er direkte forårsaket av Kielland-ulykken eller andre årsaker. Vi kan heller ikke sikkert anslå om andre årsakssammenhenger, effekter av (manglende) tiltak, eller om forløp av plager over tid. Vi kan for eksempel ha underestimert helseplagene til de direkte berørte i denne undersøkelsen, fordi vi ikke har tidligere målinger.

Vi har valgt å sammenligne nivået av diverse helseproblemer (e.g., søvnvansker, angst- og depresjonssymptomer) og livskvalitet rapportert av de berørte av Kielland-ulykken med resultatene fra en studie som antas å være representativ for befolkningen (i.e., Folkehelseundersøkelsen i Rogaland, 2023). Dette gjør det mulig å ha en referanse for hvorvidt plagene som rapporteres av de berørte er «høyt» eller «lavt» sammenlignet med befolkningen for øvrig. Vi har brukt samme spørsmålsformuleringer og måleinstrumenter for å sikre grunnlaget for sammenligning. Allikevel kan vi ikke utelukke skjevheter som svekker sammenligningen. I spørreundersøkelsen har vi valgt å ikke innhente informasjon om en del demografiske variabler, som utdanningsnivå og sosioøkonomisk status. Det gjør det vanskelig å kontrollere for disse variablene når vi sammenligner med representative befolkningsundersøkelser. Utdanningsnivå, sosioøkonomisk status og økonomiske vansker har sammenheng med både helseplager og livskvalitet. De fleste av arbeiderene på Alexander Kielland var håndverkere og industriarbeidere uten høyere utdanning, og det er derfor grunn til å anta at gjennomsnittlig utdanningsnivå og sosioøkonomisk status hos de berørte av Kielland-ulykken er lavere enn i befolkningen ellers. Mange av de berørte har også fortalt om økonomiske vansker som en konsekvens av ulykken. Disse faktorene kan ha en medvirkende rolle til at de berørte rapporterer om mer helsevansker og lavere livskvalitet enn befolkningen ellers.

Det er også verdt å merke seg at flere av spørsmålene i spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuene handlet om opplevelser som ligger flere tiår tilbake i tid. Det er

naturlig at ikke alle svarene på dette reflekter nøyaktig hva som skjedde den gang, men snarere deltakernes hukommelse og oppfatning av dette i dag. For mange vil det være vanskelig å gjenkalle nøyaktig, særlig for de som var barn den gangen, eller minnene kan være preget av opplevelser og informasjon som har kommet i senere tid. Videre kan det bemerkes at vi har spurt om subjektive opplevelser av helseplager og livskvalitet, og ikke har objektive mål på dette. Vi kan ikke utelukke at noen respondenter kan ha vært motivert til å overdrive negative konsekvenser av ulykken, for å fremme kritikken som har blitt fremsatt mot myndighetene eller et mulig fremtidig erstatningssøksmål. Det er imidlertid verdt å merke seg at resultatene ikke skiller seg fra sammenligningsgrunnlaget på alle typer plager, noe som tyder på at en eventuell responskjevhet ikke er gjennomgående.

En styrke ved undersøkelsen er at vi fikk en svært høy svarprosent på nesten 80 % av de som fikk tilsendt spørreundersøkelsen, hvilket er bemerkelsesverdig høyt i en studie gjennomført så mange år etter en katastrofe. Allikevel kan vi ikke utelukke at det systematiske skjevheter i utvalget, da vi var avhengige av til Kielland-nettverket for å nå potensielle respondenter og deltakere i fokusgruppeintervjuer. Berørte som har lite helseplager og opplever at de har lagt Kielland-ulykken bak seg vil antakeligvis ha lavere motivasjon for å ha kontakt med Kielland-nettverket, delta på samlinger, og svare på spørreundersøkelsen. Vi har fått svar fra 28 overlevende, noe som utgjør en tredjedel av de 89 som overlevde i 1980, men vi vet at det er mange i denne gruppa som ikke lenger er i live. Hvor mange potensielle respondenter som finnes i de andre gruppene, er enda vanskeligere å vite.

Det er også en styrke at vi benyttet flere datakilder (i.e., spørreskjemaundersøkelse, fokusgrupper og Minnebanken), samt at vi har brukt både kvalitative og kvantitative data. Beskrivelsene nedtegnet i Minnebanken er et omfattende og unikt materiale, bestående av førstehåndsfortellinger fra de direkte berørte om sine erfaringer 27. mars 1980 og tiden etter. Gjennom å lese disse beretningene, samt lede fokusgrupper der de berørte fortalte om sine reaksjoner og erfaringer, mener vi at vi har fått et godt innblikk i opplevelsene til

mange av de berørte. Det er også en styrke at vi har gjennomført en omfattende kvantitativ kartlegging av de berørte, i form av spørreskjemaundersøkelsen, som dekket mange ulike temaer.

KONKLUSJONER

Det er nå 44 år siden Alexander Kielland plattformen kantret, og 123 mennesker omkom. For de som overlevde, deres pårørende, og de som mistet en far, bror, ektemann eller kjæreste, har disse årene i større eller mindre grad blitt preget av ulykken. For mange er Kielland-ulykken et vondt minne som er en del av deres historie, men livet deres har ikke blitt så annerledes enn det ellers hadde blitt. Men for andre har de 44 årene vært sterkt preget av ulykken og den opptar fortsatt en stor plass. Flere beskriver smerter, vonde drømmer, og følelser av angst, tristhet, håpløshet og mistenksomhet knyttet til ulykken. Mange kjenner på tap og savn. Og mange føler på et svik for hjelpen, støtten og informasjonen som aldri kom, samt forklaringene og som ikke ga mening for dem.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at de berørte av Kielland-ulykken strever med uforholdsmessig mye helseplager og lavere livskvalitet, sammenlignet med den generelle befolkningen. Særlig blant de overlevende er det mange som har hatt det vanskelig og som fortsatt strever. Dette understreker de ekstreme belastningene, både fysisk og mentalt, de ble utsatt for. Samtidig vitner det om svikten de berørte opplevde, ved at de ikke fikk den oppfølgingen som situasjonen krevde. Som beskrevet tidligere er det umulig å presist anslå hva effekten av bedre oppfølging ville vært, men vi mener at det er faglig grunnlag for å si at det kunne ha vært betydningsfullt. Som påpekt av Riksrevisjonen er det særlig kritikkverdige at pårørende av de omkomne, inkludert barna som brått mistet faren sin, ikke fikk noen oppfølging. Mange av barna måtte ikke bare håndtere tapet av en far, men opplevde samtidig at moren var hardt rammet av sorg og sjokk. For mange utgjorde dette en stor krise som varte i lang tid, og som de måtte håndtere alene. I en slik situasjon kunne det vært særlig betydningsfullt med noen som sørget for trygghet, forutsigbarhet og tilrettelegging i hverdagen. Erfaringene fra Kielland-ulykken har vært viktig for utviklingen av psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer i Norge. Det

hviler et ansvar på politikere, myndigheter, fagfolk og kommuner for at de som rammes av slike hendelser i dag ikke opplever å bli sviktet av storsamfunnet på samme måte.

En stor del av denne undersøkelsen har bestått av å invitere de berørte til samlinger, sammen med Kielland-nettverket. For oss var det overraskende hvor mange som ønsket å delta på disse samlingene, og som ønsket å dele sine historier og erfaringer med oss og hverandre. Undersøkelsen viser at svært mange av de berørte har deltatt på og ønsker å delta på slike samlinger, og de opplever at disse arrangementene er viktige for dem. Det er derfor vårt håp at Kielland-nettverket gis anledning til å fortsatt kunne invitere til slike samlinger, og at disse samlingene kan bidra til samhørighet, mening og støtte for deltakerne.

REFERANSER

- Alexander, D. A. (1991). Psychiatric intervention after the Piper Alpha disaster. *J R Soc Med*, 84(1), Article 1. <https://doi.org/10.1177/014107689108400104>
- Alisic, E., Zalta, A. K., Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), Article 5.
- Alvis, L. M., Dodd, C. G., Oosterhoff, B., Hill, R. M., Rolon-Arroyo, B., Logsdon, T., Layne, C. M., & Kaplow, J. B. (2022). Caregiver behaviors and childhood maladaptive grief: Initial validation of the Grief Facilitation Inventory. *Death Studies*, 46(6), 1307–1315. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1841849>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (Fifth edition.). American Psychiatric Association.
- Arnberg, F. K., Hultman, C. M., Michel, P. O., & Lundin, T. (2013). Fifteen years after a ferry disaster: Clinical interviews and survivors' self-assessment of their experience. *European Journal of Psychotraumatology*, 4.
- Arnberg, F. K., Michel, P. O., & Lundin, T. (2015). Posttraumatic stress in survivors 1 month to 19 years after an airliner emergency landing. *PloS One*, 10(3), Article 3.
- Baert, P., Trousselard, M., & Clervoy, P. (2011). Post-traumatic stress disorder after a submarine accident. *Aviat Space Environ Med*, 82(6), Article 6. <https://doi.org/10.3357/ asem.2953.2011>

- Berg, J. S., Grieger, T. A., & Spira, J. L. (2005). Psychiatric Symptoms and Cognitive Appraisal following the Near Sinking of a Research Submarine. *Military Medicine*, 170(1), Article 1. <https://doi.org/10.7205/MILMED.170.1.44>
- Bergman, A. S., Axberg, U., & Hanson, E. (2017). When a parent dies – a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliat Care*, 16, 39. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0223-y>
- Bilevicius, E., Sommer, J. L., Asmundson, G. J. G., & El-Gabalawy, R. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Pain Are Associated with Opioid Use Disorder: Results from a 2012–2013 American Nationally Representative Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.005>
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), Article 4. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witterveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., & Johansen, V. J. (2010). TENTS Guidelines: Development of Post-disaster Psychosocial Care Guidelines through a Delphi Process. *British Journal of Psychiatry*, 196, 69–74.
- Bisson, J. I., Wright, L. A., Jones, K. A., Lewis, C., Phelps, A. J., Sijbrandij, M., Varker, T., & Roberts, N. P. (2021). Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 102004. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>
- Boe, H. J., Holgersen, K. H., & Holen, A. (2011). Mental health outcomes and predictors of chronic disorders after the North Sea oil rig disaster: 27-year longitudinal follow-

- up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(1), 49–54.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820446a8>
- Bonanno, G. A., Chen, S., & Galatzer-Levy, I. R. (2023). Resilience to potential trauma and adversity through regulatory flexibility. *Nature Reviews Psychology*, 2(11), 663–675. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00233-5>
- Bos, C. K., Ullberg, S., & Pt, H. (2005). The long shadow of disaster: Memory and politics in Holland and Sweden. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 23(1), Article 1.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2008). Promoting Mental Health following the London Bombings: A Screen-and-Treat Approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), Article 1.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide* (2nd ed.). www.nctsn.org and www.ncptsd.va.gov.
- Call, J. A., & Pfefferbaum, B. (1999). Lessons from the First Two Years of Project Heartland, Oklahoma's Mental Health Response to the 1995 Bombing. *Psychiatric Services*, 50(7), Article 7. <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.953>
- Carlson, E. B., Newman, E., Daniels, J. W., Armstrong, J., Roth, D., & Loewenstein, R. (2003). Distress in Response to and Perceived Usefulness of Trauma Research Interviews.

Journal of Trauma & Dissociation, 4(2), 131–142.

https://doi.org/10.1300/J229v04n02_08

Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006a). Childhood bereavement: Psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), Article 6.

Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006b). Childhood bereavement: Psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 681–690.

Chater, A. M., Howlett, N., Shorter, G. W., Zakrzewski-Fruer, J. K., & Williams, J. (2022). Reflections on experiencing parental bereavement as a young person: A retrospective qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), Article 4.

Christ, G. H., & Christ, A. E. (2006). Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(4), Article 4.

Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), Article 1. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.65>

de Ven, P. van, Leferink, S., & Pemberton, A. (2023). The Key Characteristics and Role of Peer Support in the Aftermath of Victimization: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 899–912. <https://doi.org/10.1177/15248380211043826>

DeLisi, L. E., Maurizio, A., Yost, M., Papparozi, C. F., Fulchino, C., & Katz, C. L. (2003). A Survey of New Yorkers after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), Article 4.

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37(1), 26–34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Doohan, I., & Saveman, B.-I. (2014). Impact on life after a major bus crash – a qualitative study of survivors’ experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 155–163. <https://doi.org/10.1111/scs.12040>
- Dworkin, E. R., Brill, C. D., & Ullman, S. E. (2019). Social reactions to disclosure of interpersonal violence and psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, 101750. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101750>
- 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(s1), 23523. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23523>
- Dyb, G., Stensland, S. Ø., Glad, K. A., Lingaas, I., Undset, A. B., Andreassen, A. L., & Porcheret, K. (2021). “Opplevelser og reaksjoner hos de som var på Utøya 22. Juli 2022” En oppsummering av fjerde intervjuerunde. NKVTS.

- Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2014, September 6). *Hva vet vi om sorg og komplisert sorg?* Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/>
- Dyregrov, K. (2004). Bereaved parents' experience of research participation. *Social Science & Medicine*, 58(2), 391–400. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00205-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00205-3)
- Eid, J., & Johnsen, B. H. (2002). Acute stress reactions after submarine accidents. *Mil Med*, 167(5), Article 5.
- Eid, J., Johnsen, B. H., & Thayer, J. F. (2001). Post-traumatic stress symptoms following shipwreck of a Norwegian Navy frigate—An early follow-up. *Personality and Individual Differences*, 30(8), Article 8. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00111-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00111-2)
- Forbes, D., Fletcher, S., Wolfgang, B., Varker, T., Creamer, M., Brymer, M. J., Ruzek, J. I., Watson, P., & Bryant, R. A. (2010). Practitioner Perceptions of Skills for Psychological Recovery: A Training Programme for Health Practitioners in the Aftermath of the Victorian Bushfires. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), Article 12. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.513674>
- Fox, J., Burkle, F., Bass, J., Pia, F., Epstein, J., & Markenson, D. (2012). The Effectiveness of Psychological First Aid as a Disaster Intervention Tool: Research Analysis of Peer-Reviewed Literature From 1990–2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(3), Article 3. <https://doi.org/10.1001/dmp.2012.39>
- Glad, K. A. (2020). *Hvorfor fordømmer, klandrer og stigmatiserer vi mennesker som har opplevd noe traumatisk.* Forskersonen.no.

- Glad, K. A., Dyb, G., Boelen, P. A., Wentzel-Larsen, T., & Stensland, S. Ø. (2024). In press) Early predictors of prolonged grief among bereaved trauma survivors 8.5 years after a terrorist attack. *Psychological Trauma*.
- Glad, K. A., & Hafstad, G. S. (2019). Positive endringer etter traumatiske opplevelser. In I. G. Dyb & T. K. Jensen (Eds.), *Å leve videre etter katastrofen: Stressreaksjoner og oppfølging etter traumer* (pp. 95–105). Gyldendal Akademisk.
- Glad, K. A., Hafstad, G. S., Jensen, T. K., & Dyb, G. (2017). A Longitudinal Study of Psychological Distress and Exposure to Trauma Reminders after Terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 145–152. <https://doi.org/10.1037/tra0000224>
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*, 37(5), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.007>
- Glad, K. A., Porcheret, K. L., & Dyb, G. A. (2023). Prevalence and potency of trauma reminders 8.5 years after a terrorist attack. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2251774>
- Glad, K. A., Thoresen, S., Hafstad, G. S., & Dyb, G. (2018). Survivors Report Back. Young people reflect on their media experiences after a terrorist attack. *Journalism Studies*, 19(11), Article 11. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2017.1291313>.
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental Health Consequences of Disasters. *Annual Review of Public Health*, 35, 169–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>

- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldrop, A. E., & Mechanic, M. B. (2003). Participation in Trauma Research: Is There Evidence of Harm? *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 221–227. <https://doi.org/10.1023/A:1023735821900>
- Guldin, M. B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: A population-based cohort study. *JAMA Psychiatry, 72*(12), Article 12.
- Hafstad, G. S., & Glad, K. A. (2016). Personlig vekst eller økt sårbarhet? Posttraumatisk vekst fra et utviklingsperspektiv. In C. Øverlien, M. I. Hauge, & J. H. Schultz (Eds.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (pp. 76–89). Universitetsforlaget.
- Haga, J. M., Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S., & Dyb, G. (2015). Early Postdisaster Health Outreach to Modern Families: A Cross-sectional Study. *BMJ Open, 17*,5(12):e009402. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009402>
- Hawkins, N. A., McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2005). Early Responses to School Violence: A Qualitative Analysis of Students' and Parents' Immediate Reactions to the Shootings at Columbine High School. In *Aggression in Organizations*. Routledge.
- Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>

- Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress, 36*(1), 5–16.
<https://doi.org/10.1002/jts.22888>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, P. C. C., & Bryant, R. A. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry, 70*, 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.28>
- Hoiberg, A., & McCaughey, B. G. (1984). The traumatic aftereffects of collision at sea. *American Journal of Psychiatry, 141*(1), Article 1.
<https://doi.org/10.1176/ajp.141.1.70>
- Holen, A. (2015). Mental Health Outcomes 27 Years After a Major Disaster. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 1–16). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-08613-2_119-1
- Holgersen, K. H., Bøe, H. J., Klockner, C. A., Weisæth, L., & Holen, A. (2010). Initial stress responses in relation to outcome after three decades. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(3), Article 3.
- Holgersen, K. H., Klöckner, C. A., Bøe, H. J., & Holen, A. (2016). Sick Leave and Disability Across Three Decades After a Major Disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(7), 506. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000500>
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: Meta-

- analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 222(5), 196–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>
- Hull, A. M., Alexander, D. A., & Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: Long-term follow-up study. *Br J Psychiatry*, 181, 433–438. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.5.433>
- Jankosky, C. J. (2008). Mass casualty in an isolated environment: Medical response to a submarine collision. *Military Medicine*, 173(8), Article 8. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.8.734>
- Janoff-Bulman, R., & Morgan, H. J. (1994). Victims' Responses to traumatic life events: An unjust world or an uncaring world? *Social Justice Research*, 7(1), Article 1.
- Jensen, T. K. (2008). Når katastrofen aldri tar slutt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), Article 12. <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2008/12/nar-katastrofen-aldri-tar-slutt>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jensen, T. K., Stene, L. E., Nilsen, L. G., Haga, J. M., & Jensen, T. K. (2019). Tidlig intervensjon og behandling. In *Å leve videre etter katastrofen: Stressreaksjoner og oppfølging etter traumer* (pp. 141–165). Gyldendal Akademisk.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Oosterhoff, B., Goldenthal, H., Howell, K. H., Wamser-Nanney, R., Burnside, A., Calhoun, K., Marbury, D., Johnson-Hughes, L., Kriesel, M., Staine, M.

- B., Mankin, M., Porter-Howard, L., & Pynoos, R. (2018). Validation of the Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) Checklist: A Developmentally Informed Assessment Tool for Bereaved Youth. *Journal of Traumatic Stress, 31*(2), 244–254. <https://doi.org/10.1002/jts.22277>
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J. A., & Lieberman, A. (2012). DSM-V Diagnostic Criteria for Bereavement-Related Disorders in Children and Adolescents: Developmental Considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 75*(3), 243–266. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.3.243>
- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: A longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(11), Article 11.
- Kay, L., Reilly, R. C., Connolly, K., & Cohen, S. (2010). Help or Harm?: Symbolic violence, secondary trauma and the impact of press coverage on a community. *Journalism Practice, 4*(4), 421–438. <https://doi.org/10.1080/17512780903429829>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), Article 6.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), Article 12.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across

- the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), Article 8.
- Kizilhan, J. I., & Noll-Hussong, M. (2017). Individual, Collective, and Transgenerational Traumatization in the Yazidi. *BMC Med*, 15(198), Article 198.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0965-7>
- Kmet, L. M., Cook, L. S., & Lee, R. C. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*. <https://www.desli>
- Knapstad, M., Bang Nes, R., Nilsen, T., Skogen, J. C., Lode, V., Riise, I., & Aarø, L. (2024). *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/90f6cfa49b434a97bf9fb2f01764b32d/folkehelsundersokelsen-i-rogaland-2023.pdf>
- Koenen, K. C., Sumner, J. A., Gilsanz, P., Glymour, M. M., Ratanatharathorn, A., Rimm, E. B., & Kubzansky, L. D. (2017). Post-traumatic Stress Disorder and Cardiometabolic Disease: Improving Causal Inference to Inform Practice. *Psychological Medicine*, 47(2), Article 2. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002294>
- Kristensen, P., Heir, T., Herlofsen, P. H., Langsrud, Ø., & Weisæth, L. (2012). Parental mental health after the accidental death of a son during military service: 23-year follow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(1), Article 1.
- Laufer, A., Raz-Hamama, Y., Levine, S. Z., & Solomon, Z. (2009). Post traumatic growth in adolescence: The role of religiosity, distress, and forgiveness. *Journal of Social*

and Clinical Psychology, 28(7), Article 7.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.7.862>

Leopold, R. L., & Dillon, H. (1963). Psycho-anatomy of a disaster: A long term study of post-traumatic neuroses in survivors of a marine explosion. *American Journal of Psychiatry*, 119(10), Article 10.

Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), Article 5. <https://doi.org/10.1002/jts.20361>

Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), Article 3.

Líndal, E., & Stefánsson, J. G. (2011). The long-term psychological effect of fatal accidents at sea on survivors: A cross-sectional study of North-Atlantic seamen. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(3), Article 3. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0189-z>

Lundin, T., & Jansson, L. (2007). Traumatic impact of a fire disaster on survivors—A 25-year followup of the 1978 hotel fire in Borås, Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), Article 6.

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>

- Lytje, M., & Dyregrov, A. (2024). *Beyond prolonged grief: Exploring the unique nature of complicated grief in bereaved children* (Vol. 3).
- MacNeil, C., & Mead, S. (2005). A narrative approach to developing standards for trauma-informed peer support. *American Journal of Evaluation*, 26(2), Article 2.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). *Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research*.
- McCaughey, B. G. (1985). US Coast Guard collision at sea. *J Human Stress*, 11(1), Article 1.
<https://doi.org/10.1080/0097840x.1985.9936737>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), Article 2.
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M., & Brent, D. A. (2011). Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911–919.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
- Michel, P. O. (2014). *Moderne krisestøtte: Oppsummering basert på internasjonal litteratur*. NKVTS rapport.
- Mokdad, A. H., Forouzanfar, M. H., Daoud, F., Mokdad, A. A., El Bcheraoui, C., Moradi-Lakeh, M., & Murray, C. J. (2016). Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors for Young People’s Health during 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 387(10036), Article 10036.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00648-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00648-6)

- Nes, R., Røysamb, E., Eilertsen, M., Hansen, T., & Nilsen, T. (2021, December 17). *Livskvalitet i Norge. Folkehelse rapporten*.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Nielsen, J. C., Sørensen, N. U., & Hansen, N. M. (2012). *Unge pårørende og efterladtes trivsel: En analyse af trivsel og mistroivsel blandt unge, som har oplevet alvorligt sygdom eller dødsfald i nærmeste familie*. Center for ungdomsforskning.
- Nilsen, L. G., Glad, K. A., Stene, L. E., & Bækkelund, H. (n.d.). submitted) *The psychological, psychosocial, and psychosomatic consequences of large-scale industrial accidents and disasters at sea among occupational groups and their relatives: A systematic review*.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), Article 3.
- O'Donnell, M. L., Lau, W., Tipping, S., Holmes, A. C., Ellen, S., Judson, R., Varker, T., Elliot, P., Bryant, R. A., Creamer, M. C., & Forbes, D. (2012). Stepped Early Psychological Intervention for Posttraumatic Stress Disorder, Other Anxiety Disorders, and Depression Following Serious Injury. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), Article 2.
<https://doi.org/10.1002/jts.21677>
- Oosterhoff, B., Kaplow, J. B., & Layne, C. M. (2018). Links between bereavement due to sudden death and academic functioning: Results from a nationally representative sample of adolescents. *School Psychology Quarterly*, 33(3), Article 3.

- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The Physical Health Consequences of PTSD and PTSD Symptoms: A Meta-analytic Review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perfect, M., Turley, M., Carlson, J., Yohanna, J., & Gilles, M. (2016). School-related Outcomes of Traumatic Event Exposure and Traumatic Stress Symptoms in Students: A Systematic Review of Research from 1990 to 2015. *School Psychology Quarterly*, 33(1), Article 1.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., & Goodkin, K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8), Article 8.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: A Developmental Perspective and Recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), Article 5.
- Rappaport, J. (1993). Narrative Studies, Personal Stories, and Identity Transformation in the Mutual Help Context. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 29(2), 239–256. <https://doi.org/10.1177/0021886393292007>
- Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS. (2020, May 8). *Modell for aktiv psykososial oppfølging*. Psykososial beredskap.

<http://www.psykososialberedskap.no/modell-for-psykoaktiv-psykososial-oppfolging-etter-kriser-ulykker-og-katastrofer/>

Riksrevisjonen. (2020). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken. *Dokument*, 3(6), Article 6.

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/myndighetenes-arbeid-med-alexander-l.-kielland-ulykken-hele-rapporten.pdf>

Roxberg, Å., Burman, M., Guldbrand, M., Fridlund, B., & Barbosa da Silva, A. (2010). Out of the wave: The meaning of suffering and relieved suffering for survivors of the tsunami catastrophe. An hermeneutic-phenomenological study of TV-interviews one year after the tsunami catastrophe, 2004. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 707–715. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00767.x>

Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), Article 4. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038482.53911.01>

Schnurr, P. P., & Jankowski, M. K. (1999). Physical Health and Post-traumatic Stress Disorder: Review and Synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(4), Article 4. <https://doi.org/doi:>

Schwartz, E. D., & Kowalski, J. M. (1992). Malignant Memories. Reluctance to Utilize Mental Health Services after a Disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 767–772.

- Semple, C. J., McCaughan, E., Smith, R., & Hanna, J. R. (2022). Parent's with incurable cancer: 'Nuts and bolts' of how professionals can support parents to communicate with their dependent children. *Patient Education and Counseling*, 105(3), Article 3.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 453–461.
- Smith-Solbakken, M. (2019a). *Minnebank Alexander L. Kielland-ulykken. Bd 1 Vi som overlevde*. Stavanger University Library.
- Smith-Solbakken, M. (2019b). *Minnebank Alexander L. Kielland-ulykken. Bd. 3 Vi som mistet*. Stavanger University Library.
- Søfting, G. H., Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2016). Because I'm Also Part of the Family. Children's Participation in Rituals After the Loss of a Parent or Sibling: A Qualitative Study From the Children's Perspective. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 73(2), 141–158. <https://doi.org/10.1177/0030222815575898>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), Article 4.
- Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Needs, D. G. H. (2016). Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Front Psychol.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01809>.
- Stensland, S. O., Thoresen, S., Jensen, T., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2020). Early Pain and Other Somatic Symptoms Predict Posttraumatic Stress Reactions in Survivors of Terrorist Attacks: The Longitudinal Utøya Cohort Study. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), Article 6. <https://doi.org/10.1002/jts.22562>

- Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Stensland, S., Dyb, G. A., & Stene, L. E. (2024). Health care needs, experiences, and satisfaction after terrorism: A longitudinal study of parents of survivors of the Utøya attack. *BMC Health Services Research*.
<https://doi.org/10.1186/s12913-024-10592-1>
- Stuber, J., Galea, S., Boscarino, J. A., & Schlesinger, M. (2006). Was There Unmet Mental Health Need after the September 11, 2001 Terrorist Attacks? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 230–240.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and Transformation*. SAGE.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), Article 1.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Thabet, A. M., Thabet, S. S., & Vostanis, P. (2016). The Relationship between War Trauma, PTSD, Depression, and Anxiety among Palestinian Children in the Gaza Strip. *Health Science Journal*, *10*(5), Article 5.
- Thoresen, S., Andreassen, A. L., Arnberg, F. K., Birkeland, M. S., Blix, I., & Hjorthol, T. (2017). *Scandinavian Star: Erfaringer og helse hos overlevende og etterlatte etter 26 år*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thoresen, S., Jensen, T. K., & Dyb, G. (2014). Media Participation and Mental Health in Terrorist Attack Survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *27*(6), 639–646.
<https://doi.org/10.1002/jts.21971>
- Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2008). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *45*(5), Article 5.

- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., & Ioannidis, P. J. P. A. (2019). Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *107*, 154–165.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
- Weiseth, L. (2001). Acute Posttraumatic Stress: Non-acceptance of Early Intervention. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(17), Article 17.
- Whalley, M. G., & Brewin, C. R. (2007). Mental health following terrorist attacks. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(2), Article 2.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.026427>
- Winje, D. (1988). *Psychological adjustment after severe trauma: A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen*. University of Bergen.
- World Health Organization, W. (2011). *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. WHO.
- Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J., Rivara, F., Droesch, R., Wagner, A., Dunn, C., Jurkovich, G., Uehara, E., & Katon, W. (2004). A Randomized Effectiveness Trial of Stepped Collaborative Care for Acutely Injured Trauma Survivors. *Archives of General Psychiatry*, *61*(5), Article 5. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.5.498>

VEDLEGG

Intervjuguide til fokusgruppeintervju Helseundersøkelse etter Alexander Kielland ulykken

Fase I Introduksjon og rammer

1) Informasjon

- Introdusere deg selv/gruppeleder og den som tar notater
- Si litt om NKVTS og helseundersøkelsen

«NKVTS er et nasjonalt senter som forsker på traumatisk stress. For eksempel Tsunamien i 2004, Terrorangrepene 2011, Scandinavian Star etc. Vi har fått i oppdrag av Stortinget og Helsedirektoratet å gjennomføre denne undersøkelsen, i samarbeid med Kielland-nettverket.»

- Si litt om tema for samtalen

«Vi ønsker å høre mer om hvilke konsekvenser ulykken har hatt for de berørte, hvordan dere har opplevd oppfølgingen, og hvordan oppfølgingen kunne ha vært bedre.»

- Informere om tidsramme

«Vi har tiden fra nå (ca 1530) til klokken 17.»

2) Rammer

- Forklare hva som er formålet med intervjuet og hvordan vi vil bruke opplysningene

«Grunnen til at vi vil ha disse samtalerne er at vi vil høre mer om deres erfaringer. Det er viktig for oss å få så bredt bilde som mulig av hvilke erfaringer de overlevende og etterlatte etter Kielland har. Disse erfaringene vil vi bruke som grunnlag for spørreundersøkelsen vi skal sende ut og rapporten vi skal utarbeide. Vi vil ikke sitere dere direkte eller videreformidle det dere sier på en måte som gjør det mulig å skjønne hvem dere er»

- Understreke at det er frivillig å delta og be om muntlig samtykke til deltakelse og at vi tar notater.

«Det er selvfølgelig helt frivillig å delta i denne samtalen. Dere kan når som helst forlate rommet hvis dere ønsker det. Det er også greit å ikke ville si noe under hele eller deler av samtalen. Vi tar notater fra samtalen, men vi noterer ikke informasjon som er identifiserende»

- Grupperegler:

«Jeg vil gjerne forelå noen regler for denne samtalen som jeg håper vi alle kan respektere»

a. Gjensidig taushetsplikt

«Ikke fortell om hva andre har sagt utenfor dette rommet»

b. Lytte til hverandre og ha respekt for hverandre. Ingen meninger eller erfaringer er feil.

«Folks erfaringer og meninger kan være veldig forskjellige, og ingenting er mer eller mindre riktig eller galt. Vi er her for å lære fra alle»

c. Snakk ut ifra dine egne erfaringer

«Det er derfor viktig at du snakker ut ifra hva du har opplevd og erfart, ikke andres erfaringer»

d. Unngå belastende informasjon

«Husk at noen opplysninger eller detaljer kan være oppskakende for andre. Det gjelder særlig detaljer om skader eller dødsfall under selve ulykken»

e. Gi alle ordet og fordele tiden

f. Intervjuer er gruppeleder

«Vi må passe på at alle får ordet og at vi fordeler tiden mellom de som ønsker å si noe noenlunde likt. Jeg vil ta rollen som gruppeleder og forsøker å styre samtalen slik at vi passer på det. Det kan hende jeg må avbryte noen og gi ordet til noen som ikke har fått så mye tid»

- Er det spørsmål?

MAX 15 minutter =

Fase II Erfaringer

1) Åpningsspørsmål (runde)

Kan du raskt introdusere deg selv og bakgrunnen for at du deltar på samlingen. Jeg vil også at du kan svare raskt på et spørsmål:

(Hva er det første du tenker på når du hører temaet «helsekonsekvenser av Alexander Kielland – ulykken?»)

2) Konsekvenser av ulykken

- *Hvordan har ulykken preget ditt liv?*
 - *Har den påvirket din psykiske helse?*
 - *Har den påvirket din fysiske/somatiske helse?*
 - *Har du selv oppsøkt helsehjelp på grunn av konsekvensene av ulykken?*
 - *Har den påvirket deg sosialt? Økonomisk? Din utdanning/yrkesliv?*
 - *Har ulykken påvirket din tillit til samfunnet eller andre mennesker?*
-
- Til han/hun som tar ordet hele tiden: Du har gjort noen veldig gode poeng. Takk, Jeg er interessert i hva andre medlemmer av gruppen kanskje vil tilføre.

- Hvem andre har noe å si?”
- Til den tilbakeholdne deltaker: "La oss åpne samtalen litt opp. ... hva har du tenkt på i løpet av denne samtalen?"

Max 30 min

3) Oppfølging

- *Hva slags oppfølging kan du huske at du eller din familie fikk etter ulykken?*
 - i. Fra det offentlige*
 - ii. Fra andre*
- *Er det noen form for hjelp eller oppfølging etter ulykken som du har opplevd som nyttig eller hjelpsom?*
- *Er det hjelp eller oppfølging du har savnet? Hva tror du kunne vært nyttig?*
- *Har du opplevd støtte fra andre? Har du opplevd at du ikke kunne snakke om ulykken?*
- *Er det noe andre mennesker har gjort eller sagt som har gjort det bedre eller verre for deg? Hvorfor?*
- *Har du vært i kontakt med Kielland-nettverket tidligere? Har det vært til hjelp for deg? Hvordan?*

Max 30 min

4) Avslutning

- Oppsummere

Si noen ord om det som har kommet frem, for eksempel noen overordnede tema eller likheter i erfaringer.

- Takk for deltakelsen!
- Hvis dere har spørsmål, kan dere kontakte oss på epost eller telefon

Max 5 min

Kielland Helseundersøkelse 2024

Om studien

Målet med denne undersøkelsen er å lære mer om hvilke helsekonsekvenser Kielland-ulykken har hatt for de som overlevde ulykken, deres pårørende, og de etterlatte. Undersøkelsen gjennomføres av Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS) på oppdrag av Helsedirektoratet, og i samarbeid med Kielland-nettverket.

Vi er opptatt av å lære om dine erfaringer.

Du vil bli bedt om å fylle ut spørreskjema om din psykiske og fysiske helse, livskvalitet, samt dine erfaringer med hjelpeapparatet.

Undersøkelsen vil ta ca. 15 minutter å besvare.

Anonym undersøkelse

Undersøkelsen inneholder ingen spørsmål som kan identifisere deg som person. Vi spør ikke om navn, personnummer, kontaktinformasjon eller lignende.

Det er noen åpne spørsmål i undersøkelsen, der du blir bedt om å skrive ned svarene dine. Husk å ikke oppgi opplysninger som kan gjøre det mulig å identifisere deg eller andre i disse svarene.

Dine svar lagres på NKVTS sine servere. De vil kun bli brukt i utarbeidelsen av en rapport som oppsummerer funnene fra denne Helseundersøkelsen. Rapporten vil bli overlevert til Helsedirektoratet og Kielland-nettverket.

Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i undersøkelsen. Dersom du underveis finner ut at du allikevel ikke ønsker å delta, kan du når som helst avslutte og svarene dine vil slettes.

Det er viktig for oss at flest mulig av de som ble berørt av denne ulykken er med i undersøkelsen. Dersom du deltar, blir vi veldig takknemlige!

Om du har spørsmål kan du kontakte prosjektleder Harald Bækkelund ved NKVTS på epost (harald.bakkkelund@nkvts.no) eller telefon 90964268.

Bakgrunnsinformasjon

Hva er din tilknytning til Kielland-ulykken?

- Overlevende
- Enke
- Ektefelle/partner av overlevende
- Søsken av overlevende
- Søsken av omkommet
- Barn av omkommet
- Barn av overlevende
- Annet

Vennligst spesifiser

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hva er din tilknytning til Kielland-ulykken?»

Kjønn

- Kvinne

Mann

Alder

18-43

44-64

65-79

80+

Helse

Vi vil først stille deg noen spørsmål om din fysiske og psykiske helse slik du opplever den i dag.

Egenvurdert helse

Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse? Vil du si at den er:

Svært god

God

Verken god eller dårlig

Dårlig

Svært dårlig

Psykisk helse

I hvilken grad har du vært plaget av nervøsitet eller indre uro den siste uken?

Ikke plaget

Litt plaget

Ganske mye plaget

Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av redsel eller engstelse den siste uken?

Ikke plaget

Litt plaget

Ganske mye plaget

Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden den siste uken?

Ikke plaget

Litt plaget

Ganske mye plaget

Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av nedtrykthet eller tungsindighet den siste uken?

Ikke plaget

Litt plaget

Ganske mye plaget

Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av bekymring eller uro den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

Søvn

Følgende spørsmål om søvnen din gjelder hvordan du vanligvis har det nå

Hvor ofte har du vanskelig for å sovne om kvelden?

- Aldri/sjelden
- Av og til
- 1-2 ganger per uke
- Minst 3 ganger per uke

Hvor ofte har du gjentatte oppvåkninger om natten?

- Aldri/sjelden
- Av og til
- 1-2 ganger per uke
- Minst 3 ganger per uke

Hvor ofte er du trøtt eller søvnig på dagtid?

- Aldri/sjelden
- Av og til
- 1-2 ganger per uke
- Minst 3 ganger per uke

Om du har søvnvansker, hvor lenge har de vart?

- Mindre enn 1 måned
- 1-2 måneder
- 3-6 måneder
- 7-12 måneder
- Mer enn 1 år
- Jeg har ikke søvnvansker

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

Nå kommer det noen spørsmål om helseproblemer, funksjonsnedsettelse og smerter.

Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går.

- Ja
- Nei

I hvilken grad påvirker disse sykdommene eller helseproblemene din hverdag?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går.»

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

Har du noen funksjonsnedsettelse eller har du plager som følge av skade?

- Ja
- Nei

I hvilken grad påvirker funksjonsnedsettelsen (plagene) din hverdag?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du noen funksjonsnedsettelse eller har du plager som følge av skade?»

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

Nakke- og korsryggsmerter

Nå kommer det noen spørsmål om smerter.

I løpet av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i korsryggen?

- Ja
- Nei

Hvor mange av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i korsryggen? Smerter deler av dagen teller som en dag

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «I løpet av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i korsryggen?»

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17

18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

Hvor mange av de siste 28 dagene (4 ukene), har smertene i korsryggen medført at du har måttet begrense dine vanlige aktiviteter eller endre dine daglige rutiner?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «I løpet av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i korsryggen?»

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

27

28

I løpet av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i nakken?

Ja

Nei

Hvor mange av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i nakken?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «I løpet av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i nakken?»

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

Hvor mange av de siste 28 dagene (4 ukene), har smertene i nakken medført at du har måttet begrense dine vanlige aktiviteter eller endre dine daglige rutiner?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «I løpet av de siste 28 dagene (4 ukene), har du hatt smerter i nakken?»

1

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28

Plager som følge av ulykken

Vi ønsker vite hvordan du selv mener at Kielland-ulykken har påvirket din helse.

Hadde du noen fysiske plager, som du selv tror var forårsaket av ulykken, de første to årene etter ulykken?

Ja

Nei

Husker ikke/vet ikke

Beskriv kort her:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde du noen fysiske plager, som du selv tror var forårsaket av ulykken, de første to årene etter ulykken?»

Hadde du problemer med din psykiske helse, som du selv tror var forårsaket av ulykken, de første to årene etter ulykken?

Ja

Nei

Husker ikke/vet ikke

Beskriv kort her:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde du problemer med din psykiske helse, som du selv tror var forårsaket av ulykken, de første to årene etter ulykken?»

Har du hatt problemer med din fysiske helse på lang sikt, som du selv tror var forårsaket av ulykken?

Ja

Nei

Husker ikke/vet ikke

Beskriv kort her:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du hatt problemer med din fysiske helse på lang sikt, som du selv tror var forårsaket av ulykken?»

Har du hatt problemer med din psykiske helse på lang sikt, som du selv tror var forårsaket av ulykken?

Ja

Nei

Husker ikke/vet ikke

Beskriv kort her:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du hatt problemer med din psykiske helse på lang sikt, som du selv tror var forårsaket av ulykken?»

Tror du manglende oppfølging etter ulykken har påvirket din fysiske helse?

Ja

Nei

Husker ikke/vet ikke

Beskriv kort her:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Tror du manglende oppfølging etter ulykken har påvirket din fysiske helse?»

Tror du manglende oppfølging etter ulykken har påvirket din psykiske helse?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du hatt problemer med din psykiske helse på lang sikt, som du selv tror var forårsaket av ulykken?»

Ja

Nei

Husker ikke/vet ikke

Beskriv kort her:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Tror du manglende oppfølging etter ulykken har påvirket din fysiske helse?»

Livskvalitet

I det følgende kommer det noen spørsmål om din livskvalitet

Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

Hvor fornøyd tror du at du vil være med livet ditt fem år fra nå?

Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du glad?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du bekymret?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du nedfor eller trist?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du irritert?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du ensom?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du engasjert?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du rolig og avslappet?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du engstelig?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du takknemlig?

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du lykkelig?

Sosiale relasjoner

Hvor enig er du i påstandene nedenfor?

Mine sosiale relasjoner er støttende og givende

Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet

Hvor ofte er du sammen med gode venner?

Omtrent daglig

Omtrent hver uke, men ikke daglig

Omtrent hver måned, men ikke ukentlig

Noen ganger i året

Sjeldnere enn hvert år

Har ingen gode venner

Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?

I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?

Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?

Hvor lenge har du bodd på det stedet der du bor nå?

Under ett år

1-2 år

3-5 år

6-10 år

Mer enn 10 år

Hjelpebehov

Har du i tilknytning til Kielland-ulykken.....

Følt behov for hjelp eller behandling for psykiske reaksjoner/plager?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Følt behov for hjelp eller behandling for kroppslige/fysiske plager?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Fått hjelp eller behandling fra helsepersonell for psykiske reaksjoner/plager?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Fått hjelp eller behandling fra helsepersonell for kroppslige/fysiske plager?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Føler du nå for tiden behov for hjelp eller behandling for psykiske reaksjoner/plager?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Føler du nå for tiden behov for hjelp eller behandling for kroppslige/fysiske plager?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad

I svært stor grad

Kielland-samlinger

Har du deltatt på samlinger eller arrangementer i regi av Kielland-fondet eller Kielland-nettverket?

- Ja, en
- Ja, flere
- Nei

I hvilken grad opplevde du at deltakelsen var nyttig for deg?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, en eller Ja, flere» er valgt i spørsmålet «Har du deltatt på samlinger eller arrangementer i regi av Kielland-fondet eller Kielland-nettverket?»

- Ikke nyttig
- Litt nyttig
- Ganske nyttig
- Veldig nyttig

Hva synes du var nyttig? (kryss av for alle alternativer som passer)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Litt nyttig eller Ganske nyttig eller Veldig nyttig» er valgt i spørsmålet «I hvilken grad opplevde du at deltakelsen var nyttig for deg?»

- Møte andre berørte
- Sosial støtte
- Få informasjon om ulykken
- Få praktisk hjelp og støtte
- Annet

Vennligst spesifiser:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hva synes du var nyttig? (kryss av for alle alternativer som passer)»

Ønsker du å delta på samlinger arrangert av Kielland-nettverket i fremtiden?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Beredskap

Før vi avslutter: Hvordan synes du det var å svare på denne undersøkelsen - var det greit eller var noen spørsmål følelsesmessig belastende?

- Greit
- Noen spørsmål var belastende

Har du det greit nå, eller har du det fremdeles ubehagelig?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Noen spørsmål var belastende» er valgt i spørsmålet «Før vi avslutter: Hvordan synes du det var å svare på denne undersøkelsen - var det greit eller var noen spørsmål følelsesmessig belastende?»

- Greit
- Ikke helt greit

Er det slik at du har behov for å snakke med noen om dette?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ikke helt greit» er valgt i spørsmålet «Har du det greit nå, eller har du det fremdeles ubehagelig?»

Ja

Nei

Ta kontakt med:

Mental Helse Telefon 116 123 (hele døgnet)

Kirkens SOS: 22 40 00 40

Du kan også kontakte prosjektleder Harald Bækkelund innenfor arbeidstid på 909 64 268.